SRP
SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PNEUMOLOGIE

AL 26-LEA CONGRES
AL SOCIETĂȚII ROMÂNE DE PNEUMOLOGIE
PNEUMOLOGIA: PROVOCĂRI ȘI INTERDISCIPLINARITATE

THE 26TH CONGRESS
OF THE ROMANIAN SOCIETY OF PNEUMOLOGY
PNEUMOLOGY: CHALLENGES AND INTERDISCIPLINARITY

4-8 NOIEMBRIE 2020 / *NOVEMBER, THE 4TH-8TH 2020*

REZUMATE / *ABSTRACTS*

ISBN: 978-606-8463-68-1

SUMAR

Pulmonary Rehabilitation in COPD – update 2020 16
Reabilitarea pulmonară - noi tendințe de abordare 17
Pulmonary rehabilitation - new trends 18
Exercise Training in COPD – practical aspects behind the evidence 19
Nutriția și programul complex de reabilitare pulmonară a bolnavului cu BPOC 20
Nutrition and lung rehabilitation program for COPD patients 21
Reabilitarea pulmonară în sindromul overlap: BPOC – apnee în somn 22
Pulmonary rehabilitation in overlap syndrome: COPD - sleep apnea 23
Supravegherea comorbidităților în bronhopneumopatia cronică obstructivă 24
Surveillance of comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease 25
Reîntoarcerea la muncă a pacienților cu boli pulmonare 26
Return to work of patients with lung disease 27
O nouă provocare: telereabilitarea 28
A new chalenge: telerehabilitation 29
Direcții actuale și de viitor în fibroza pulmonară idiopatică 31
Current and future directions in idiopathic pulmonary fibrosis 32
Fibroza pulmonară idiopatică și COVID-19 33
Idiopathic pulmonary fibrosis and COVID-19 34
Medicina personalizată și substratul patogenic al FPI 35
Precision medicine and underlying pathogeny of IPF 36
Tulburările respiratorii în somn în fibroza pulmonarĂ idiopaticĂ - o nouă dimensiune uitată 37
Sleep disorders breathing in idiophatic pulmonary fibrosis - a new forgotten dimension 38
Importanța imagisticii în diagnosticul pneumologic 40
The importance of imaging in pneumological diagnosis 41
Rolul investigației cardiologice în afecțiunile respiratorii 42
The role of cardiological investigation in respiratory diseases 43
Metode de screening în patologia respiratorie din timpul somnului 44
Screening methods in respiratory pathology during sleep 45
Reabilitarea respiratorie în BPOC - actualizare 2020 46
Respiratory Rehabilitation in COPD - Update 2020 47
Apneea obstructivă în somn - diagnostic pozitiv 48
Obstructive sleep apnea – positive diagnosis 49
Abordarea și caracteristicile bolilor difuze pulmonare la copil 51
Approach and characteristics of diffuse lung disease in children 52
Insuficiența respiratorie acută de cauză toxică – diagnostic și tratament 53
Acute respiratory failure of toxic cause - diagnosis and treatment 54
Statusul vitaminei D la copilul cu astm bronșic 55
Vitamin D status in children with asthma 56
Spirometria: nimic mai simplu 57
Spirometry: nothing more simple 58
Somnul la altitudine înaltă, întrebări și răspunsuri 60

Sleep at high altitude, questions and answers 61
Abordarea practică în sindromul de apnee nocturnă complexă. CPAP sau VNI?
Prezentare de caz 62
Practical approach in complex night apnea syndrome. CPAP or VNI? Case presentation 63
Viața alături de pacientul cu SASO – perspectiva partenerului 64
Living with a patient with obstructive sleep apnea – the partner's perspective 65
Managementul sindromului de obezitate-hipoventilație 66
Management of obesity-hypoventilation syndrome 67
Telemedicina În somnologie Și ventilaȚie În contextul pandemiei COVID-19 68
Telemedicine in somnology and ventilation in the context of the COVID-19 pandemic 69
Afectarea cardiovasculară în context COVID-19 70
Cardiovascular damage in the context of COVID-19 72
Managementul multidisciplinar al neoplasmului bronhopulmonar în era COVID-19 75
Multidisciplinary management of lung cancer in COVID-19 era 76
Rezecția bronho-anastomoză în tratamentul chirurgical al cancerului bronho-pulmonar 77
Sleeve lobectomy as surgical treatment for broncho-pulmonary cancer 78
Proceduri de diagnostic endobronșic fără ghidaj ecografic 80
Endobronchial diagnosis without ultrasound guidance 81
Proceduri de diagnostic endobronșic – EBUS 82
Endobronchial diagnostic procedures - EBUS 83
Bronhoscopia cu autofluorescență – avantaje și limite 84
Autofluorescence bronchoscopy – benefits and limitations 85
Excessive Dynamic Airway Collapse: mit sau realitate ? 86
Excessive Dynamic Airway Collapse: myth or reality? 87
Rolul cauterizării non-contact prin argon-plasmă în cancerul bronhopulmonar 88
The role of non-contact cauterization with argon plasma coagulation in lung cancer 89
Reabilitarea pulmonară și exacerbările 91
Pulmonary rehabilitation and exacerbations 92
Monitorizarea consumului de tutun 94
Tobacco consumption monitoring 95
Modificări imagistice la pacientul fumător 96
Smoking associated lung diseases – imagistic overview 97
Instrumente funcționale pentru abordul diagnostic al pacientului fumător 98
Functional tools for approaching the diagnosis of smoker patients 99
Țigară electronică în condiții de pandemie cu SARS-CoV-2 100
Electronic cigarette in pandemic conditions with SARS-CoV-2 101
Fumatul și patologia pediatrică 102
Smoking and chid diseases 103
Beneficiile reabilitării pulmonare la ex-fumători 104
The benefits of pulmonary rehabilitation in ex-smokers 105
Reabilitarea pulmonară pre și post transplant pulmonar 106
Pulmonary rehabilitation pre and post-transplant 107
Explorarea funcțională în pandemie și nu numai 109
Pulmonary function testing in the pandemic and beyond 110
Testul de mers de 6 minute 111
6-minute walking test 112

Particularitați în îngrijirea pacienților cu COVID-19 în secția ATI 113
Particularities in the greening of COVID-19 pacients in the ATI section 114
Reabilitarea pulmonară - componenta cheie în îngrijirea bolnavilor cu patologie respiratorie cronică 115
Lung rehabilitation - the key component in the care of patients with chronic respiratory pathology 116
Influențe ale pandemiei COVID în practica medicală – experiența CPU „Marius Nasta" 117
Influences of the COVID pandemic in medical practice - CPU experience Marius Nasta 118
Explorarea funcțională respiratorie la pacienții vindecați de noul coronavirus 119
Ce este bronhoscopia cu autoflorescență? 121
What is autofluorescence bronchoscopy? 122
Tehnici clasice și tehnici avansate în bronhoscopie 123
Classical techniques and advanced techniques in bronchoscopy 124
Confirmarea TB în epoca tehnologiilor de biologie moleculară 126
Confirmation of TB in the age of molecular biology technologies 127
Limitări terapeutice în TB MDR. Ghiduri internaționale și realități locale 128
Therapeutic limitations in MDR-TB. International guidelines and local realities 129
Impactul pandemiei SARS-CoV-2 asupra tuberculozei - experiența județului Iași 130
The impact of SARS-CoV-2 pandemic on tuberculosis - the experience of Iasi County, Romania 131
Tuberculoza și COVID-19: Pandemii in curs de coliziune 132
Tuberculosis and COVID-19: Panemics on colision course 133
Caracteristicile pacienților cu tuberculoză pulmonară, din România 134
Characteristics of patients with lung tuberculosis from Romania 135
Tuberculoza în era COVID-19: amenințări și oportunități 136
Tuberculosis in the COVID-19 era: threats and opportunities 137
Abordarea integratoare versus analitică a pneumopatiilor interstițiale difuze 139
Lumping vs. Splitting aproach of INTERSTITIAL lung diseases 140
Managementul obezității: mituri, realități, speranțe 142
Obesity management: myths, realities, hopes 143
Obezitatea și bolile respiratorii, este timpul să ne trezim! 144
Obesity and respiratory diseases, is time to wake up! 145
Tumorile mezenchimale primitive pulmonare. Rolul biomarkerilor moleculari în stabilirea fenotipului tumoral 147
Primitive mesenchymal lung tumours. The role of molecular biomarkers in determining the tumor phenotype 148
Managementul obezității: mituri, realități, speranțe 150
Obesity management: myths, realities, hopes 151
Obezitatea și bolile respiratorii, este timpul să ne trezim! 152
Obesity and respiratory diseases, is time to wake up! 153
Reabilitarea pulmonară în Pectus Excavatum – Prezentare de caz 155
Pulmonary Rehabilitation in Pectus Excavatum – Case Report 156
Impactul factorului socio-economic în reabilitarea pulmonară a bolnavului respirator 157
The impact of the socio-economic factor in the pulmonary rehabilitation of the respiratory patient 158

Self managementul BPOC și reabilitarea pulmonară 159
COPD self management and lung rehabilitation 160
Suntem puternici, mai ales împreună! 162
Infecția cu SARS-CoV-2 la copil - perspectiva medicului de familie 164
SARS-CoV-2 infection in children - the point of view of the general practitioner 165
Impactul promovării produselor cu tutun încălzit asupra tinerilor din România 166
The impact of promoting heated tobacco products on young people in Romania 167
Anosmia în infecțiile acute ale căilor respiratorii superioare 168
Anosmia following acute upper respiratory tract infections 169
COVID-19. Afectarea pulmonară 171
COVID-19. Lung damage 172
Afectarea cardiovasculară 173
Cardiovascular damage 174
Afectarea neurologică la pacienții cu COVID-19 175
Neurological damage in COVID-19 disease 176
Ecografia toracică – avantaje, indicații, tehnică 178
Chest ultrasound - advantages, indications, technique 179
Experiența centrului universitar Iași în bronhoscopia de urgență: între tradiție și avans tehnologic 181
The experience of Iasi university center in emergency bronchoscopy: between tradition and technological advance 182
Circumstanțe de inițiere a ventilației non-invazive 183
Application of noninvasive ventilation 184
Fibroza chistică și necesitatea transplantului pulmonar 185
Cystic fibrosis and needing for lung transplantation 186
Manifestările pulmonare în bolile inflamatorii cronice 188
Pulmonary manifestations of inflammatory bowel disease 189
Diabetul zaharat și bolile pulmonare 190
Diabetes and lung disease 191
Metastazele pulmonare în cancerele endocrine 193
Lung metastases in endocrine cancers 194
Multidisciplinary treatment of lung neuroendocrine tumors 195
Anul 2020 și BPOC: dileme și soluții 197
Year 2020 and COPD: dilemmas and solutions 198
Cum ne-a schimbat viața COVID-19 ? 199
How has COVID-19 changed our lives? 200
Laboratoarele de somn în perioada COVID-19 202
Sleep laboratories during COVID-19 203
Ventilația non-invazivă în BPOC 204
Non-invasive ventilation in COPD 205
Sindromul de apnee în somn și riscul asocierii COVID-19 206
Sleep apnea syndrome and the risk of COVID-19 association 207
Metode de diagnostic și riscul de contagiune în infecția cu SARS-CoV-2 209
Diagnosis approaches and the risk of infection in SARS-CoV-2 disease 210
Tipic sau atipic în infecția cu SARS-CoV-2 211

Typical or atypical in SARS-CoV-2 infection 212
Tulburările respiratorii în somn – posibilități de tratament ORL 214
Sleep breathing disorders – ENT treatment possibilities 215
Rinosinuzitele fungice 216
Fungal rhinosinusitis 217
Diagnostic and Interventional Bronchoscopy in Tuberculosis 219
Bronchoscopy for the diagnosis of peripheral lung lesions 220
Bronchology unit in COVID-19 pandemic 222
Advanced bronchoscopy for pulmonary nodules 223
Bronhoscopia după 65 de ani - un subiect tabu? 225
Bronchoscopy after age 65 - a taboo subject? 226
Exacerbările – trăsătură și țintă în astmul sever 228
Exacerbations – trait and target in severe asthma 229
Reabilitarea pulmonară și exacerbările 230
Pulmonary rehabilitation and exacerbations 231
Fumatul: factor de risc pentru exacerbări în patologia pulmonară 232
Smoking: risk factor for exacerbations in lung pathology 233
Abordarea problemelor legate de somn în timpul expunerii și carantinării la domiciliu din cauza focarului COVID-19 235
Addressing sleep problems during exposure and quarantine at home due to the COVID-19 outbreak 236
Rolul pneumologul în timpul pandemiei 237
Le rôle du pneumologue pendant la pandémie 238
Fumatul și autoimunitatea 240
Smoking and autoimmunity 241
Somatizarea emoțiilor și impactul apupra respirației 243
Somatization of emotions and impact on respiration 244
Astmul sever eozinofilic alergic vs non-alergic - două fațete ale astmului T2-înalt 246
Severe allergic vs non-allergic eosinophilic asthma - two facets of high T2 asthma 247
Astm necontrolat, dificil de tratat sau astm sever? 248
Uncontrolled asthma, severe asthma or difficult to treat? 249
Limfangioleiomiomatoza: ce este și ce căutăm? 251
Lymphangioleiomyomatosis: what do we know and what are we looking for? 252
Paniculita necrozantă prin DAAT – o manifestare rară a unei boli rare 253
Necrotic panniculitis due to Alpha1 Deficiency-a rare manifestation of a rare disease 254
Pacientul cu sarcoidoză în perioada pandemiei COVID-19 255
Sarcoidosis patients during COVID-19 Pandemic 256
Efectele poluării asupra sănătății respiratorii – factori de risc, mijloace de prevenire și tratament 258
Respiratory health effects of air pollution – risk factors, prevention and treatment 259
Tutunul care nu arde (HNBT) – nu este și greșeala noastră? 260
Burning tobacco (HNBT) – isn't it our mistake? 261
Impactul programelor educaționale pentru renunțare la fumat 262
The impact of educational programs for smoking cessation 263
Review of chest CT findings in Corona virus pneumonia 265
Impactul COVID-19 asupra bolilor pulmonare cronice la copil: care sunt perspectivele? 267

Impact of COVID-19 on chronic lung disease in children: what are the pesrpectives? 268
Update ARDS. ARDS: Definiție Berlin. Modelul conceptual al ARDS 270
Update on acute respiratory distress syndrome (ARDS). ARDS: Berlin definition.
The conceptual model of ARDS 272
Afectarea pulmonară, endotelita COVID-19 și tratamentul anticoagulant 274
Acute lung injury, COVID-19 endotelitis and anticoagulant treatment 275
Afecțiuni neurologice în cadrul infecției cu SARS-CoV-2 277
Neurological manifestations in patients diagnosed with SARS-CoV-2 278
Acidentul vascular cerebral ischemic și bolile pulmonare non oncologice 279
Non oncological Respiratory diseases and ischemic stroke 280
Insuficiența respiratorie în bolile neuromusculare – ce putem face mai mult?! 281
Respiratory failure in neuromuscular diseases – what can we do more 282
Cancerul pulmonar cu celule mici – ce trebuie să știe un pneumolog 284
Poluarea aerului: un ucigaș nevăzut 286
Air pollution: an unseen killer 287
Infecția COVID-19 – problemele pacienților cu neoplasm pulmonar 288
COVID-19 infection – problems of patients with lung cancer 289
Diabetul zaharat și sindromul de apnee obstructivă în somn (SAOS) 291
Obstructive sleep apnea syndrome (OSA) and type 2 diabetes 292
Capcane de diagnostic în bolile respiratorii la copil 294
Diagnostic traps in child respiratory diseases 295
Fibroza chistică – tranziția de la boala copilăriei la boala adultului 296
Cystic fibrosis - the transition from childhood disease to adult disease 297
Astmul alergic pediatric în vremea pandemiei SARS-CoV-2 298
Pediatric allergic asthma in SARS-CoV-2 pandemic 299
Sindrom Budd Chiari – cauză rară de hidrotorax la copil 300
Budd Chiari syndrome - a rare cause of hydrotorax in children 301
Rezistența la antibiotice în infecțiile respiratorii - ecuație cu mai multe necunoscute 303
Antimicrobial resistance in respiratory infection – an equation with multiple variables 304
Tratamentul antibacterian al pneumoniilor comunitare în perioada pandemiei
COVID-19: provocări și dificultăți 305
Antibacterial treatment of community-acquired pneumonia during the COVID-19
pandemic: challenges and difficulties 306
Rezecție fibroendoscopică combinată diatermo-laser în neoformațiunile benigne ale
laringelui, traheii și bronhiilor 307
Fiberendoscopic combined diathermy-laser resections in benign neoplasms of larynx,
trachea and bronchi 308
Tromboembolismul venos în COVID-19 - anticoagularea deschide calea 310
Venous thromboembolism in COVID-19 - anticoagulation paves the way 311
Caz de insuficiență respiratorie la o adolescentă cu boală inflamatorie 313
A case of respiratory failure at an adolescent with an inflammatory disease 314
Dificultăți de management al unei pneumonii severe la copil 315
Difficulties in managing severe pneumonia in children 316
Bronșiectazii non-CF la adolescentă cu boală cronică respiratorie 317
Non-CF bronchiectasis in adolescents with chronic respiratory disease 318

Revărsatul lichidian pleural, o provocare de diagnostic 320
Pleural effusion, a diagnostic challenge 321
Chilotoraxul – tratament chirurgical minim invaziv, studiu retrospectiv 322
The chylothorax – minimally invasive treatment, retrospective study 323
Tratamentul chirurgical minim invaziv în pleuropericarditele maligne-studiu retrospectiv 324
Minimal invasive treatment in malignant pleuro-pericardial effusions – retrospective study .. 325
Biopsăm sau nu nodulii pulmonari? 327
Do we biopsy the lung nodules or not? 328
Etiopatogenia cancerului profesional al aparatului respirator 330
Etiopathogeny of the occupational cancer of the respiratory system 331
Activități economice cu risc crescut de expunere profesională la agenți cancerigeni pulmonari în România în 2019 332
Economic activities with high risk of occupational exposure to lung carcinogens in Romania in 2019 333
Azbestul, o problemă fără sfârșit 334
Asbestos, an endless problem 335
Aspecte legislative privind recunoașterea etiologiei profesionale a cancerului aparatului respirator 336
Legislative aspects regarding the recognition of the professional etiology of respiratory cancer 337
Limfomul primar mediastinal cu celule B 339
Primary mediastinal B-cell lymphoma 340
Tuberculoza cerebrală – o provocare diagnostică 342
Cerebral tuberculosis – a diagnostic challenge 343
Evoluția favorabilă a unei pneumonite de hipersensibilitate la 6 luni de tratament 344
Favorable evolution of a hypersensitivity pneumonitis at 6 months of treatment 345
Importanța aderenței la tratament la un pacient cu BPOC 346
The importance of adherence to treatment in a patient with COPD 347
pANCA + Vasculita cu afectare pulmonară și renală la o pacientă cu fibroză pulmonară idiopatică 348
pANCA + vasculitis with pulmonary and renal involvement in a patient with idiopathic pulmonary fibrosis 349
Impactul infecțiilor pulmonare la pacienții cu fibroză chisticĂ în lipsa screening-ului neonatal 350
Impact of lung infections in patients with cystic fibrosis in the absence of neonatal screening 351
Managementul complex al pacientului vârstnic post-infecție SARS-CoV-2 352
Complex management of the elderly patient after SARS-CoV-2 severe infection 353
Impactul infecției cu SARS-CoV-2 asupra pacienților cu boală cronică de rinichi 354
The impact of SARS-CoV-2 infection on patients with chronic kidney disease 355
Importanța manifestărilor extrarespiratorii în managementul pacienților cu fibroză chistică .. 356
The importance of the extra-respiratory manifestations in the management of the patients with cystic fibrosis 357
Rolul manifestărilor pulmonare în diagnosticul pozitiv al fibrozei chistice 358
The role of pulmonary manifestations in the positive diagnosis of cystic fibrosis 359

Reabilitarea pulmonară în Pectus Excavatum – prezentare de caz 360
Pulmonary rehabilitation in pectus excavatum – case report 361
Pneumonita de hipersensibilitate dificultăți de diagnostic 362
Hypersensitivity pneumonitis diagnosis difficulties 363
Empiem pleural bilateral. Bronhopneumonie la o pacientă tânără cu suspiciune SARS-CoV-2 364
Bilateral pleural empyema. Bronchopneumonia in a young female with SARS-CoV-2 suspicion 365
Gripa A(H3) complicată cu bronhopneumonie. Chist pulmonar suprainfectat operat 366
Influenza A(H3) complicated with bronchopneumonia. surgically removed pulmonary cyst 367
Gripa A complicată cu bronhopneumonie și pleurezie bilaterală. supurație pulmonară secundară operată 368
Influenza A complicated with bronchopneumonia, bilateral pleural effusion. Surgically removed secondary pulmonary suppuration 369
Afectarea tiroidiană în contextul infecției cu SARS-Cov-2 370
Thyroid damage in the context of SARS-Cov-2 infection 371
Tuberculoza endobronșica o provocare continuă 372
Endobronchial tuberculosis a continuous challenge 373
O analizĂ a cazurilor de infecție cu TB, HIV și HIV-TB la populația rromă în Oltenia (2005-2015) 374
An analysis of cases of TB, HIV and HIV-TB infection in the Roma population in Oltenia (2005-2015) 375
Aspecte de hiperdiagnostic ale pneumoniei comunitare la pacienții cu insuficiență cardiacă preexistentă 376
Hyperdiagnosis aspects of community-acquiered pneumonia in patients with preexisting heart failure 377
Infecția cu Mycoplasma pneumonia la copiii născuți prematuri cu displazie bronhopulmonară 378
Mycoplasma pneumonia infection in premature infants with bronchopulmonary dysplasia 379
Bronhopneumopatia obstructivă cronică - corelații între fumători și ex-fumători 380
Chronic obstructive pulmonary disease - correlations between smokers and ex-smokers 381
Un tratament de succes al unei pneumonite în organizare, caz clinic 382
Successful treatment of organizing pneumonitis, clinical case 383
Abcesul pulmonar la pacienții cu boli imunodeprimante asociate – Complicații și Atitudine terapeutică 384
Pulmonary abscess in patients with associated immunosuppressive diseases – complications and therapeutic attitude 385
Pneumopatia interstiȚialĂ difuză indusă medicamentos – prezentare de caz 386
Drug-induced diffuse interstitial pneumonia - case presentation 387
Provocări în diagnosticul și tratamentul fibrozei chistice la adult-cazuri clinice 388
Challenges in the diagnosis and treatment of cystic fibrosis in adults - clinical cases 389
Sindrom de detresă respiratorie acută, forma severă secundaRĂ infecției cu virusul gripal A/H1N1 tratat cu succes prin ECMO veno-venoasă 390
Severe form of acute respiratory distress syndrome secondary to influenza A / H1N1 virus infection successfully treated with venous ECMO 391

Anticorpi anticardiolipină pozitivi la pacienți cu COVID-19 392
Positive anticardiolipin antibodies in COVID-19 patients 393
Bronhopneumonie hemoragică cu Stafilococ aureus la adult tânăr imunocompetent – caz clinic 394
Hemorrhagic bronchopneumonia with Staphylococcus aureus in immunocompetent young adult - clinical case 395
Factori de risc și predicție asociate deceselor pacienților infectați cu COVID-19 396
Risk and prediction factors associated with deaths of COVID-19 infected patients 397
Sepsisul pediatric: prevalența unei complicații cu risc de mortalitate ridicat dezvoltate pe fondul unei pneumonii dobândite intracomunitar 398
Pediatric Sepsis: the prevalence of a deadly complication of community-acquired pneumonia 399
Activatorii de NRF2 de tipul suplimentelor alimentare – propunere de studii clinice în România pentru testarea lor ca adjuvanți în toate tipurile de infecții respiratorii inferioare agresive (inclusiv COVID-19) ale adulților și copiilor 400
NRF2-activating dietary supplements - proposal of clinical studies in Romania for their testing as adjuvants in all types of aggressive lower respiratory infections (including COVID-19) of both adults and children 401
Caracteristici demografice și antropometrice la pacienții dintr-o cohortă cu sindrom overlap: SAS și BPOC 402
Demographic and anthropometric characteristics in a cohort of patients with OSA and COPD overlap syndrome 403
Dificultăți diagnostice în aspergiloza bronhopulmonară alergică 404
Differential diagnosis in Allergic bronchopulmonary aspergillosis 405
Pacienți cu aceeași complicație pulmonară, evoluții total diferite *406*
Patients with the same pulmonary complication, totally different evolution 407
Diagnosticul cancerului bronhopulmonar în contextul pandemiei COVID-19 – caz clinic 408
Diagnosis of lung cancer during SARS-CoV-2 pandemic 409
Astmul ocupațional la brutar - caz clinic 410
Occupational asthma in bakers - a clinical case 411
Severitatea bolii bronșiectatice în funcție de fenotipul bronșiectaziilor 412
Severity of bronchiectatic disease depending on the phenotype of bronchiectasis 413
Relația dintre infecția cu SARS-CoV-2 și severitatea comorbidităților 414
The relationship between the SARS-CoV-2 infection and the severity of comorbidities 415
Rolul echipei multidisciplinare în diagnosticul și tratamentul sarcoidozei 416
The role of the multidisciplinary team in the diagnosis and treatment of sarcoidosis 417
Co-infecția Clostridium Difficile – COVID-19, evoluție neașteptată 418
Clostridium Difficile – COVID-19 co-infection - unexpected evolution 419
Asocierea rară a unor afecțiuni complexe 420
Rare association of complex affections 421
Boala multichistică pulmonară o provocare diagnostică 422
Pulmonary multichistic disease, a diagnostic challenge 423
Culisele unei pneumonii cu debut tardiv 424
Behind the scene of a pneumonia with late onset 425

Caracteristicile infecției SARS-CoV-2 confirmate la pacienți „așa-zis" asimptomatici în Clinica Pneumologie Tg. Mureș 426
The main features of the SARS-CoV-2 infection in „so-called asymptomatic" patients from the Clinic of Pneumology, Targu Mures 427
Imunoterapia în cancerul bronhopulmonar non-microcelular metastatic – experiența Centrului Medical Neolife 428
Immunotherapy in metastatic non-small lung cancer – the experience of Neolife Medical Center 429
COVID-19, relevanța în practica clinică a unui test RT-PCR SARS-CoV-2 negativ 430
COVID-19, Clinical relevance of negative test RT-PCR SARS-CoV-2 431
Diferențele între pacienții cu BPOC și cei cu BPOC+HTA 432
Differences between patients with COPD versus COPD + Hypertension 433
Corelațiile între desaturările oxigenului și comorbidități în sindromul de apnee obstructivă în somn 434
Oxygen desaturation and comorbidities correlation in obstructive sleep apnea 435
Probleme terapeutice într-un caz de empiem pleural 436
Therapeutic challenges in a case of pleural empyema 437
Tuberculoza (TB) la vârstnici – analiza comparativă cu TB la vârsta adultă, Brașov 1998-2018 438
Tuberculosis (TB) in the elderly-comparative analysis with TB in adult age, Brașov 1998-2018 439
Testul de bicarbonat seric și diagnosticul sindromului de obezitate – hipoventilație la pacienți investigați în laboratorul de somnologie al clinicii Newmedics Brașov pe o perioadă de 9 luni 440
Serum bicarbonate test and diagnosis of obesity syndrome - hypoventilation in patients investigated in the somnology laboratory of Newmedics Brașov clinic for a period of 9 months 441
Trombembolism pulmonar. Caz de trombembolism pulmonar atipic asociat cu trombofilie 442
Pulmonary thromboembolism. Case of atypical pulmonary thromboembolism associated with thrombophilia 443
Actualitatea în epidemiologia tuberculozei 444
Update in the tuberculosis epidemiology 445
Sindromul de apnee în somn de tip obstructiv: inflamația și stresul oxidativ: ce cunoaștem și ce căutam? 446
Obstructive sleep apnea syndrome, inflammation and oxidative stress: What we know and what are we looking for? 447
Echipă multidisciplinară - un scop comun: nodulii pulmonari 448
Multidisciplinary team- one goal: pulmonary nodules 449
Efectul tratamentului antituberculos asupra unor biomarkeri de stres oxidativ la pacienți cu tuberculoză pulmonară activă 450
Effect of anti-tubercular drugs treatment on some oxidative stress biomarkers in patients with active pulmonary tuberculosis 451
Semnificația clinică a evaluării axei vitaminei D la pacienții cu tuberculoză pulmonară 452
Clinical significance of vitamin D axis evaluation in patients with pulmonary tuberculosis 453
Timom asimptomatic - o capcană pentru medic și pacient 454

Asymptomatic thymoma - a trap for both doctor and patient 455
Urmărirea pacientului cu astm sever eozinofilic tratat cu anticorpi monoclonali (anti IL-5). 456
Patient with severe eosinophilic asthma treated with monoclonal antibodies (anti IL-5) follow-up 457
Sindrom de hipercoagulabilitate corelat cu asocierea fumatului și a contraceptivelor orale 458
Hypercoagulability syndrome related to the association of smoking and oral contraceptives ... 459
Chirurgia toracică video-asistată (CTVA) în oncologie 460
Video-assisted thoracic surgery (VATS) in oncology 461
Diagnostic dificil – provocări în bronhologie și în chirurgia toracică minim invazivă 462
Difficult diagnosis – challenges for bronchoscopy and minimally invasive thoracic surgery 463
Provocare și interdisciplinaritate – rezecțiile pulmonare prin chirurgie toracică video-asistata (CTVA) 464
Challenge and interdisciplinarity – lung resections by Video-Assisted Thoracic Surgery VATS 465
Un joc de domino: astmul bronșic abordat multidisciplinar 466
A dominoes game: bronchial asthma in a multidisciplinary approach 467
Cross-border TB – o nouă provocare în managementul tuberculozei 468
Cross-border TB - a new challenge in tuberculosis management 469
Aspergiloze pulmonare: provocări la pacienții adulți cu fibroză chistică 470
Aspergillus-related diseases: challenges in adults with cystic fibrosis 471
Hemoptizia - un simptom de conexiune dintre aspergiloza pulmonară cronică și embolia pulmonară 472
Haemoptysis - a link symptom between chronic pulmonary aspergillosis and pulmonary embolism 473
Evaluarea riscului de deces intraspitalicesc la pacienți cu COVID-19 având condiții medicale preexistente 474
Assessment of the risk of in hospital fatal outcome in COVID – 19 patients with preexisting medical conditions 475
Campanii de conștientizare pentru depistarea precoce a bolilor obstructive pulmonare 476
Awareness campaigns for early detection of obstructive lung disease 477
Poate apărea sindromul de apnee în somn la persoanele cu greutate normală? 478
Can sleep apnea syndrome appear in normal weight persons? 479
TB în timpul pandemiei COVID-19 - îi mai pasă cuiva? 480
TB during COVID-19 pandemic - does anyone still care? 481
Sindrom overlap (bpoc + astm bronșic) – corelații cu fenotipul exacerbator 482
Overlap syndrome (copd + asthma)- correlations with exacerbation phenotypes 483
Sindromul de apnee în somn la pacienții cu bronhopneumopatie obstructivă cronică și obezitate 484
Sleep apnea syndrome in patients with chronic obstructive pulmonary disease and obesity 485
Tuberculoza extrapulmonară asociată neoplasmului rectal 486
Extrapulmonary tuberculosis associated with rectal neoplasm 487
Tehnici minim invazive pentru tratarea sindromului de apnee obstructivă în somn – Clinica Nova Explorări ORL 488
Minimal invasive techniques for treating obstructive sleep apnea syndrome – ENT Exploration Nova Clinic 489

Aspergiloza pulmonară, între tuberculoză și cancer 490
Pulmonary aspergillosis, between tuberculosis and cancer 491
BIOPSIA pulmonară percutană ecoghidată- procedură sigură de diagnostic în contextul pandemiei COVID-19 492
Percutaneous ultrasound-guided biopsy – a safe diagnostic procedure during the COVID-19 pandemic 493
Afectarea hepatică în cadrul tratamentului infecției COVID-19 494
The analysis of liver damage caused during the treatment of COVID-19 infection 495
Micetomul în practica clinică, între predictibilitate și diversitate 496
Mycetoma in clinical practice between predictability and diversity 497
Caracteristici imagistice in infecția cu SARS-CoV-2 498
Imaging features in SARS-CoV-2 infection 499
Provocări în diagnosticul infecției cu SARS-CoV-2 500
Challenges in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection 501
Sindromul Widal – o continuă provocare 502
Widal Syndrome – a continuous challenge 503
Impactul pe termen scurt a pandemiei COVID-19 asupra stării psihologice a personalului medical 504
The short-term impact of the COVID-19 pandemic on the psychological state of healthcare workers 505
Importanța profilului seric citokinic în evaluarea pacienților spitalizați cu pneumonie 506
The role of the serum cytokine profile in the evaluation of hospitalized patients with pneumonia 507
Infecția SARS-CoV-2 la pacienții cu diabet zaharat 508
SARS-CoV-2 infection at patients with diabetes 509
Caracteristici clinice și paraclinice ale pacienților cu pneumonie COVID-19 510
Clinical and paraclinical features of patients with COVID-19 pneumonia 511
Infecția bronhopulmonară cu floră gram-negativă la copiii cu imunodeficiențe primare 512
Bronchopulmonary infection with gram negative flora in children with primary immunodeficiencies 513
Utilitatea EBUS-TBNA în evaluarea adenopatiilor mediastinale sau hilare secundare malignităților extrapulmonare 514
The utility of EBUS-TBNA in mediastinal or hilar lymphadenopathy evaluation in extrapulmonary malignancy 515
Reîntoarcerea la muncă a pacienților cu boli pulmonare 516
Return to work OF patients with pulmonary diseases 517
Prevalența tuberculozei și asocierea cu bolile de căi respiratorii într-un centru de referință terțiar din vestul României 518
TB prevalence and association with airway diseases in a tertiary referral centre from Western Romania 519
Importanța factorilor de risc în dezvoltarea de forme complicate de pneumonie comunitară 520
Risk factors involved in the development of complicated forms of community-acquired pneumonia 521

Infecția SARS-COV-2 la pacienții cu boli bronhobstructive din Clinica de Pneumologie, Târgu Mureș 522
SARS-CoV-2 infection in patients with obstructive diseases in Tg. Mures Clinic of Pneumology 523
Pneumopatie interstițială difuză ca primă manifestare clinică în cadrul sindromului antisintetază 524
Interstitial lung disease as first clinical manifestation within the antysinthetase syndrome. 525
Electrorezecția bronhoscopică a unui carcinom mucoepidermoid pulmonar 526
Bronchoscopic electroresection of a mucoepidermoid carcinoma of the lung 527
Noduli pulmonari excavați în sifilisul pulmonar secundar/latent, o patologie rară? Prezentare de caz 528
Excavated lung nodules in secondary latent pulmonary syphilis, a rare pathology? A case report 529
O provocare diagnostică multidisciplinară 530
A multidisciplinary diagnostic challenge 531
Tumoră benignă rară pulmonară asociată cu bronșiectazii – prezentare de caz 532
Rare benign pulmonary tumor associated with bronchiectasis – case report 533
Relația dintre fibroza pulmonară și cancerul pulmonar 534
The association of IPF and pulmonary cancer 535
Granulom giganto-epiteloid pulmonar în contextul bolilor sistemice reumatologice 536
Giant-epitheloid pulmonary granuloma in context of rheumatic systemic diseases 537
Ce poate ascunde amețeala, instabilitatea, tinnitusul și hipoacuzia apărute la pacienții cu patologii pulmonare tratate cu antibioterapie în doze mari, perioade lungi - abordare, tratament 538
What can hide dizziness, instability,oscillopsy, tinnitus and hearing loss in patients with pulmonary pathologies treated with antibiotics in high doses, long periods - approach, treatment 539
Dificultăți și limite în tratamentul cervico-mediastinitelor supurate cu punct de plecare oro-faringian 538
Difficulties and limitations in the treatment of suppurative cervico-mediastinitis with an oropharyngeal starting point 540
Pneumonie severă prin SARS-CoV-2 cu evoluție favorabilă sub tratament cu tocilizumab în Clinica de Pneumologie Târgu Mureș (prezentare de caz) 542
Severe pneumonia in SARS-CoV-2 infection, with favorable evolution under treatment with tocilizumab. A case report from Clinic of Pneumology, Targu Mures 543
Biopsia pleurală ecoghidată 544
Pleural biopsy sonographically guided 545
Coinfecția HIV-TB la consumatorii de droguri intravenoase din București 546
HIV-TB co-infection among intravenous drug users in 4th district, Bucharest, 2009-2018 547
Multiplele fațete ale unei pneumonite criptogenice în organizare – prezentare de caz 548
The many facets of a cryptogenic organizing pneumonia – case presentation 549

MIERCURI, 4 NOIEMBRIE 2020 /
WEDNESDAY, NOVEMBER, 4TH 2020

CURSURI PRE-CONGRES /
PRE-CONGRESS COURSES

CANAL 1 / *1ST CHANNEL*

REABILITAREA RESPIRATORIE ÎN BPOC – NOI TENDINȚE DE ABORDARE/
RESPIRATORY REHABILITATION IN COPD – NEW TRENDS

PULMONARY REHABILITATION IN COPD – UPDATE 2020

Oliver Göhl[1]

[1]Germany

Pulmonary rehabilitation still is one of the key approaches in the treatment of COPD. It is a comprehensive intervention based on thorough patient assessment followed by patient-tailored therapies that include, but are not limited to, exercise training, education, self-management intervention aiming at behavior change, designed to improve the physical and psychological condition of people with chronic respiratory disease and to promote the long-term adherence to health-enhancing behaviors.

Pulmonary rehabilitation relieves dyspnea and fatigue, improves emotional function, enhances the sense of control that individuals have over their condition and is beneficial in improving health-related quality of life and exercise capacity.

Based on current literature this lecture gives an overview of selected basic components. In more detail than prescribed in the current GOLD report you will get explanations on general exercise training approaches.

Individual adaption of general exercise training approaches due to comorbid conditions as well as exercise capabilities and limitations in different severity stages of the disease are presented in the lecture “Exercise Training in COPD – practical aspects behind the evidence “.

REABILITAREA PULMONARĂ - NOI TENDINȚE DE ABORDARE

Paraschiva Postolache[1,2], Doina-Clementina Cojocaru[1,2]

[1] Universitatea de Medicină şi Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași, România
[2] Secția Clinică Recuperare Medicală Respiratorie, Spitalul Clinic de Recuperare, Iași, România

Reabilitarea pulmonară (RP) este recunoscută ca o componentă de bază a managementului bolilor cronice pulmonare, fiind aplicată cât mai devreme posibil în exacerbările acestor afecțiuni, dar și în bolile severe din terapie intensivă. RP include intervenții pe tot parcursul vieții pentru pacienții cu boli respiratorii cronice și implică o colaborare dinamică între pacient, familie și furnizorii de servicii medicale.

RP începe în spital sau într-o clinică specializată și continuă la domiciliu. Echipa de asistență medicală în RP elaborează programe de RP individualizate, pe baza nevoilor pacienților, care implică evaluarea pacientului, educație, antrenament fizic, intervenție nutrițională și sprijin psihosocial etc.

În ultimii ani s-au înregistrat progrese considerabile în domeniul RP, fiind explorate metode alternative de utilizare a RP, inclusiv la domiciliul pacientului, precum telerehabilitarea. Conceptele de telemedicină şi telereabilitare constituie o alternativă modernă de monitorizare la distanță a pacienților. Dispozitivele moderne de colectare a datelor legate de funcțiile vitale, EKG, explorări pulmonare etc., permit detectarea la distanță a eventualelor complicații și formularea unor indicații de tratament de către personalul antrenat în acest scop. În orice perioadă de schimbare, noile tehnologii și inovații au un efect profund și uneori perturbator pentru cei implicați: pacienți, medici, unități sanitare, industrie, asigurători și decidenți politici. Inteligența artificială, tehnologiile portabile și smartphone-urile sunt aplicații recente, care se vor dezvolta astfel încât tehnologia va continua în mod inevitabil să joace un rol vital în transformarea modului în care este oferită asistența medicală şi RP.

PULMONARY REHABILITATION - NEW TRENDS

Paraschiva Postolache[1,2], Doina-Clementina Cojocaru[1,2]

[1] „Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iasi, Romania
[2] Respiratory Rehabilitation Clinic, Rehabilitation Clinical Hospital, Iasi, Romania

Pulmonary rehabilitation (PR) is recognized as a basic component of chronic pulmonary disease management, being applied as early as possible in exacerbations of these conditions, but also in severe intensive care diseases. PR includes lifelong interventions for patients with chronic respiratory disease and involving a dynamic collaboration between patient, family, and healthcare providers.

PR begins in the hospital or in a clinic specialized in PR and continues at home. The healthcare team will design an individualized PR plan based on patient needs. The PR program involves patient assessment, education, physical training, nutritional intervention and psychosocial support.

During recent years there have been considerable advances in the field of PR. The evidence for the benefit and safety of PR in respiratory diseases is growing. In recent years, alternative methods of delivering PR have been developed, including at home and telerehabilitation. The concepts of telemedicine and telerehabilitation can be a modern alternative for remote monitoring of patients. Modern devices for collecting data related to vital functions, EKG, lung parameters, etc. allow the detection at a distance of possible complications and the formulation of indications for therapy by staff trained for this purpose. In any period of change, new technologies and innovations have a profound and sometimes disruptive effect on those involved: patients, doctors, hospitals, industry, insurers and policy makers.

Artificial intelligence, portable technologies and smartphones are recent applications that will develop so that technology will inevitably continue to play a vital role in transforming the way healthcare and PR is provided.

EXERCISE TRAINING IN COPD – PRACTICAL ASPECTS BEHIND THE EVIDENCE

Oliver Göhl[1]

[1]Germany

COPD is a systemic multi organ disease. Acute exacerbations and activity are important factors for the course of the disease.

Facing comorbid conditions as well as exercise capabilities and limitations in different severity stages of the disease there is need for at least some adaption of general exercise training approaches – behind the evidence.

By analyzing video material of a severely ill patient undergoing strength training, different aspects of metabolism and thresholds, strain of activity, stress for the cardio-pulmonary-system and adjusting to exertion are explained.

Resting periods in terms of breathing rhythm transfer basic rules of interval training into a concept for prolonged activity of activity of daily life that are above current exercise capacity.

You will get detailed prescription for adjusting activities of daily life like stair climbing, walking, getting out of the bed or clearing a dish washer.

NUTRIȚIA ȘI PROGRAMUL COMPLEX DE REABILITARE PULMONARĂ A BOLNAVULUI CU BPOC

Floarea-Mimi Nițu[1], Cristina Călărașu[1], Andreea Gheorghe[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova, România

Toți pacienții cu BPOC trebuie aduşi la greutate corp normală pentru că greutatea corporală mică şi pierderea în greutate duc la un risc crescut de mortalitate.

Epuizarea nutrițională scade masa şi funcția mușchilor scheletici şi respiratori, modificând morfologia şi metabolismul acestora, iar slăbiciunea musculaturii scheletice este factorul determinant al simptomelor din BPOC.

Pierderea în greutate a bolnavului cu BPOC este cauzată de consumul energetic de repaus (REE) crescut și de aportul alimentar scăzut. Pentru pacienții cu BPOC, respirația presupune un efort continuu ce poate crește cheltuielile energetice de repaus (BEE) cu 10%-15%. Pacienții care nu compensează consumul energetic crescut prin creșterea numărului de calorii, vor pierde în greutate.

Putem veni în sprijinul bolnavului cu BPOC prin supravegherea stării sale de nutriție, măsurându-i periodic greutatea corporală și IMC și intervenind cu suplimentări nutriționale când este cazul.

NUTRITION AND LUNG REHABILITATION PROGRAM FOR COPD PATIENTS

Floarea-Mimi Nițu[1], Cristina Călărașu[1], Andreea Gheorghe[1]

[1] University of Medicine and Pharmacy, Craiova, Romania

All COPD patients should be brought back to normal body weight because low body weight and weight loss lead to an increased risk of mortality.

Nutritional depletion decreases skeletal and respiratory muscle mass and function, altering their morphology and metabolism, and skeletal muscle weakness is a determinant of COPD symptoms.

The weight loss of the patient with COPD is caused by increased resting energy consumption (REE) and low food intake. For COPD patients, breathing requires a continuous effort that can increase resting energy expenditure (BEE) by 10-15%. Patients who do not compensate for increased energy intake by increasing the number of calories will lose weight.

We can support the COPD patient by monitoring his nutritional status, periodically measuring his body weight and BMI and intervening with nutritional supplements when necessary.

REABILITAREA PULMONARĂ ÎN SINDROMUL OVERLAP: BPOC – APNEE ÎN SOMN

Gabriela Jimborean[1], Edith Simona Ianosi[1], Mara Vultur[2]

[1] Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie „George Emil Palade“, Târgu. Mureș, România
[2] Clinica de Pneumologie,Târgu Mureș, România

Reabilitarea pulmonară (RP) este o metodă de tratament nonfarmacologic, multidisciplinară menită să amelioreze statusul clinic, fizic, funcțional și emoțional al pacienților cu afecțiuni respiratorii cronice. Se adresează tuturor afecțiunilor respiratorii dar a fost bine studiat în bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC). Asocierea BPOC cu apneea în somn (AS) („sindrom overlap” OS) se manifestă cu o simptomatologie precoce și severă diurnă și nocturnă datorită ambelor afecțiuni și complicațiilor redutabile (prin hipoxemie cronică, stimul simpatic, efectul factorilor de risc comuni: fumatul, obezitatea, malnutriția sau prin inflamația pulmonară și sistemică). Complicațiile OS sunt respiratorii și extrarespiratorii mai severe față de cele din bolile respective luate separat: insuficiență respiratorie, cord pulmonar cronic precoce, poliglobulie, ateroscleroză generalizată, cardiopatie ischemică, accidente vasculare cerebrale, diabet, dislipidemie, declin cognitiv, scăderea activităților fizice, hipotrofie musculară, sindrom depresiv. Astfel în OS, RP va trebui începută precoce și se va continua o lungă durată, bine condusă de o echipă multidisciplinară de pneumologi, specialiști în reabilitare și kinetoterapie, cardiologi, psihologi, dieteticeni, asistenți sociali. RP vizează multe domenii: educația medicală privind înțelegerea bolii și a tratamentului, educația antifumat, exerciții fizice generale și pentru membre (≥30 min/zi, 3-5 ori/săptămână), exerciții de antrenament a mușchilor inspiratori (prin respirație împotriva unei rezistențe “incentive spirometer”, “flutter valve”), scădere ponderală (indispensabilă pentru diminuarea AS și a unor complicații ale OS). RP are numeroase beneficii pentru ambele afecțiuni: abandonarea fumatului, scăderea dispneei, creșterea capacității de efort, îmbunătățirea calității somnului și a vieții, ameliorarea utilizării dispozitivelor bronhodilatatoare și a celor CPAP (Continuous Positive Airways Pressure), creșterea supraviețuirii.

PULMONARY REHABILITATION IN OVERLAP SYNDROME: COPD - SLEEP APNEA

Gabriela Jimborean[1], Edith Simona Ianosi[1], Mara Vultur[2]

[1] „George Emil Palade“ University of Medicine, Pharmacy, Science and Technology, Târgu. Mures, Romania
[2] Clinic of Pneumology, Târgu Mures, Romania

Pulmonary rehabilitation (PR) is a non-pharmacological, multidisciplinary method of treatment designed to improve the clinical, physical, functional and emotional status of patients with chronic respiratory diseases. It addresses all respiratory diseases but has been well studied in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The association of COPD with sleep apnea (SA) (OS overlap syndrome) is manifested by early and severe symptoms during the day and at night due to conditions and complications (chronic hypoxemia, sympathetic stimulus, the effect of common risk factors - smoking, obesity), malnutrition or by pulmonary/systemic inflammation). OS complications are respiratory and extra respiratory, more severe than those of the respective diseases taken separately: respiratory failure, early cor pulmonale, polyglobulia, generalized atherosclerosis, ischemic heart disease, stroke, diabetes, dyslipidemia, cognitive decline, decreased muscle activity, depressive syndrome. Thus in OS, RP will have to be started early and will continue for a long time, well led by a multidisciplinary team of pulmonologists, specialists in rehabilitation and physical therapy, cardiologists, psychologists, dietitians, social workers.PR covers many areas: medical education on understanding the disease and treatment, anti-smoking education, general and limb exercise (≥30 min/day, 3-5 times / week), inspiratory muscle training exercises (by breathing against a resistance “Incentive spirometer”, “flutter valve”), weight loss (indispensable for reducing SA and some OS complications). RP has many benefits for both conditions: smoking cessation, decreasing dyspnea, increasing in exercise capacity, improving quality of sleep and life, improving the use of bronchodilators and CPAP (Continuous Positive Airways Pressure), survival improvement.

SUPRAVEGHEREA COMORBIDITĂȚILOR ÎN BRONHOPNEUMOPATIA CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ

Doina-Clementina Cojocaru[1,2], Paraschiva Postolache[1,2]

[1] Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași, România
[2] Secția Clinică de Recuperare Medicală Respiratorie, Spitalul Clinic de Recuperare, Iași, România

Bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPOC) este o boală cronică, progresivă, ce recunoaște factori de risc de mediu, genetici și comportamentali. Coexistența comorbidităților influențează progresia, rezultatele tratamentului și prognosticul în BPOC. Boala coronariană ischemică, insuficiența cardiacă, hipertensiunea arterială, diabetul zaharat/sindromul metabolic și osteoporoza au cea mai mare prevalență și se asociază cu morbi-mortalitate crescută la această categorie de bolnavi. În acest context, supravegherea comorbidităților cardiovasculare implică diagnosticul diferențial al dispneei, ajustarea schemei terapeutice, cu excluderea beta-blocantelor neselective și favorizarea blocantelor canalelor de calciu, evaluare funcțională adecvată înaintea programelor de antrenament fizic și monitorizare strictă a parametrilor hemodinamici în timpul efortului fizic și post-efort, precum și evaluarea atentă a efectelor adverse cardiovasculare ale medicației cu viză respiratorie. Diabeticii cu BPOC necesită monitorizare glicemică adecvată în contextul administrării corticoterapiei orale sau inhalatorii, ajustarea insulinoterapiei și evitarea metforminului la cei cu insuficiență respiratorie și hipoxemie, predispuși la riscul major de acidoză lactică. Pacienții diagnosticați cu osteoporoză și tratament cu bifosfonați dezvoltă frecvent reflux acid gastroesofagian nocturn sau în timpul manevrelor de drenaj postural, ceea ce poate conduce la microaspirații bronșice, exacerbarea inflamației, bronhoconstricție, manifestate prin accentuarea tusei nocturne și a dispneei. În concluzie, supravegherea comorbidităților în patologia pulmonară cronică obstructivă necesită o evaluare riguroasă și o abordare pluridisciplinară a acestui pacient complex.

SURVEILLANCE OF COMORBIDITIES IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Doina-Clementina Cojocaru[1,2], Paraschiva Postolache[1,2]

[1] Faculty of Medicine, „Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iasi, Romania
[2] Clinical Department of Respiratory Medical Recovery, Hospital of Clinical Rehabilitation, Iasi, Romania

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a chronic, progressive disease that recognizes environmental, genetic, and behavioral risk factors. The concomitance of comorbidities influences the progression, treatment outcomes, and prognosis in COPD. Ischemic heart disease, heart failure, hypertension, diabetes / metabolic syndrome, and osteoporosis have the highest prevalence and are associated with increased morbi-mortality in this category of patients. In this context, surveillance of cardiovascular comorbidities involves the differential diagnosis of dyspnea, adjustment of the therapeutic regimen, excluding non-selective beta-blockers and favoring calcium channel blockers, adequate functional assessment before physical training programs, and strict monitoring of hemodynamic parameters during exercise and post-exercise, as well as careful evaluation of the cardiovascular side effects of respiratory medication. Diabetics with COPD require adequate glycemic monitoring in the context of oral or inhaled corticosteroid therapy, adjustment of insulin doses, and avoidance of metformin in those with respiratory failure and hypoxemia, who are at high risk for lactic acidosis. Patients diagnosed with osteoporosis and bisphosphonate treatment frequently develop nocturnal gastroesophageal acid reflux or during postural drainage maneuvers, which can lead to bronchial microaspiration, exacerbation of inflammation, bronchoconstriction, manifested by exacerbated nocturnal cough and dyspnea. Consequently, the supervision of comorbidities in chronic obstructive pulmonary pathology requires rigorous evaluation and a multidisciplinary approach to this complex patient.

REÎNTOARCEREA LA MUNCĂ A PACIENȚILOR CU BOLI PULMONARE

Ioana Soare[1], Roxana Mirică[2]

[1] Facultatea de Medicină, Universitatea „Titu Maiorescu”, București, România
[2] Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

Întoarcerea la muncă RTW după concediul medical a fost impus ca subiect de medicină socială / de asigurări (Germania, Marea Britanie, România), definit ca un mod de reintegrare a pacientului. RTW, procesul de integrare a pacientului într-o rutină de lucru și un mediu de lucru după concediul medical, este de asemenea, unul dintre principalii factori predictivi pentru un prognostic de succes și pentru evoluția afectării inițiale a pacientului. Determinanții sociali pentru întoarcerea la muncă /RTW și pentru pensia de invaliditate (singurătate, educație redusă, locuințe rurale cu acces dificil la servicii medicale, vârsta peste 50 de ani, sex feminin, sărăcie, salarii mici) sunt cei mai importanți.

Sunt discutate teme noi - Covid-19, apneea de somn, tuberculoza și infecția cu HIV, transplantul pulmonar și, de asemenea, cancerul, insuficiența respiratorie cronică, BPOC. Pacienții care au avut TBC au șanse mici să se angajeze. Trebuie să fim atenți la pacienții cu apnee obstructivă în somn, o boală greu de recunoscut. Intervențiile multidisciplinare care implică componente fizice, psiho-educaționale și / sau profesionale au condus la rate mai mari de RTW la pacienții cu cancer.

Pacienții cu BPOC au mai puține șanse ca psihoticii să se întoarcă la muncă. Ei pot profita de muncă, în termeni de bani, bunăstare socială. Pacienții cărora li s-au efectuat transplanturi pulmonare trebuie sfătuiți să se întoarcă la muncă, dacă este posibil, dupa 6 luni.

Pacienții care au prezentat Covid sunt sfătuiți la fel ca în cazul tromboembolismului - RTW după 6 săptămâni, dar să lucreze de acasă.

RTW trebuie considerat un factor terapeutic.

RETURN TO WORK OF PATIENTS WITH LUNG DISEASE

Ioana Soare[1], Roxana Mirică[2]

[1] Faculty of Medicine„Titu Maiorescu" University, Bucharest, Romania
[2] Faculty of Medicine, „Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Return to work RTW after sick leave was imposed as a topic by social/ insurance medicine (Germany, UK, Romania), defined as a way of reintegrating the pacient. RTW, the process of integrating the patient into a work routine and a work environment after sick leave, is also one of the main predictive factors for a successful prognosis and evolution of the patient's initial impairment. The social determinants for return to work / RTW and for the invalidity pension (loneliness, reduced education, rural housing with difficult access to medical services, age over 50, female sex, poverty, low wages) are most important.

New themes are discussed- Covid-19, sleep apnea, tuberculosis and HIV infection, lung transplant and also -cancer, chronic respiratory failure, COPD. Patients who had TB have low chances to get employed. We must be attentive to patients with Obstructive Sleep Apnea, a disease difficult to recognize. Multidisciplinary interventions involving physical, psycho-educational and/or vocational components led to higher RTW rates in patients with cancer.

Patients with COPD have less chances as the psychotic to return to work. They may profit from working, in terms of money, social wellbeing. Patients who have received lung transplants should be advised to return to work if possible after 6 months.

Patients who experienced Covid are advised same as in Thromboembolism – RTW after 6 weeks, but to work from home.

RTW must be considered therapeutic.

O NOUĂ PROVOCARE: TELEREABILITAREA

Alina Croitoru[1], Daniela Jipa[1]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Reabilitarea respiratorie este o metodă terapeutică bazată pe dovezi, realizată de o echipă multidisciplinară, care se adresează pacienților cu boli pulmonare cronice și care presupune, pe lângă antrenament la efort, kinetoterapie, consiliere psihologică, etc.

În mod clasic, programele de reabilitare respiratorie se desfășoară în spitale sau centre ambulatorii, sub supraveghere medicală directă. În ultimii ani, dezvoltarea platformelor digitale, accesul din ce în ce mai mare al populației la internet și necesitatea unor programe de reabilitare la domiciliu au dus la apariția unui noi concept: telereabilitarea.

Telereabilitarea se referă la utilizarea unor tehnologii care să permită personalului medical implicat în reabilitare să se conecteze virtual cu pacienții aflați la domiciliu, prin intermediul unui calculator, tabletă sau telefon. Pacienții pot urma la domiciliu exercițiile prezentate sub formă video și pot avea un feeedback de la medici / kinetoterapeuti privitor la corectitudinea efectuării exercițiilor, rezultate, etc.

Avantajele telerabilitarii sunt: acces mai larg la reabilitare al pacienților care nu pot ajunge în centrele medicale, cost redus, desfășurarea exercițiilor într-un mediu familiar. Deși implică cunoștințe tehnologice mai ridicate ale pacienților, reprezintă o variantă sigură și eficientă, mai ales în situații speciale, cum ar fi de exemplu pandemia COVID-19.

A NEW CHALENGE: TELEREHABILITATION

Alina Croitoru[1], Daniela Jipa[1]

[1] „Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

Respiratory rehabilitation is an evidence-based therapeutically method, developed by a multidisciplinary team, which addresses patients with chronic lung disease and which involves, in addition to exercise training, physical therapy, psychological counseling, etc.

Classically, respiratory rehabilitation programs are carried out in hospitals or outpatient centers, under direct medical supervision. In recent years, the development of digital platforms, the growing access of the population to the Internet and the need for home rehabilitation programs have led to the emergence of a new concept: telerehabilitation.

Telerehabilitation refers to the use of technologies that allow medical staff involved in rehabilitation to connect virtually with patients at home, through a computer, tablet or smartphone. Patients can follow the exercises presented in video form at home and can have a feedback from physicians / physiotherapists regarding the correctness of performing the exercises,results,etc.

The advantages of telerehabilitation are: wider access to rehabilitation of patients who cannot reach medical centers, low cost, carrying out exercises in a familiar environment. Although it involves higher technological knowledge of patients, it is a safe and effective option, especially in special situations, such as the COVID-19 pandemic.

CANAL 1 / *1ST CHANNEL*

CE ESTE NOU ÎN FIBROZA PULMONARĂ IDIOPATICĂ?/

WHAT'S NEW IN IDIOPATHIC LUNG FIBROSIS?

DIRECȚII ACTUALE ȘI DE VIITOR ÎN FIBROZA PULMONARĂ IDIOPATICĂ

Voicu Tudorache[1]

[1] Universitatea de Medicină si Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Diagnosticul cât mai precoce și acurat al diferitelor entități fibrogene pulmonare, cu referință specială la fibroza pulmonară idiopatică, este de importanță crucială pentru inițierea unui tratament adecvat, pentru îmbunătățirea prognosticului și ameliorarea calității vieții. Noile tehnici imagistice și biomarkerii biologici își aduc contribuția în acest sens. Este discutat rolul antifibroticelor nu numai în COVD-19 și în exacerbările fibrozei pulmonare idiopatice (FPI), cât și introducerea lor în tratamentul fenotipului fibrotic progresiv. De asemenea, se actualizează dilema: când trebuie tratat refluxul gastro-esofagian in FPI? Au statinele vreun rol? – este un alt topic. Medicina personalizată ”de precizie”, trebuie să integreze in abordarea unor astfel de bolnavi, toate aceste descoperiri științifice.

CURRENT AND FUTURE DIRECTIONS IN IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS

Voicu Tudorache[1]

[1]„Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

The earliest and most accurate diagnosis of various pulmonary fibrogenic entities, with special reference to idiopathic pulmonary fibrosis, is of crucial importance for initiating appropriate treatment, for improving the prognosis and improving the quality of life. New imaging techniques and biological biomarkers are contributing to this. The role of antifibrotics is discussed not only in COVID-19 and in exacerbations of idiopathic pulmonary fibrosis (IPF), but also in their introduction into the treatment of progressive fibrotic phenotype. The dilemma is also being updated: when should gastro-esophageal reflux be treated ? Do statins have a role? - is another topic. Personalized „precision" medicine must integrate in the approach of such patients, all these scientific discoveries.

FIBROZA PULMONARĂ IDIOPATICĂ ȘI COVID-19

Florin Mihălțan[1], Ancuța Constantin[1]

[1] Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

Impactul infecției Covid-19 la nivel global este devastator, destabilizând totul, de la individ la structuri macro-economice și provocând o criză majoră în sistemele de sanătate din întreaga lume, obligandu-ne în timp record la cea mai rapidă reformă a sistemului medical de-a lungul timpului.

Abordarea fibrozei pulmonare idiopatice (FPI) în contextul infecției cu COVID-19 devine o preocupare majoră a lumii medicale, căutând să se stabilească interrelaționarea celor două patologii, secundar factorilor de risc comuni, profilului clinic sever și potențiala influențare a cursului bolii prin terapia antifibrotică.

Cele două entități patologice împărtășesc factori majori de risc precum vârsta înaintată, sexul masculin, istoricul de fumat dar și comorbidități - hipertensiunea arterială, boala cardiacă ischemică și diabetul, aspect grevat de desprinderea unor posibile teorii incă neprobate, ce concluzionează prematur referitor la cauzalitatea între Sindromul de Detresă Respiratorie Acuta (SDRA) din COVID-19 și FPI diagnosticată ulterior.

Consecințele afectării pulmonare pe termen lung, secundare infecției COVID-19 rămân speculative, în prezent nu există date care să raporteze incidența sau mortalitatea infecției SARS-CoV-2 la pacienții cu FPI. Nuanțele clinico-terapeutice ale acestor maladii, atat ca entități distincte patologice cât și ale asocierii lor, departe de a fi elucidate, suscită un real interes la nivel mondial, concretizat prin studiile în vigoare.

IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS AND COVID-19

Florin Mihaltan[1], Ancuta Constantin[1]

[1]„Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy,Bucharest, Romania

The impact of Covid-19 infection globally is devastating, destabilizing everything from the individual to macroeconomic structures and causing a major crisis in the world's health systems, forcing us to the fastest reform of the health care system ever.

The approach of idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) in the context of COVID-19 pandemic becomes a major concern of the medical world, seeking to establish the relationship between the two pathologies, secondary to common risk factors, severe clinical profile and potential influence of the disease course by antifibrotic therapy.

The two pathological entities share major risk factors such as age, male sex, history of smoking and comorbidities - hypertension, ischemic heart disease and diabetes, an aspect burdened by the emergence of possible as yet unproven theories, which concludes prematurely about the causality between the syndrome of Acute Respiratory Distress (ARDS) caused by COVID-19 and FPI subsequently diagnosed.

Long-term lung damage consequences, secondary to COVID-19 infection remain uncertain, and there are currently no data to report the incidence or mortality of SARS-CoV-2 infection in patients with IPF. The clinical-therapeutic features of these diseases, as individual distinct pathological entities and also as an overlap, far from being elucidated, arouse a real worldwide interest, materialized through the ongoing studies.

MEDICINA PERSONALIZATĂ ȘI SUBSTRATUL PATOGENIC AL FPI

Ovidiu Fira-Mladinescu[1]

[1]Disciplina de Pneumologie, Centrul de Cercetare și Inovare în Medicină Personalizată a Bolilor Respiratorii, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România
[2]Secția Clinică Universitară Pneumologie II, Centrul de Expertiză pentru Boli Pulmonare Rare, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumologie „Victor Babeș”, Timișoara, România

La indivizi susceptibili genetic microinjuriile recurente separate spațial, induse de numeroși factori (autoimunitate, virusuri, noxe inhalatorii, fum de țigară, etc.), pot activa un răspuns de vindecare tisulară aberant, care are drept rezultat un proces de fibroză progresivă a parenchimului pulmonar.

Medicina personalizată caracterizată prin abordarea terapeutică a bolilor care ia în considerare variabilitatea individuală de exprimare a acestora la fiecare pacient în parte în funcției de profilul lor genetic, expunerea la factorii de mediu și stilul de viață, poate reprezenta o nouă frontieră în descifrarea patobiologiei fibrozei pulmonare idiopatice (FPI) prin definirea unor variate endotipuri și a unor biomarkeri moleculari. Dintre potențialele endotipuri genetice sugerate până acum ar fi de subliniat cele care implică disfuncția și senescența celulelor epiteliale alveolare, anomalii ale imunității înnăscute și adaptative, precum și procese de remodelare pulmonară anormale. Privitor la expunerea la factori endogeni sau exogeni, sunt de amintit microaspirația cronică, microbiomul pulmonar, respectiv modificările epigenetice ale genomului sub acțiunea unor factori de mediu. Deși factorilor comportamentali li s-a acordat o mai mică atenție, nu trebuie omis rolul fumatului, respectiv al dietei și exercițiului fizic în patogenia FPI.

În concluzie strategiile terapeutice din FPI pentru a fi eficiente trebuie să vizeze simultan interceptarea mai multor mecanisme patogenice.

PRECISION MEDICINE AND UNDERLYING PATHOGENY OF IPF

Ovidiu Fira-Mladinescu[1,2]

[1] Division of Pneumology, Center for Research and Innovation in Precision Medicine of Respiratory Diseases, University of Medicine and Pharmacy „Victor Babes", Timisoara, Romania
[2] II[nd] University Ward of Pulmonology, Center of Expertise for Rare Respiratory Diseases, Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtysiology „Dr. Victor Babes", Timisoara, Romania

With genetically susceptible individuals, spatially separated recurrent microinjuries, induced by numerous factors (autoimmunity, viruses, inhalation noxious substances, cigarette smoke, etc.), may activate an aberrant wound healing response, resulting in a process of progressive pulmonary parenchymal fibrosis.

Precision medicine characterized by therapeutic approach to diseases that takes into account the individual variability of their expression in each patient depending on genes, environment and lifestyle, may represent a new frontier in deciphering the pathobiology of idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) by defining various endotypes and molecular biomarkers. Among the potential genetic endotypes suggested so far, those involving alveolar epithelial cell dysfunction and senescence, aberrant innate and adaptive immunity, as well as abnormal lung remodeling processes should be highlighted. As to the exposure to endogenous or exogenous factors, we have to mention the chronic microaspiration, the pulmonary microbiome, respectively the epigenetic changes of the genome under the action of some environmental factors. Although the behavioral factors have been paid less attention, the role of smoking, diet and exercise in the pathogenesis of IPF should not be overlooked.

In conclusion, therapeutic strategies in IPF must simultaneously target the interception of several pathogenic mechanisms, in order to be effective.

TULBURĂRILE RESPIRATORII ÎN SOMN ÎN FIBROZA PULMONARĂ IDIOPATICĂ - O NOUĂ DIMENSIUNE UITATĂ

Lavinia Davidescu[1]

[1] Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea din Oradea, București, România

Fibroza pulmonară idiopatică (FPI) este o afecțiune cronică redutabilă, caracterizată prin inflamație și grade diferite de fibroză a parenchimului pulmonar, de cauză necunoscută, cu evoluție ireversibilă, cu un curs clinic imprevizibil și variabil, fiind asociată cu un prognostic extrem de prost. Tulburările respiratorii în timpul somnului, în special apneea obstructivă de somn (SASO), sunt înregistrate frecvent ca și comorbidități la pacienții cu FPI. Incidența SASO la pacienții cu FPI variază în diferite studii, de la 38-88%, forme ușoare cu AHI>5/h până la severe >30/h.

SASO este legată de morbiditatea și mortalitatea cardiovasculară și cerebrovasculară, iar aceasta asociere face din SASO o afecțiune gravă, potențial amenințătoare de viață la pacienții cu FPI. Pacienții cu FPI prezintă modificări ale arhitecturii somnului, incluzând scăderea eficienței somnului, scăderea somnului cu unde lente și a somnului REM, fragmentarea crescută a somnului. De asemenea, hipoventilația în timpul somnului, în special în somnul REM precum și SASO sunt frecvente, dar rămân de obicei, subdiagnosticate.

Hipoxia nocturnă în fibroza pulmonară idiopatică a fost asociată cu scăderea nivelului de energie, afectarea funcționalității sociale și fizice diurne, precum și cu o supraviețuire redusă. Terapia CPAP la pacienții cu FPI poate îmbunătăți calitatea vieții, corectând hipoxemia nocturnă și evenimentele obstructive respiratorii.

În absența unei terapii eficiente pentru FPI, cu toate progresele în terapia antifibrotică, optimizarea calității vieții ar putea deveni obiectivul terapeutic principal. În această perspectivă, diagnosticul și tratamentul TRTS ar putea îmbunătăți semnificativ calitatea vieții pacienților cu FPI.

SLEEP DISORDERS BREATHING IN IDIOPHATIC PULMONARY FIBROSIS - A NEW FORGOTTEN DIMENSION

Lavinia Davidescu[1]

[1] Faculty of Medicine and Pharmacy, University of Oradea, Romania

Idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) is a redoubtable chronic disease, characterized by inflammation and varying degrees of pulmonary fibrosis, with unknown cause, irreversible evolution and unpredictable and variable clinical course, being associated with an extremely poor prognosis. Sleep related breathing disorders, especially obstructive sleep apnea (OSA), are commonly reported as comorbidities in patients with IPF. The incidence of SASO in patients with IPF varies in different studies, from 38-88%, mild forms with AHI> 5 / h to severe,> 30 / h.

OSA has been increasingly linked to cardiovascular and cerebrovascular morbidity and mortality, and this association makes OSA a serious, potentially life-threading condition in IPF patients. IPF patients present alterations in sleep architecture, including decreased sleep efficiency, slow wave sleep and rapid eye movement (REM) sleep, and increased sleep fragmentation. Moreover, sleep related hypoventilation during the vulnerable REM sleep period and obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome (OSAHS) are frequent, but remain usually underdiagnosed.

Nocturnal hypoxemia in idiopathic pulmonary fibrosis has been associated with decreased energy levels and impaired daytime social and physical functioning, reduced survival. CPAP therapy in patients with IPF may improve quality of life by correcting nocturnal hypoxemia and obstructive respiratory events

In the absence of an effective therapy for IPF, with all advances in antifibrotic therapy, optimizing quality of life could become the primary therapeutic goal. In this perspective the diagnosis and treatment of SRBD could significantly improve the quality of life of IPF patients.

CANAL 1 / *1ST CHANNEL*

ABORDAREA MULTIDISCIPLINARĂ A PACIENTULUI CU AFECȚIUNI RESPIRATORII/

THE MULTIDISCIPLINARY APPROACH OF THE PATIENT WITH RESPIRATORY DISEASES

IMPORTANȚA IMAGISTICII ÎN DIAGNOSTICUL PNEUMOLOGIC

Gabriela Jimborean[1], Mioara Szatmary[1], Edith Simona Ianoși[1]

[1]Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie „George Emil Palade”, Târgu Mureș, România

Diagnosticul pneumologic cuprinde pe lângă examenul clinic variate explorări paraclinice: imagistice, morfologice și histopatologice (bronhoscopia, toracoscopia, examenul histopatologic din biopsie solidă și examenul citologic și dozari ADN/ARN din biopsii lichide, evaluarea unor markeri biologici sugestivi), investigații funcționale respiratorii de repaos și dinamice (spirometria, pletismografia, factorul de transfer gazos DLCO, EKG, ecografia toracică, teste de efort), investigații bacteriologice și virusologice, anchete epidemiologice, etc. Investigațiile imagistice sunt complexe și din ce în ce mai performante: radiografia toracică, ecografia toracică (completată cu cea abdominală și cardiacă și cu ecografia endobronșică prin bronhoscopie), CT toracic simplu și cu contrast IV și pentru regiunile de graniță și la distanță CT abdominal/cervical/cranian, rezonanța magnetică RMN, PET-CT (tomografia cu emisie de pozitroni) și scintigrafia, navigarea electromagnetică. Investigațiile imagistice sunt indispensabile diagnosticului prezent în afecțiuni acute (edem pulmonar, embolie pulmonară, pleurezii, pneumotorace traumatisme, etc.) și cronice (marea majoritate a fecțiunilor respiratorii), permit evaluarea în dinamică a afecțiunii pulmonare (prin comparatii cu situații anterioare), permit monitorizarea la distanță a unor afecțiuni cronice (tuberculoza TB, cancerul bronhopulmonar CBP, fibroze interstițiale, colecții pleurale, pneumonii, transplantul pulmonar, etc) și în condițiile perfecționării aparatelor (ceea ce a dus la diminuarea iradierii) pot fi utilizate și în activitățile de screening la persoane cu risc crescut de boală (CBP, TB, boli profesionale – silicoza, azbestoza). Investigațiile imagistice se vor recomanda în mod ierarhic (de la simplu la complex) și vor fi recomandate numai în concordanță cu recomandările ghidurilor de diagnostic și tratament naționale și internaționale.

THE IMPORTANCE OF IMAGING IN PNEUMOLOGICAL DIAGNOSIS

Gabriela Jimborean[1], Mioara Szatmary[1], Edith Simona Ianosi[1]

[1]„George Emil Palade"University of Medicine, Pharmacy, Sciences and Technology, Targu Mures, Romania

In addition to the clinical examination, the diagnosis in pulmonology includes various paraclinical explorations: imaging, morphological and histopathological examinations (bronchoscopy, thoracoscopy, histopathological examination of solid biopsy and cytological examination and DNA/RNA from liquid biopsies, evaluation of suggestive biological markers), respiratory functional tests and dynamics evaluation (spirometry, plethysmography, DLCO gas transfer factor, EKG, chest ultrasound, exercise tests), bacteriological and virological tests, epidemiological investigations, etc. Imaging is complex and increasingly successful: chest radiography, chest ultrasound (supplemented with abdominal and cardiac and endobronchial ultrasound by bronchoscopy), simple chest scan and contrast IV scan and for border regions and abdominal CT/cervical/cranial, magnetic resonance MRI, PET-CT (positron emission tomography) and scintigraphy, electromagnetic navigation, etc.. Imaging investigations are indispensable for the diagnosis in acute diseases (pneumonia, pulmonary edema, pulmonary embolism, pleurisy, pneumothorax, trauma, etc.) and chronic respiratory diseases(the vast majority of respiratory features), allow dynamic assessment of lung disease (by comparisons with previous situations), allow remote monitoring of chronic diseases (TB tuberculosis, lung cancer LC, interstitial fibrosis, pleural collections, lung transplantation, etc.) and in the improvement of devices (which led to decreased irradiation) can also be used in screening activities in people at high risk of disease (LC, TB, occupational diseases - silicosis, asbestosis). Imaging investigations will be recommended hierarchically (from simple to complex) and will be recommended only in accordance with the recommendations of national and international diagnostic and treatment guidelines.

ROLUL INVESTIGAȚIEI CARDIOLOGICE ÎN AFECȚIUNILE RESPIRATORII

Lehel Mathe[1], Gabriela Jimborean[1], Mara Vultur[2]

[1] Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie "George Emil Palade", Târgu Mureș, România
[2] Clinica de Pneumologie, Târgu Mureș, România

Integritatea și funcția normală a aparatului cardiovascular (inima și vasele de sânge aparținând circulației pulmonare funcționale și de nutriție) sunt indispensabile desfășurării unei respirații normale. De altfel perfuzia pulmonară este o component principlă a respirației (alături de ventilație și schimbul gazos). Plămânul primește din partea cordului prin artera pulmonară (circulația funcțională) un debit de repaus de 6l/min și un debit de efort de 40 l/min. Investigarea perfuziei pulmonare și a funcțiie cardiace are numeroase utilități: evaluarea impactului pe vasele pulmonare AL anumitor boli respiratorii: BPOC, fibroze interstițiale difuze FID, sarcoidoză, exereze pulmonare, distrucții extinse (tuberculoză TB, supurații, bronșiectazii, atelectazii) traumatisme, evaluarea afectării directe a vaselor pulmonare (embolia pulmonară, malformații vasculare, colagenoze și vasculite, tromboze în situ în ARDS și CIVD), aprecierea răsunetului cardiovascular al patologiei pulmonare (cordul pulmonar cronic CPC, înainte și după intervenția de transplantul pulmonar). O altă indicație de investigare cardiovasculară este evaluarea cordului preoperator în chirurgia toracică și cardiacă și pentru evaluarea comorbidităților cardiovasculare în boli respiratorii cu hipoxemie: apneea în somn, BPOC, sindromul de obezitate hipoventilație. Evaluarea clinică și paraclinică cardiovasculară se va efectua înainte de orice recomandare a reabilitării respiratorii. Investigația cardio-vasculară poate fi noninvazivă (radiografia toracică, electrocardiograma ECG, echocardiografie, tomografia computerizată (CT) toracică cu contrast intravenous (angioCT), CT miocardic, PET - CT miocardic (tomografie cu emisie de pozitroni fuzionată cu CT), testul cardiorespirator de efort sau invazivă (angiografia coronariană, scintigrafia cu thaliu, scintigrafia pulmonară de perfuzie, ecografia transesofagoană sau transvasculară).

THE ROLE OF CARDIOLOGICAL INVESTIGATION IN RESPIRATORY DISEASES

Lehel Mathe[1], Gabriela Jimborean[1], Mara Vultur[2]

[1]University of Medicine, Pharmacy, Science and Technology „George Emil Palade", Tg. Mures, Romania
[2] Clinic of Pneumology, Targu Mures, Romania

The morphologic integrity and normal function of the cardiovascular system (the heart and blood vessels belonging to the functional and nutritional circulation of the lungs) are indispensable for a normal breathing. In fact, pulmonary perfusion is a major component of respiration (along with ventilation and gas exchange). The lungs receive from the heart through the pulmonary artery (functional circulation) a resting flow of 6 l/min and an effort flow of 40 l/min. Investigation of pulmonary perfusion and cardiac function has many purposes: assessment of the impact on lung vessels of certain respiratory diseases: COPD, diffuse interstitial lung diseases/fibrosis ILD, sarcoidosis, pulmonary resection, extensive destruction (tuberculosis TB, suppurations, bronchiectasis, direct trauma, atelectasis), effect on pulmonary vessels (pulmonary embolism, vascular malformations, collagen diseases and vasculitis, thrombosis in situ in pulmonary lesional edema ARDS), assessment of cardiovascular resonance of lung pathology (chronic core pulmonale, before and after lung transplant intervention). Another indication for cardiovascular investigation is the heart evaluation in the preoperative period in thoracic and cardiac surgery. In the same time it is usefull for the evaluation of cardiovascular comorbidities in respiratory diseases with hypoxemia: sleep apnea, COPD, hypoventilation obesity syndrome. Cardiovascular clinical exam and paraclinical evaluation will be performed prior to any recommendation of respiratory rehabilitation. Cardiovascular investigation may be noninvasive (chest-x-ray, electrocardiogram, cardiac ultrasound, vascular Doppler ultrasound, chest computed tomography (CT) with intravenous contrast (angioCT), myocardial CT, miocardic PET - CT (CT fused with positron emission tomography), cardiorespiratory test during effort, or invasive (coronary angiography, thallium scintigraphy, infusion lung scintigraphy, transesophageal or trans-vascular ultrasound).

METODE DE SCREENING ÎN PATOLOGIA RESPIRATORIE DIN TIMPUL SOMNULUI

Edith Simona Ianoși[1], Mara Vultur[1], Gabriela Jimborean[1]

[1] Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie „George Emil Palade”, Târgu Mureș, România

Patologia respiratorie din timpul somnului (PRS) este frecventă și variată: apneea în somn obstructivă și centrală, sindroamele de obezitate - hipoventilație, alte cauze de hipoventilație (expunerea la droguri, hipoventilația congenitală, hipoxemii din timpul somnului în afecțiuni respiratorii – BPOC, afecțiuni neuromusculare, afecțiuni ale cutiei toracice (cifoscolioze). PRS este mult subdiagnosticată datorită trecerii de multe ori a acesteia pe planul doi clinic, după afecțiunile cu care realizează “overlap”: boli respiratorii (BPOC, astm bronșic cronic, cancer bronhopulmonar, fibroze difuze), afecțiuni cardiace sau neuromusculare principal sugestive, simptomatice și severe. Asocierea acestora cu PRS duce de regulă la accentuarea hipoxemiei și la agravarea bolii de bază dar și la dificultăți în echilibrarea sub tratament specific al afecțiunilor de bază. Cunoașterea factorilor de risc pentru PRS (obezitatea, fumatul, etilismul cronic, consum de stupefiante, sedentarismul, sforăitul habitual, insuficiența cardiacă, afectarea neuromusculară cu hipotonie sau pareze, modificări craniocerebrale (modificări ale palatului dur, sindrom Pierre Robin, sindrom Down), macroglosie, retrognație, acromegalie, mixedem, va necesita investigații active (chiar în lipsa simptomelor specifice) = screening al PRS. Metodele de screening activ la persoanele cu risc crescut pentru PRS sunt: examenul clinic, chestionare Epworth de evaluare a somnolenței diurne, chestionar Berlin sau STOP BANG de evaluare a apneei în somn, poligrafia în timpul somnului, polisomnografia. Metodele de screening vor fi recomandate și la persoane care prin natura activităților în care sunt angrenate, în cazul prezenței PRS nediagnosticate și netratate , pot determina accidente de muncă sau de trafic.

SCREENING METHODS IN RESPIRATORY PATHOLOGY DURING SLEEP

Edith Simona Ianosi[1], Mara Vultur[1], Gabriela Jimborean[1]

[1] „George Emil Palade" University of Medicine, Pharmacy, Science and Technology, Targu Mures, Romania

Respiratory pathology during sleep (PRS) is common and varied: obstructive and central sleep apneea, hypoventilation-obesity syndromes, other causes of hypoventilation (drug exposure, congenital hypoventilation, hypoxemia during sleep in respiratory diseases-COPD, neuromuscular disorders, chest diseases -kyphoscoliosis). PRS is much underdiagnosed due to its second clinical background, after the conditions with which it performs „overlap": respiratory diseases (COPD, chronic asthma, bronchopulmonary cancer, diffuse fibrosis), symptomatic and severe cardiac or neuromuscular disorders. The association of these disease with PRS usually leads to worsening of hypoxemia and exacerbation of the underlying disease but also to difficulties in balancing under specific treatment of the underlying conditions. The knowledge of risk factors of PRS(obesity, smoking, chronic alcoholism, drug use, sedentary lifestyle, habitual snoring, heart failure, neuromuscular disease with hypotonia or paresis, craniocerebral disorders (changes in the hard palate, Pierre Robin syndrome, S. Down), macroglossia, retrognatia, acromegaly, myxedema, will require active investigation (even in the absence of specific symptoms) = screening of PRS. The active screening methods in people at high risk for PRS are: clinical examination, Epworth questionnaire to assess daytime sleepiness, Berlin questionnaire or STOP BANG to assess sleep apneea, polygraphy during sleep, polysomnography. Screening methods will also be recommended for people who, due to the nature of the activities in which they are engaged, in the presence of undiagnosed and untreated PRS, can cause work or traffic accidents.

REABILITAREA RESPIRATORIE ÎN BPOC - ACTUALIZARE 2020

Paraschiva Postolache[1,2]

[1]Universitatea de Medicină şi Farmacie „Grigore T. Popa", Iași, România
[2] Secția Clinică Recuperare Medicală Respiratorie, Spitalul Clinic de Recuperare, Iași, România

Reabilitarea respiratorie (RR) reprezintă un complex de servicii adresat persoanele cu boli pulmonare pentru a le învăța cum să-și gestioneze mai bine simptomele legate de boală. Ea ajută la controlul bolilor pulmonare prin educație, exerciții fizice, medicație și sprijin emoțional şi psihologic. Scopul RR este de a reduce simptomele bolilor pulmonare, de a crește rezistența şi forța mușchilor periferici și respiratori, de a crește toleranța la efort, de a reduce durata de spitalizare, de a ajuta la gestionarea anxietății și depresiei, de a reduce numărul de exacerbări, gravitatea şi durata lor şi per total de a îmbunătăți calitatea vieții.

Boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC) este o afecțiune frecventă, cu morbiditate și mortalitate ridicată, afectând în mod egal bărbații și femeile. În prezent, se estimează că aproximativ 10 la sută dintre persoanele cu vârsta de 40 de ani sau mai mult au BPOC, deși prevalența variază între țări și crește odată cu vârsta. Pacienții cu BPOC au frecvent mai multe comorbidități, cu implicații fizice, emoționale și sociale, care necesită o intervenție cuprinzătoare, individualizată, oferită ca program personalizat prin RR. Luând în considerare complexitatea și severitatea acestei boli, RR trebuie să integreze cunoștințele într-o intervenție complexă pentru a oferi un program optim pacientului. În acest fel, va consolida autonomia individuală a pacientului.

În ultimii ani, posibilitățile de diagnostic și tratament s-au extins foarte mult, rezultând o abordare mai optimistă și mai activă față de această boală încă incurabilă.

RESPIRATORY REHABILITATION IN COPD - UPDATE 2020

Paraschiva Postolache[1,2]

[1]„Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iasi, Romania
[2]Clinic of Respiratory Rehabilitation Rehabilitation Clinical Hospital, Iasi, Romania

Respiratory rehabilitation (RR) is a complex of services for people with lung diseases, in order to teach them how to better manage their symptoms related to the disease. It helps control lung disease through education exercise, medication and emotional support. The aim is to reduce the symptoms of lung disease, to increase the strength and endurance of the peripheral and respiratory muscles, to increase the tolerance to effort, to reduce the length of hospital stay, to help manage anxiety and depression, to decrease the number, severity and duration of exacerbations, and to improve the quality of life.

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a common condition with high morbidity and mortality, affecting men and women equally. It is estimated that approximately 10 percent of individuals aged 40 years or older have COPD, although the prevalence varies between countries and increases with age. COPD patients frequently have several comorbidities, with physical,emotional and social implications, which require a comprehensive, individualized intervention, offered by a RR personalized program. Considering the complexity and severity of this disease, RR must integrate knowledge into a complex intervention to provide an optimal program for the patient. In this way, it will strengthen the individual autonomy of the patient and offer the patient a maximal level of autonomy and functioning in the community.

Over the last years, diagnostic possibilities and treatment options in COPD have greatly expanded, resulting in a more positive and active approach towards this still incurable disease.

APNEEA OBSTRUCTIVĂ ÎN SOMN - DIAGNOSTIC POZITIV

Ștefan Dumitrache-Rujinski[1,2]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România
[2]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Apneea obstructivă în somn este o patologie cu o prevalență în creștere, adesea subdiagnosticată. Neidentificarea și netratarea formelor severe simptomatice are consecințe în plan social și personal, prin accidentele de muncă/ circulație sau complicațiile cardio-metabolice și vasculare.

Prezentarea își propune un abord practic, din prisma activității clinice curente, a diagnosticului pozitiv al apneei în somn de tip obstructiv cu indicație de terapie.

OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA – POSITIVE DIAGNOSIS

Stefan Dumitrache-Rujinski[1,2]

[1]„Carol Davila" University of Medicine and Farmacy, Bucharest, Romania
[2]„Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

Obstructive sleep apnea represent a pathology with an increasing prevalence and often underdiagnosed. Failure to identify and treat severe symptomatic forms has social and individual consequences, being responsable for work / traffic accidents and/or cardio-metabolic and vascular complications.

The presentation addresses a practical approach, in terms of current clinical practice, for the diagnosis of obstructive sleep apnea requiring therapy.

CANAL 2 / *2ND CHANNEL*

ÎNGRIJIREA CENTRATĂ PE PACIENT ÎN AFECȚIUNILE RESPIRATORII PEDIATRICE /

PATIENT-CENTERED CARE IN PEDIATRIC RESPIRATORY DISORDERS

ABORDAREA ȘI CARACTERISTICILE BOLILOR DIFUZE PULMONARE LA COPIL

Laura-Larisa Dracea[1,2]

[1] Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii, Brașov, România
[2] Facultatea de Medicină, Universitatea „Transilvania", Brașov, România

Bolile difuze (interstițiale) pulmonare la copil (BIPC) sunt reprezentate de un grup heterogen de afecțiuni pulmonare rare genetice, de dezvoltare pulmonară, inflamatorii, infecțioase sau reactive, cu morbiditate și mortalitate crescută.

Termennul de BIP este nespecific și descrie remodelarea interstițiului pulmonar și spațiilor aeriene distale.

În ultimii ani s-au înregistrat progrese în înțelegerea bolilor interstițiale la copil datorată unei mai bune structurări a clasificării acestora, a înțelegerii substratului morfologic și îmbunătățirii tehnicilor imagistice și de puncție biopsie pulmonară.

BIPC sunt diferite față de cele întâlnite în patologia adultului, iar cele ce apar precoce la vârsta de sugar pot fi distincte față de cele care apar mai târziu în copilărie. Simptomele nespecifice respiratorii și infiltratele difuze pulmonare sunt elemente de care trebuie ținut cont în diagnosticul diferențial al altor afecțiuni cu prezentare similară.

Imagistica joacă un rol foarte important în evaluarea BIPC, de multe ori confirmând și caracterizând afecțiunea specifică, fiind în același timp esențială pentru excluderea altor afecțiuni și aducând informații pentru localizarea biopsiei pulmonare.

Prin eforturile conjugate ale societăților internaționale (ERS, ATS), BIPC a devenit o arie de cercetare în dezvoltare, în pneumologia pediatrică.

Diagnosticul poate fi dificil, necesitând o abordare minuțioasă, complexă și de obicei se face în centre de referință cu expertiză în domeniu. Evaluarea precoce este esențială pentru stabilirea tratamentului și prognosticului, chiar dacă intervențiile standardizate lipsesc de multe ori.

Prezentarea de față va trece în revistă aspecte epidemiologice, de clasificare, corelații clinice, fiziopatologice și imagistice ale BIPC, cu exemplificarea unor aspecte particulare din parctica curentă.

APPROACH AND CHARACTERISTICS OF DIFFUSE LUNG DISEASE IN CHILDREN

Laura-Larisa Dracea[1,2]

[1] Clinical Emergency Children's Hospital of Brasov, Romania
[2] Faculty of Medicine, „Transilvania" University, Brasov, Romania

Diffuse (interstitial) lung disease in children (chDLD/chILD) are represented by a heterogenous group of rare genetic and developmental lung disease, as well of inflammatory, infectious or reactive disorders with increased morbidity and mortality.

The term of chILD is nonspecific and describes remodeling of lung interstitium and distal airspaces.

In recent years, there has been increased progress in understanding of chILD due to a better structuring of classification and understanding of pathogenesis and histopathologic features, as well as due to improving imaging and lung biopsy techniques.

Pediatric interstitial lung disease is considerably different than adult interstitial lung disease, and disorders appearing early in life may be distinct from those occurring later in childhood, even there are some overlaps. Nonspecific respiratory symptoms, diffuse lung infiltrates, make exclusion of common conditions presenting in similar ways, an important step in preliminary diagnosis.

Imaging plays an important role in evaluating chILD, many times being the key in characterization and confirming the diagnosis, and nevertheless, providing information for localization of lung biopsy.

Conjugated efforts of international societies (ERS, ATS), made chILD a developed research area in pediatric pulmonology.

Diagnosis of chILD may be difficult, and needs a careful and complex approach, usually in high expertise reference centers. Early evaluation is mandatory in establishing treatment and prognosis, even if many times, standardized interventions may be lacking.

The presentation will highlight epidemiological, classification aspects based on clinical, pathological and imaging correlations, with exemplification of specific aspects met in clinical practice.

INSUFICIENȚA RESPIRATORIE ACUTĂ DE CAUZĂ TOXICĂ – DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

Coriolan Ulmeanu[1,2], Alexandru Ulmeanu[1,2]

[1] Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu”, București, România
[2] Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

Insuficiența respiratorie acută este definită cel mai simplu prin existența unei hipoxemii. Insuficiența respiratorie acută de cauză toxică este clasificată în grupa altor tipuri de insuficiență respiratorie alături de insuficiența respiratorie de cauză centrală. Cauzele insuficienței respiratorii de cauză toxică sunt reprezentate cel mai bine în diverse statistici de: intoxicația acută cu produse petrolifere, intoxicația acută cu monoxid de carbon și fum, intoxicația acută cu opiacee și opioide sintetice, intoxicația acută cu organofosforice, intoxicația acută cu fosfați organici, intoxicația acută cu medicamente de tip barbiturice, cocaină, colchicină, curară și stricnină, intoxicația acută cu substanțe methemoglobinizante. Sunt prezentate mecanismele prin care toxicele diverse induc insuficiență respiratorie acută și criteriile paraclinice de diagnostic. Tratamentul este prezentat sintetic adăugând și particularități pentru anumite tipuri de insuficiențe respiratorii toxice (ex: tratamentul de urgență cu Naloxonă pentru morfinice).

ACUTE RESPIRATORY FAILURE OF TOXIC CAUSE - DIAGNOSIS AND TREATMENT

Coriolan Ulmeanu[1,2], Alexandru Ulmeanu[1,2]

[1] „Grigore Alexandrescu" Emergency Clinical Hospital for Children, Bucharest, Romania
[2] „Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Acute respiratory failure is most simply defined by the existence of hypoxemia. Acute toxic respiratory failure is classified together with other types of respiratory failure and along with central respiratory failure. The principal causes of toxic respiratory failure are: acute intoxication with petroleum products, acute intoxication with carbon monoxide and smoke, acute intoxication with opiates and synthetic opiates, acute intoxication with organophosphorus compounds, acute intoxication with organic phosphates, acute intoxication with barbiturates, cocaine, colchicine, curara and strychnine, acute intoxication with chemicals that cause methemoglobinemia. The mechanisms by which various toxins induce acute respiratory failure and paraclinical diagnostic criteria are presented. The treatment is presented synthetically adding also particularities for certain types of toxic respiratory insufficiency (ex: emergency treatment with Naloxone for morphine poisoning)

STATUSUL VITAMINEI D LA COPILUL CU ASTM BRONȘIC

Paraschiva Chereches-Panța[1], Teodora-Irina Adam-Bonci[1]

[1] Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România

Vitamina D are un rol benefic în sănătatea generală a organismului, având comportament de hormon. Studii recente au demonstrat efect imunomodulator la pacienții cu astm bronșic.

Autorii au analizat relația dintre concentrația scăzută a 25-hidroxi-vitamina D (25-OH-VitD) și incidența exacerbărilor la copiii cu astm bronșic.

Au fost incluși în studiu 131 de copii cu astm bronșic internați în Clinica Pediatrie III a Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca la care s-a urmărit profilaxia cu vitamina D administrată, concentrația serică a 25-OH-VitD și alți factori corelați cu exacerbarea astmului.

Prevalența deficitului de vitamina D a fost de 58.8% la lotul analizat. S-a constatat o corelație semnificativă statistic a deficitului de vitamina D cu exacerbarea astmului în ultimele 4 săptămâni (p=0.02).

În concluzie, evaluarea statusului 25-OH-VitD poate fi un parametru util în monitorizarea copilului cu astm bronșic, mai ales la pacienții simptomatici.

VITAMIN D STATUS IN CHILDREN WITH ASTHMA

Paraschiva Chereches-Panta[1], Teodora-Irina Adam-Bonci[1]

[1] „Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

Vitamin D plays an important role in general health, and has characteristics of an hormone. Recent studies proved its immunomodulatory effect in patients with asthma.

The authors analized the relationship between low serum concentration of 25-hydroxi-vitamin D (25-OH-VitD) and the incidence of exacerbations in children with asthma.

We included in th study 131 children with asthma admitted in The IIIrd Pediatric Clinic, Clinical Emergency Hospital for Children, Cluj-Napoca, in which we noted the prophylaxis with vitamin D that the patients received, serum concentration of 25-OH-VitD and other factors that correlates with asthma exacerbation.

The prevalence of vitamin D deficit was of 58.8% in our sudy group. We noticed a statistical signifficant corellation between vitamin D deficiency and the asthma exacerbation during the previous 4 weeks (p=0.02).

In conclusion, the assesment of 25-OH-VitD status may be a usefull parameter for monitoring children with asthma, mainly in those patients with frequent symptoms.

SPIROMETRIA: NIMIC MAI SIMPLU

Roxana Maria Nemeș[1]

[1]Institutul Național de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Spirometria este o testare simplă, noninvazivă, nedureroasă și ușor de efectuat la copii, în condițiile existenței unui laborator specializat și personal calificat în acest sens.

Copilul nu este un adult mai mic și, de aceea în obținerea unui test valid se va ține cont de utilizarea valorilor predictive ale parametrilor respiratori adaptate populației pediatrice. Interpretarea corectă a testelor funcționale nu se limitează la evaluarea procentuală, ci va ține cont de limita inferioară a normalului (LLN).

Vor fi prezentate principalele contraindicații relative listate în ultimul statement al Societății Europene de Pneumologie (ERS 2020) ce impun analiza balanței risc-beneficiu de efectuare a unei spirometrii și, eventual, temporizarea acesteia. Posibilele erori de execuție fac de asemenea obiectul prezentării.

Existența echipamentelor adaptate pentru populația pediatrică, precum și a unui mediu special asigurat pentru efectuarea testelor – ambele sunt condiții esențiale pentru o buna cooperare a copilului în efectuarea testelor.

Pentru susținerea diagnosticului funcțional respirator la copil, pentru monitorizarea răspunsului la terapie (spre ex: administrarea terapiei inhalatorii în astm), pentru evaluările pre- și post-transplant medular, dar și în alte condiții speciale (ex: afecțiuni neuromusculare), testele funcționale respiratorii ocupă un loc important.

SPIROMETRY: NOTHING MORE SIMPLE

Roxana Maria Nemes[1]

[1] „Marius Nasta" National Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

Spirometry is a simple, non-invasive, painless and easy-to-perform test in children, given the existence of a specialized laboratory and qualified staff.

The child is not a younger adult and, therefore, in obtaining a valid test will take into account the use of predictive values of respiratory parameters adapted to the pediatric population. The correct interpretation of the functional tests is not limited to the percentage assessment, but will take into account the lower limit of normal (LLN).

The main relative contraindications listed in the latest statement of the European Society of Pneumology (ERS 2020) that require the analysis of the risk-benefit balance of performing a spirometry and, possibly, its timing will be presented. Possible execution errors are also the subject of the presentation.

The existence of equipment adapted for the pediatric population, as well as a special environment provided for carrying out the tests - both are essential conditions for a good cooperation of the child in carrying out the tests.

To support the respiratory functional diagnosis in children, to monitor the response to therapy (eg: administration of inhalation therapy in asthma), for pre- and post-medullary evaluation, but also in other special conditions (eg neuromuscular disorders), respiratory functional tests occupy an important place.

CANAL 2 / *2ND CHANNEL*

SOMNUL ȘI VENTILAȚIA ÎN TIMPUL PANDEMIEI COVID-19/

SLEEP AND VENTILATION DURING COVID-19 PANDEMIC

SOMNUL LA ALTITUDINE ÎNALTĂ, ÎNTREBĂRI ȘI RĂSPUNSURI

Doina Todea

[1] Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România

Tulburările de somn sunt o cauză comună de disconfort printre multitudinea de simptome după ascensiunea la altitudine înaltă. În mod subiectiv, apare o senzație de neliniște sau insomnie pe perioada nopții, iar indivizii experimentează frecvent întreruperi ale somnului datorită senzației de sufocare, motiv pentru care efectuează un inspir profund cu ameliorarea simptomatologiei și reinstalarea somnului. Totodată apar modificări ale stadiului somnului cu superficializarea acestora. Respirația periodică la altitudine pare să confirme modificările respiratorii apărute odată cu ascensiunea rapidă la altitudine în care efectul stimulator al hipoxiei este contracarat de acțiunea inhibitorie a alcaloziei hipocapnice. Alcaloza hipocapnică induce apnee, care în schimb scade inhibiția cauzată de alcaloză și accentuează stimularea hipoxică. Aceste modificări produc hiperpnee care reduce stimularea respiratorie prin scăderea hipoxiei și creșterea alcalozei, conducând la apnee recurentă. Prevalența apneei la altitudine cu reducerea stimulului ventilator este crescută în timpul somnului. Calitatea inadecvată a somnului evaluată subiectiv pare să reflecte fragmentarea somnului în contextul microtrezirilor, cu alterarea patternului respirator periodic nocturn. Microtrezirile sunt regăsite în momentul tranziției de la episoadele de apnee la cele de hiperpnee. Aclimatizarea secundară la altitudine este asociată cu scăderea respirațiilor periodice și creșterea calității somnului. Cel mai frecvent tratament este administrarea profilactică a acetazolamidei, un inhibitor al anhidrazei carbonice cu efect în reducerea inhibiției alcalotice a ventilației. Rezultatele studiilor recente sugerează că benzodiazepinele și alți agenți care induc somnul pot îmbunătăți calitatea acestuia fără efecte adverse aparente.

SLEEP AT HIGH ALTITUDE, QUESTIONS AND ANSWERS

Doina Todea[1]

[1]„Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

Sleep disturbance is a common cause of discomfort among the constellation of symptoms after ascent to high altitude. Subjectively, the sensation is that of a restless or sleepless night and individuals commonly experience awakening from sleep with a feeling of suffocation, taking a deep breath, feeling much improved, and falling back to sleep. Sleep stages are generally shifted from deeper toward lighter sleep stages. Periodic breathing at altitude seems to reflect the respiratory dilemma of acute altitude ascent in which the stimulatory effects of hypoxia are opposed by the inhibitory action of hypocapnic alkalosis. Hypocapnic alkalosis induces apnea, which in turn lessens alkalotic inhibition and augments hypoxic stimulation. This triggers hyperpnea, which lessens respiratory stimulation by decreasing hypoxia and increasing alkalosis, leading to recurrent apnea. The occurrence of altitude related apnea with lessening of ventilatory stimuli is enhanced during sleep. The poor subjective quality of sleep seems to reflect the fragmentation of sleep by frequent arousals linked to the marked changes in respiratory pattern of periodic breathing. Arousals commonly occur at the transition from the end of apnea to the onset of hyperpnea. Subsequent acclimatization to altitude is associated with lessening of periodic breathing and better-quality sleep. The most common treatment is prophylactic administration of acetazolamide, an inhibitor of carbonic anhydrase, which likely works by reducing alkalotic ventilatory inhibition. The results of recent studies suggest that benzodiazepines and other sleep-promoting agents may improve sleep quality without apparent adverse effects

ABORDAREA PRACTICĂ ÎN SINDROMUL DE APNEE NOCTURNĂ COMPLEXĂ. CPAP SAU VNI? PREZENTARE DE CAZ

Ana Adriana Trușculescu[1], Monica Marc[1], Daniel Trăilă[1], Cristian Oancea[2]

[1]Spitalul de Boli Infecțioase și Pneumologie „Victor Babeș”, Timișoara, România
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Sindromul de apnee nocturnă complexă(Comp-SAS) este termenul utilizat pentru a descrie o formă specifică de tulburare respiratorie nocturnă , caracterizat prin apariția apneeilor nocturne de tip central și/sau respirație de tip Cheyne-Stokes, la pacienți diagnosticați în prealabil cu sindrom de apnee nocturnă de tip obstructiv , la care s-a administrat tratament cu presiune pozitivă continuă (CPAP). Mecanismele apariției acestuia nu sunt pe deplin înțelese, dar pare parțial o consecință a eliminării crescute a dioxidului de carbon sub tratamentul cu presiune pozitiva al căilor respiratorii și îmbunătățirea aferentă a ventilației pulmonare.

Prevalența Comp-SAS variază de la 5% la 15% dintre pacienții cu OSAS care beneficiază de terapie CPAP, fără factori predictori importanți în comparație cu apnea nocturmă obstructivă simplă, dar este mai probabil să se întâmple la bărbații vârstnici cu OSAS mai severe și patologie cardiovasculară, precum ischemie miocardică, fibrilație atrială si insuficienta cardiacă. În majoritatea cazurilor de Comp-SAS, evenimentele de apnee centrale sunt trecătoare și dispar după utilizarea continuă a terapiei CPAP timp de 1 până la 2 luni.

Noi opțiuni de tratament, cum ar fi servo-ventilația adaptivă (ASV) sau BiPAP-ST (sponatenous timed) sunt disponibile pentru astfel de nerespondenți la CPAP, dar sunt contraindicate pacienților cu insuficiență cardiacă sistolică cu FE<40%. Pe de altă parte, încă nu este clar, dacă este obligatoriu să fie tratați toți indivizii afectați cu Comp-SAS, dacă boala este necomplicată și dacă pacientul este asimptomatic.

PRACTICAL APPROACH IN COMPLEX NIGHT APNEA SYNDROME. CPAP OR VNI? CASE PRESENTATION

Ana Adriana Trusculescu[1], Monica Marc[1], Daniel Traila[1], Cristian Oancea[2]

[1]„Victor Babes" Infectious Diseases and Pneumophtysiology Hospital, Timisoara, Romania
[2]„Victor Babes"University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Complex sleep apnea syndrome (Comp-SAS) is the term used to describe a specific form of sleep disordered breathing characterized by the arise of central sleep apneas and/or Cheyne-Stokes respiration, in patient with previous obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) treated with continuous positive airway pressure devices (CPAP). The mechanisms of its occurrence are not well understood, but partly it seems to be a consequence of increased carbon dioxide elimination under positive airway pressure treatment and related improvement of pulmonary ventilation.

The prevalence of Comp-SAS ranges from 5% to 15% of OSAS patient getting CPAP therapy with no significant predictors in comparison with simple obstructive sleep apnea, but more likely to happened in older males with more severe OSAS and accompanying cardiovascular pathology such as ischemic heart disease, atrial fibrillation and heart failure. In most cases of Comp-SAS, central apnea events are transient and disappear after continuous CPAP therapy use for 1 to 2 months.

Novel treatment options like adaptive servo-ventilation (ASV) or BiPAP-ST(spontaneous timed) are available for such non-responders to CPAP, but contraindicated to patients with systolic heart failure with FE less then 40%. From the other hand, still not clear is it mandatory to treat all affected individuals with Comp-SAS if the disease is uncomplicated and patient is asymptomatic.

VIAȚA ALĂTURI DE PACIENTUL CU SASO – PERSPECTIVA PARTENERULUI

Ruxandra-Mioara Râjnoveanu[1,2], Nicoleta Ștefania Motoc[1,2]

[1]Disciplina de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România
[2]Spitalul Clinic de Pneumologie „Leon Daniello”, Cluj-Napoca, România

Sindromul de apneea obstructivă în somn (SASO) este o problemă care afectează atât pacienții, cât și partenerii lor. Deoarece principalele simptome nocturne ale SASO, cum ar fi sforăitul și apneea, apar în timpul nopții, partenerii pacienților cu SASO sunt susceptibili de a experimenta tulburări de somn, cu consecințe negative diurne și nocturne, cât și probleme în relația de cuplu. Calitatea vieții este afectată atât la pacienți, cât și la soții sau partenerii lor. Soții pacienților cu sforăit puternic și SASO sunt de trei ori mai predispuși la raportarea simptomelor de insomnie, inclusiv dificultăți de inițiere și menținere a somnului, somn neodihnitor și somnolență diurnă. Partenerii persoanelor care suferă de OSA relatează că utilizează dopuri pentru urechi și /sau medicamente pentru a dormi și alternează programul de somn cu pacientul. Pentru unele cupluri, sforăitul pacienților și interferența acestuia cu somnul partenerilor determină dormitul în camere separate. Până în prezent, studiile care evaluează implicarea partenerilor în utilizarea de către pacienți a tratamentului SASO s-au concentrat exclusiv pe terapia cu presiune pozitivă continuă a căilor respiratorii (CPAP). Tratamentul cu SASO este benefic atât pentru pacienți, cât și pentru parteneri, îmbunătățindu-le amândurora calitatea vieții. Datele evidențiază importanța evaluării impactului dual (pacient și partenerul său) asupra diagnosticului și gestionării SASO, cu o perspectivă mai amplă asupra vieții partenerilor pacienților cu această boală și impactul implicării acestora în aderența la tratamentul CPAP și a factorilor care le afectează implicarea.

LIVING WITH A PATIENT WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA – THE PARTNER'S PERSPECTIVE

Ruxandra-Mioara Râjnoveanu[1,2], Nicoleta Ștefania Motoc[1,2]

[1] Department of Pneumology, „Iuliu Haţieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania
[2] „Leon Daniello" Clinical Hospital of Pneumology, Cluj-Napoca, Romania

Obstructive sleep apnea (OSA) is a shared problem affecting both patients and their partners. Because the main nocturnal symptoms of OSA like snoring and apnea occur during night, the bed-sharing partners are likely to experience sleep disturbance with negative daytime and nighttime consequences and relationship problems. Quality of life is impaired in both the patients and their spouses or partners. Compared to spouses from the general population, spouses of patients with heavy snoring and OSA are three times more likely to report insomnia symptoms, including difficulty initiating and maintaining sleep and unrefreshing sleep and daytime sleepiness. Bed partners of OSA sufferers report using ear plugs and/ or sleeping medication and alternating their sleep schedule with the patient. For some couples, patients' snoring and its interference with partners' sleep lead to sleeping in separate rooms. To date, studies assessing partner involvement in patients' use of his or her OSA treatment has focused solely on continuous positive airway pressure (CPAP) therapy. OSA treatment may also benefit patients as partners, with improving their quality of life. Data are highlighting the importance of taking a dual perspective to the diagnosis and management of OSA, with a greater insight into partners' living with OSA patients and the perspectives of their involvement in CPAP treatment adherence and factors that affect their involvement.

MANAGEMENTUL SINDROMULUI DE OBEZITATE-HIPOVENTILAȚIE

Valentin-Caius Coșei[1]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Sindromul de obezitate-hipoventilație (SOH) este o patologie cu incidență în creștere în ultimii ani, proporționala cu incidența obezității la nivel mondial; apare la ~50% dintre cei cu un index de masa corporala >40kg/m2. Se diagnostichează prin asocierea obezității (IMC>30kg/m2) cu hipoventilație alveolara (pCO2>45mmHg), în absența altor patologii asociate cu hipoventilație. Majoritatea pacienților asociază și alte tulburări respiratorii în somn, cel mai frecvent, prezent în 90% dintre cazuri, fiind sindromul de apnee în somn obstructiv (SASO). Există multiple discordante și discuții în ceea ce privește etiopatogenia acestui sindrom. Cel mai probabil SOH apare ca urmare a unei combinații de procese, cum ar fi producerea excesiva de CO2, scăderea răspunsului ventilator și alterarea mecanicii pulmonare. SOH se însoțește de multiple complicații cardiovasculare și metabolice, majoritatea fiind suprapuse peste cele asociate SASO, ceea ce face ca morbiditatea acestei patologii să fie extrem de importantă, grevată de asemenea de costuri ridicate de îngrijire și tratament. Scopurile tratamentului sunt normalizarea pCO2, prevenirea SASO și reversarea consecințelor. Scăderea în greutate rămâne cel mai important aspect în tratarea SOH, fiind recomandată la toți pacienții. CPAP și în mare parte dintre cazuri ventilația non-invazivă pe termen lung sunt metode de elecție în tratarea acestor pacienți, însă accesul la acestea poate fi uneori dificil din cauza costurilor ridicate.

MANAGEMENT OF OBESITY-HYPOVENTILATION SYNDROME

Valentin Caius Cosei

[1]„Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

Obesity-hypoventilation syndrome (OHS) is a pathology with an increasing incidence in recent years, proportional to the incidence of obesity. It is diagnosed at ~ 50% of those with a body mass index> 40kg/m2. It is defined by the association of obesity (BMI> 30kg / m2) with alveolar hypoventilation (pCO2> 45mmHg), in the absence of other pathologies associated with hypoventilation. Most patients associate other breathing disorders in sleep, most commonly present in 90% of cases, the obstructive sleep apnea syndrome (OSAS). There are many disagreements and discussions about pathogenesis of this syndrome. Most likely OHS occurs as a result of a combination of processes such as excessive CO2 production, decreased ventilator response and altered pulmonary mechanics. OHS is associated with multiple cardiovascular and metabolic complications, most of which are overlapped with those associated with OSAS, making the morbidity of this pathology extremely important. It also presents a high cost of care and treatment. The goals of the treatment are pCO2 normalization, OSAS prevention and reversal of the consequences. Weight loss remains the most important aspect in treating OHS, being recommended in all patients. CPAP, and in a large number of patients long-term non-invasive ventilation, are methods of choice in treating these patients, but access to them may sometimes be difficult due to high costs.

TELEMEDICINA ÎN SOMNOLOGIE ȘI VENTILAȚIE ÎN CONTEXTUL PANDEMIEI COVID-19

Andreea Vlădău[1]

[1] Universitatea din Oradea, România

Telemedicina, între termen conceptual și practică, a devenit practică medicală în somnologie.

În contextul pandemiei COVID-19, telemedicina a creat implicit avantaje majore pentru îndeplinirea actului medical de monitorizare și complianța terapeutică.

Programele de soft pe aparatura medicală folosită în tratamentul tulburărilor respiratorii în timpul somnului, deși momentan limitate la anumite branduri, sunt acceptate legal ca practică medicală de monitorizare a pacientului tratat la domiciliu.

Concret, softul permite vizualizarea datelor de terapie PAP la un interval scurt de la terminarea terapiei de peste noapte a pacientului și inclusiv modificarea parametrilor de terapie în dinamică.

În practica noastră, am folosit monitorizarea la distanță la pacienți tratați majoritar pentru apnee în somn obstructivă în perioada perioperatorie și pacienții cu tratament PAP simptomatic pe termen lung.

Monitorizarea online a însemnat enorm în momentul instalării pandemiei COVID-19. A permis respectarea normelor de izolare prin lipsa deplasărilor pacientului la clinică/ spital și evitarea contactului fizic pacient-medic/ tehnician. În același timp a permis păstrarea unei monitorizări periodice, chiar zilnice unde a fost cazul, cu creșterea complianței la terapie PAP.

Putem adăuga, îmbunătățirea statusului mental al pacientului tratat, mai ales ca majoritatea acestor pacienți cu hipoxemie nocturnă secundară patologiei respiratorii au obezitate, tulburări metabolice, boli cardiovasculare asociate, făcând parte din categoria persoanelor cu factori de risc de severitate în cazul infectarii SARS-CoV-2.

În plus, a permis ajustarea terapiei la distanță în perioada postoperatorie prin colaborare anestezist-pneumolog, păstrând normele de izolare intraspitalicească.

În viitor, avansul telemedicinei este previzibil evident benefic, în special în somnologie și ventilație și prevenție primară și secundară în context pandemic.

TELEMEDICINE IN SOMNOLOGY AND VENTILATION IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

Andreea Vladau

[1] University of Oradea, Romania

Telemedicine, between conceptual term and practice, has become a medical practice in somnology.

In context of COVID-19 pandemic implicitly telemedicine has created major advantages for fulfillment of medical act of monitoring and therapeutic compliance.

Software programs on medical devices used in treatment of respiratory disorders during sleep, although currently limited to certain brands, are legally accepted as medical practice for monitoring patient treated at home.

Specifically, software allows visualization of PAP therapy data at a short interval after end of patient's overnight therapy and including modification of therapy parameters in dynamics.

In our practice, we used remote monitoring in patients treated mostly for obstructive sleep apnea in perioperative period and patients with long-term symptomatic PAP treatment.

Online monitoring meant a lot when COVID-19 pandemic set in. It allowed compliance with confinement rules by lack of patient's trips to clinic / hospital and avoidance of physical contact between patient and doctor / technician. At the same time, it allowed maintenance of a regular, even daily monitoring when necessary, with increase of compliance to PAP therapy.

We can add, improvement mental status of treated patient, especially since most of these patients with nocturnal hypoxemia secondary to respiratory pathology have obesity, metabolic disorders, associated cardiovascular disease, belonging to category of people with risk factors for severity if SARSCOV-2 infection.

In addition, it allowed adjustment of remote therapy in postoperative period through collaboration between anesthetist-pulmonologist, keeping norms of in-hospital isolation.

In future, advancement of telemedicine is predictably obviously beneficial, especially in somnology and ventilation and primary and secondary prevention in a pandemic context.

AFECTAREA CARDIOVASCULARĂ ÎN CONTEXT COVID-19

Otilia Țica[1,2], Ovidiu Țica[3]

[1]Discipline Medicale, Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea din Oradea, România
[2]Clinica de Cardiologie,Spitalul Clinic Județean de Urgență, Oradea, România
[3]Departamentul de Morfologie, Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea din Oradea, România

Sindromul respirator acut sever cu coronavirus 2 (SARS-CoV-2) care cauzează boala cu coronavirus 2019 (COVID-19) a atins niveluri de pandemie începând cu martie 2020; pacienții cu factori de risc cardiovasculari (CV) și boli cardiovasculare preexistente reprezintă o populație vulnerabilă atunci când suferă de COVID-19; pacienții cu leziuni cardiace în contextul COVID-19 prezintă un risc crescut de morbiditate și mortalitate.

În absența vaccinurilor sau a tratamentului medical curativ, COVID-19 exercită un impact global fără precedent asupra sănătății publice și a serviciilor medicale. Datorită nevoii unui număr crescut de paturi de unități de terapie intensivă (ATI/USTAC) cu capacitatea de a oferi suport respirator și ventilație mecanică, redistribuirea temporară și reorganizarea resurselor din spitale au devenit necesare cu consecințe relevante pentru toate specialitățile medicale. În plus, măsurile de protecție împotriva SARS-CoV-2 au o importanță deosebită pentru personalul care conferă îngrijire în domeniul sănătății în contact direct cu pacienții care suferă de COVID-19, precum și pentru pacienții ambulatori și spitalizați fără infecție. Având în vedere resursele de asistență medicală finite, furnizorii de servicii de sănătate se confruntă cu considerente etice cu privire la modul de prioritizare a accesului la îngrijiri pentru pacienții individuali, precum și la furnizarea de îngrijiri pentru COVID-19, în timp ce nu neglijează alte urgențe care pot pune viață în pericol. De remarcat, testele de detectare a virusului la pacienții asimptomatici și simptomatici au limitări importante în ceea ce privește sensibilitatea și specificitatea și vor fi completate de teste pentru anticorpi pentru identificarea celor deja infectați.

SARS-CoV-2 nu numai că provoacă pneumonie virală, dar are implicații majore asupra sistemului CV. Pacienții cu factori de risc CV, inclusiv sexul masculin, vârsta înaintată, diabetul, hipertensiunea arterială și obezitatea, precum și pacienții cu CV stabilit și boală cerebrovasculară au fost identificați ca populații deosebit de vulnerabile, cu morbiditate și mortalitate crescută atunci când suferă de COVID-19. Mai mult decât atât, o proporție considerabilă a pacienților

poate dezvolta leziuni cardiace în contextul COVID-19, care oferă un risc crescut de mortalitate în spital. Acest lucru este agravat și de îngrijorarea crescândă cu privire la prezentarea întârziată a urgențelor cu CV, deoarece pacienții se tem să solicite asistență medicală în timpul pandemiei.

CARDIOVASCULAR DAMAGE IN THE CONTEXT OF COVID -19

Otilia Tica[1,2] Ovidiu Tica[3]

[1] Medical Discipline, Faculty of Medicine and Pharmacy, University of Oradea, Romania
[2] Cardiology of Clinic, Emergency County Clinical Hospital of Oradea, Romania
[3] Department of Morphology, Faculty of Medicine and Pharmacy of Oradea, University of Oradea, Romania

Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) causing coronavirus disease 2019 (COVID-19) has reached pandemic levels;patients with cardiovascular (CV) risk factors and established cardiovascular disease (CVD) represent a vulnerable population when suffering from COVID-19;patients with cardiac injury in the context of COVID-19 have an increased risk of morbidity and mortality.

In the absence of vaccines or curative medical treatment, COVID-19 exerts an unprecedented global impact on public health and health care delivery. Owing to the unexpected need for large number of beds of intensive care unit (ICU) with the ability to provide respiratory support and mechanical ventilation, temporary redistribution and reorganization of resources within hospitals have become necessary with relevant consequences for all medical specialties. In addition, protective measures against SARS-CoV-2 gain particular significance for health care personnel (HCP) in direct contact with patients suffering from COVID-19 as well as for ambulatory and hospitalized patients without infection. In view of determinated health care resources, health care providers are confronted with ethical considerations on how to prioritize access to care for individual patients as well as providing care for COVID-19 while not neglecting other life-threatening emergencies. Of note, assays to detect the virus in asymptomatic and symptomatic patients have important limitations in terms of sensitivity and specificity and will be complemented by tests for antibodies to identify those that already have been infected previously.

SARS-CoV-2 not only causes viral pneumonia but has major implications for the CV system. Patients with CV risk factors including male sex, advanced age, diabetes, hypertension and obesity as well as patients with established CV and cerebrovascular disease have been identified as particularly vulnerable populations with increased morbidity and mortality when suffering from COVID-19. Owing to redistribution of health care resources, access to emergency treatment including reperfusion therapy may be affected depending on the

severity of the epidemic at a local level. This is further aggravated by increasing concerns of delayed presentation of CV emergencies as patients are afraid to seek medical attention during the pandemic.

CANAL 3 / *3RD CHANNEL*

PERSPECTIVE ȘI PROVOCĂRI ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL CANCERULUI PULMONAR /

PERSPECTIVES AND CHALLENGES IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF LUNG CANCER

MANAGEMENTUL MULTIDISCIPLINAR AL NEOPLASMULUI BRONHOPULMONAR ÎN ERA COVID-19

Emanuela Tudorache[1], Zsolt Vastag[1], Cristian Oancea[1]

[1] Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

La ora actuală, la nivel mondial, neoplasmul bronhopulmonar este al doilea cancer ca frecvență la ambele sexe și ocupă primul loc ca mortalitate. În ciuda progreselor terapeutice, supraviețuirea în cancerul bronho-pulmonar rămâne una modestă, de 15% pentru toate stadiile. Datorită diagnosticului tardiv, doar 10% din pacienți pot fi tratați curativ. În era COVID-19 ne lovim de noi dificultăți în diagnosticarea și tratarea precoce a acestei afecțiuni precum: riscul de transmitere nosocomială a SARS-CoV-2, locuri limitate de internare, liste mai lungi de așteptare precum și costuri suplimentare pentru sistemul medical. Toate acestea conduc la amânarea sau chiar lipsa adresării pacienților către serviciile de specialitate chiar în prezența unor simptome alarmante (hemoptizie, dispnee severă etc).

Discuțiile multidisciplinare care implică pneumologi, chirurgi toracici, oncologi, radioterapeuți și anatomopatologi, pot fi realizate prin intermediul unor căi moderne de comunicare (platforme online), care facilitează transmiterea în cel mai scurt timp al informațiilor și stabilirea unui management individualizat pentru fiecare caz.

MULTIDISCIPLINARY MANAGEMENT OF LUNG CANCER IN COVID-19 ERA

Emanuela Tudorache[1], Zsolt Vastag[1], Cristian Oancea[1]

[1]„Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Currently worldwide lung cancer is the second most common neoplasia and ranks first in mortality. Despite therapeutic advances, survival in lung cancer remains poor, 15% for all stages. Due to late diagnosis, only 10% of patients can be treated curatively. In the COVID-19 era we encounter new difficulties in diagnosing and treating this condition, such as: the risk of nosocomial transmission of SARS-CoV-2 both patients and health care workers, limited hospitalization beds, longer waiting lists for investigations and additional costs for the medical system. All this leads to postponement or even lack of addressing patients to specialized services, even in the presence of alarming symptoms (hemoptysis, severe dyspnea, etc.).

Multidisciplinary discussions involving pulmonologists, thoracic surgeons, oncologists, radiotherapists and pathologists can be carried out through modern means of communication (online platforms), which facilitate the sharing of information in the shortest time and the establishment of an individualized management for each case.

REZECȚIA BRONHO-ANASTOMOZĂ ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL CANCERULUI BRONHO-PULMONAR

Ioan Cordoș[1], Cristian Paleru[1], Mihai Dumitrescu[1], Andrei Bobocea[1], Joseph Lula[1], Adelina Afetelor[1], Radu Stoica[1], Genoveva Cadar[1], Mihai Alexe[1], Ruxandra Ulmeanu[1]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta", București, România

Rezecția bronho-anastomoză în tratamentul chirurgical al cancerului bronho-pulmonar a devenit o opțiune cotidiană și în institutul nostru, ca alternativă la pneumonectomie, începând din anul 2001. Prima operație de acest gen a fost efectuată în anul 1947 de către Sir Clement Price Thomas.

În perioada 2013- 2017 în cadrul clincii de chirurgie toracică a institutului nostru au fost efectuate, de către aceeași echipă chirurgicală, 153 de rezecții majore pentru tratamentul cancerului bronho-pumonar: 90 pneumonectomii (69 stângi și 21 drepte) și 63 rezectii bronho-anastomoză de diverse tipuri. Repartiția procentuala pe sexe a fost 19% femei și 81% bărbați la pneumoectomii, respective 26% și 74% în cazul rezecțiilor bronho-anastomoză. Majoritatea pacienților aveau afecțiunea în stadiul IIIA: 44% în cazul pneumonectomiilor respective 48% în situația rezecțiilor bronho-anastomoză. Din punct de vedere histologic a predominat carcinomul scuamos: 52% la pneumonectomii respective 36% la rezecțiile bronho-anastomoză. Cea mai frecventă procedură în cazul rezecțiilor bronho-anastomoză a fost lobectomia superioară dreaptă (45%) urmată de lobectomia superioară stângă (25%).

Nu au existat decese în perioada perioperatorie. Cea mai frecventă complicație postoperatorie a fost fibrilația atrială: 81% după pneumonectomie, 17 % după rezecția bronho-anastomoză. Am înregistrat câte un caz de fistulă de bont bronșic, ARDS și hemotorax numai după pneumonectomii. Supraviețuirea la 5 ani per total stadii de boală a fost de 52% în cazul rezecțiilor bronho-anastomoză și de 37% în cazul pneumonectomiilor.

Rezectia bronho-anastomoză este o alternativă superior-calitativă la pneumonectomie în tratamentul chirurgical al cancerului bronho-pulmonar în stadiul III A.

SLEEVE LOBECTOMY AS SURGICAL TREATMENT FOR BRONCHO-PULMONARY CANCER

Ioan Cordos[1], Cristian Paleru[1], Mihai Dumitrescu[1], Andrei Bobocea[1], Joseph Lula[1], Adelina Afetelor[1], Radu Stoica[1], Genoveva Cadar[1], Mihai Alexe[1], Ruxandra Ulmeanu[1]

[1]„Marius Nasta" Pneumophtysiology Institute, Bucharest, Romania

Sleeve lobectomy has become a common option in our institute since 2001, as the surgical treatment of broncho-pulmonary cancer in order to avoid pneumonectomy. The first surgery of this kind was performed by Sir Clement Price Thomas in 1947.

153 major resections were performed in the Thoracic Surgery Clinic of „Marius Nasta" Pneumophtysiology Institute between 2013 and 2017, by the same surgical team: 90 pneumonectomies (69 on the left side and 21 on the right side) and 63 sleeve-lobectomies involving different pulmonary lobes. The gender distribution showed that 19% of the patients undergoing pneumonectomies were female and 81% were men, while in the case of sleeve lobectomies the percentages were 26% and 74%, respectively. Most of the patients had been diagnosed with IIIA stage cancer:44% of those who underwent pneumonectomies and 48% of those who were treated with sleeve-lobectomies.

Taking into consideration the histological findings, 52% of the patients who underwent pneumonectomies and 36% of those who underwent sleeve-lobectomies were diagnosed with squamous carcinomas.

The most common procedure in the second patient group was the right upper sleeve-lobectomy (45%), followed by the left upper sleeve-lobectomy (25%).

There were no deaths in the perioperatory period. The most common postoperatory complication was atrial fibrillation: 81% of the patients developed it after pneumonectomies and 17% after sleeve-lobectomies. We also registered a case of bronchopleural fistula, one case of acute respiratory distress syndrome and a case of hemothorax, all of them in patients who had undergone pneumonectomies. The overall 5 years survival rate was 52% for the patients who underwent sleeve-lobectomies and 37% for pneumonectomies.

Sleeve-lobectomy is a superior alternative to pneumonectomy in the surgical treatment of IIIA stage broncho-pulmonary cancer.

CANAL 3 / *3RD CHANNEL*

APORTUL BRONHOSCOPIEI ÎN DIAGNOSTICUL PNEUMOLOGIC /

THE CONTRIBUTION OF BRONCHOSCOPY IN PNEUMOLOGICAL DIAGNOSIS

PROCEDURI DE DIAGNOSTIC ENDOBRONȘIC FĂRĂ GHIDAJ ECOGRAFIC

Natalia Motaș[1], Mădălin Țețu[1]

[1]Clinica de Chirurgie Toracică, Laboratorul de Bronhologie, Institutul Oncologic, București, România

Diagnosticul bronhoscopic este esențial în afecțiunile toracice benigne și maligne, precum și în unele afecțiuni sistemice.

Dacă leziunea nu este prezentă endobronșic și nu permite biopsierea directă, ghidarea către ea este cel mai frecvent realizată prin ecografie endobronșică EBUS, dar și prin navigație electromagnetică ENB, fluoroscopie – orice ghidaj necesită dotări tehnice suplimentare în comparație cu (video)-bronhoscopia simplă.

În lipsa ecografiei endobronșice, diagnosticul histopatologic poate fi efectuat prin biopsie transbronșică din leziunile pulmonare sau prin puncție-aspirație convențională transbronșică c-TBNA.

Randamenul acestor metode de diagnostic endobronșic fără ghidaj ecografic poate fi de peste 50%; avantajul esențial constă în faptul că ele se pot efectua în timpul examinării bronhoscopice inițiale, sub anestezie locală.

ENDOBRONCHIAL DIAGNOSIS WITHOUT ULTRASOUND GUIDANCE

Natalia Motas[1], Madalin Tetu[1]

[1] Clinic of Thoracic Surgery, Laboratory of Bronchology, Oncological Institute, Bucharest, Romania

Diagnostic bronchoscopy is essential in certain thoracic diseases, benign or malignant, also in some systemic diseases.

If the lesion is not accessible by direct biopsy, it can be reached by guidance – most frequent by endobronchial ultrasound EBUS; also there is endobronchial electromagnetic navigation ENB or fluoroscopy. Any guidance implies additional technical equipment comparing to simple (video)-bronchoscopy.

When EBUS is not available, pathological diagnosis can be obtained by transbronchial biopsy or by conventional trans-bronchial needle aspiration c-TBNA.

Diagnostic yield of those techniques can exceed 50%. Main advantage is that they can be performed during the initial examination, with topic anaesthesia.

PROCEDURI DE DIAGNOSTIC ENDOBRONȘIC – EBUS

Doina Ecaterina Tofolean[1], Ariadna Petronela Fildan[1], Ionela Pohrib[1]

[1] Universitatea „Ovidius”, Constanța, România

Ecografia endobronșică reprezintă inovația în medicina respiratorie pentru secolul XXI. Noua tehnică a permis diagnosticul și stadializarea patologiilor pulmonare și mediastinale, în mod non-invaziv și cu costuri mult mai reduse. Utilizarea EBUS-TBNA împreună cu EUS-FNA face posibilă explorarea completă și sigură a adenopatiilor mediastinale pentru stadializarea neoplasmului bronhopulmonar, cu o sensibilitate de 90% și o valoare predictivă negativă ridicată, în cazul probelor histopatologice fără celule maligne prezente. Mai mult, în studiul lui, Herth și colaboratorii demonstrează că utilizarea celor două tehnici concomitant prezintă aceeași sensibilitate și specificitate ca a mediastinoscopiei de rutină.

Țesutul prelevat prin aspirația cu ac este suficient pentru a efectua examenul histopatologic, imunohistochimic și hibridizarea in situ cu marker fluorescenți, astfel a crescut randamentul de diagnostic în diverse boli maligne, boli autoimune, infecțioase (TBC, histoplasmoza, blastomicoza) etc. Un diagnostic corect poate scuti pacienții de întreruperea tratamentului cu imunomodulatori sau de intervenții chirurgicale inutile (precum în cazul tumorilor benigne).

EBUS reprezintă cea mai potrivită tehnică imagistică în vizulizarea straturilor peretelui bronșic, instrument util în decizia de a folosi anumite intervenții terapeutice endobronșice (ex: brahiterapia), precum și în evaluarea stenozei căilor aeriene.

Este important, pentru rezultate cât mai bune, să avem o echipă medicală instruită și echipată corespunzător. În această lucrare vom prezenta diferențe între EBUS-ul radial și cel convex, elemente de anatomie a arborelui traheobronșic și raporturile sale cu marile vase, tehnica de evaluare a stațiilor ganglionare mediastinale.

ENDOBRONCHIAL DIAGNOSTIC PROCEDURES - EBUS

Doina Ecaterina Tofolean[1], Ariadna Petronela Fildan[1], Ionela Pohrib[1]

[1]„Ovidius" University, Constanta, Romania

Endobronchial ultrasound is the innovation in respiratory medicine for the 21st century. The new technique allowed the diagnosis and staging of lung and mediastinal pathologies, non-invasively and at much lower costs. The use of EBUS-TBNA together with EUS-FNA makes possible the complete and safe exploration of mediastinal lymphadenopathy for the staging of bronchopulmonary neoplasm, with a sensitivity of 90% and a high negative predictive value1, in the case of histopathological samples without malignant cells present. Moreover, in the study of Herth et al., shows that the use of the two techniques simultaneously has the same sensitivity and specificity as routine medistinoscopy.

The tissue taken by needle aspiration is sufficient to perform histopathological examination, immunohistochemistry and in situ hybridization with fluorescent markers, thus increasing the diagnostic yield in various malignancies, autoimmune diseases, infectious diseases (TB, histoplasmosis, blastomycosis), etc. A correct diagnosis can relieve patients from discontinuing immunomodulatory therapy or unnecessary surgery (as in the case of benign tumors).

EBUS is the most appropriate imaging technique in visualizing the layers of the bronchial wall, a useful tool in the decision to use certain endobronchial therapeutic interventions (eg. brachytherapy), as well as in the evaluation of airway stenosis.

It is important, for the best results, to have a properly trained and equipped medical team. In this paper we will present the differences between radial and convex EBUS, elements of bronchial tree anatomy and its relationships with large vessels, the technique of evaluating mediastinal ganglion stations.

BRONHOSCOPIA CU AUTOFLUORESCENȚĂ – AVANTAJE ȘI LIMITE

Camelia Bădescu[1], Ruxandra Ulmeanu[1]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Neoplasmul bronho-pulmonar este cea mai importantă cauză de mortalitate după cancerul de prostată la bărbați și cel de sân la femei. Peste 70 % din cazuri sunt diagnosticate tardiv, în afara resurselor terapeutice. Bronhoscopia standard este investigația de bază pentru diagnosticul histopatologic. Există însă un mod mai bun de abordare a problemei și care ajută la diagnosticul precoce a neoplasmului bronho-pulmonar. Bronhoscopia cu autofluorescență poate detecta leziunile preinvazive de mucoasă, ceea ce ajută la diagnosticul precoce și creșterea supraviețuirii. Această tehnică de vizualizare a mucoasei bronșice folosește o lumină cu lungime de undă specială și poate detecta leziunile infiltrative precoce.

AUTOFLUORESCENCE BRONCHOSCOPY – BENEFITS AND LIMITATIONS

Camelia Badescu[1], Ruxandra Ulmeanu[1]

[1]„Marius Nasta", Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

Lung cancer is the leading cause of death after prostate cancer in men and breast cancer in women. Over 70 % of cases are diagnosed later, outside therapeutical resources. Standard bronchoscopy is basic investigation for histo-pathological diagnosis. There is a better way to resolve the problem and help to early diagnose of lung cancer. Autofluorescence bronchoscopy may detect preinvasive lesions of mucosa, than help to an early diagnosis and increase survival. This visualisation of bronchial mucosa's technique, use a special wavelength and may detect precocious infiltrative lesions.

EXCESSIVE DYNAMIC AIRWAY COLLAPSE: MIT SAU REALITATE ?

Emanuela Tudorache[1], Zsolt Vastag[1], Cristian Oancea[1]

[1] Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Excessive Dynamic Airway Collapse (EDAC) este colapsul patologic și îngustarea lumenului căilor respiratorii cu mai mult de 50% din diametrul sagital, secundar unei creșteri a laxității membranei peretelui posterior, cu păstrarea intactă a cartilajului. Variate etiologii pot provoca EDAC: intubația sau traheostomia prelungită, traumatisme, intervenții chirurgicale la nivelul traheei, tumori maligne, emfizem, BPOC, inhalarea unor substanțe chimice precum fumul, combustibili, aspirația acidului gastric sau a unor alimente, etc. Pacienții pot fi asimptomatici sau pot dezvolta tuse, dispnee și chiar insuficiență respiratorie. Interesul față de EDAC a crescut în ultimii ani, o dată cu creșterea frecvenței de efectuarea a CT-lor toracice. Acestea pot semnala o invaginație marcată a membranei traheale posterioare în timpul expirului. Bronhoscopia este considerată standardul de aur pentru diagnosticarea EDAC, permițând evaluarea în timp real a căilor respiratorii și observarea modificărilor în timpul unui ciclu respirator normal precum și în timpul manevrelor expiratorii forțate. Cu toate acestea, imposibilitatea dovedirii unor anomalii morfologice patente sau subtile la nivelul căilor respiratorii distale, face ca această patologie să fie controversată. Pe de altă parte, limitarea debitului de aer la acești pacienți ar putea implica prezența unei boli a căilor respiratorii mici, mai degrabă decât o anomalie traheală primară.

EXCESSIVE DYNAMIC AIRWAY COLLAPSE: MYTH OR REALITY?

Emanuela Tudorache[1], Zsolt Vastag[1], Cristian Oancea[1]

[1]„Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Excessive dynamic airway collapse (EDAC) is the pathological collapse and narrowing of the airway lumen by 50% or more of the sagittal diameter secondary to an increased laxity of the posterior wall membrane with intact cartilage. Several etiologies can cause EDAC: prolonged intubation, the presence of tracheostomy tubes, trauma, tracheal surgeries, malignancies, emphizema, COPD, inhalation of chemicals like smoke, combustive fuels, aspiration of irritants such as gastric acid or food. Patients can be asymptomatic or can develop cough, dyspnea and sometimes respiratory failure. Interest in EDAC has increased in recent years because of the advent of fast CT chest imaging. The chest CT can reveal marked invagination of the posterior tracheal membrane during expiration. Bronchoscopy is considered the gold standard to diagnose EDAC allowing real-time evaluation of the airways with forced expiratory manoeuvres and tidal respirations. Still, the lack of evidence of evident or subtle abnormalities in distal airways, makes this pathology controversial. Furthermore, the presence of flow limitation in these patients could imply the presence of small airways disease rather than a primary tracheal abnormality.

ROLUL CAUTERIZĂRII NON-CONTACT PRIN ARGON-PLASMĂ ÎN CANCERUL BRONHOPULMONAR

Mihai Olteanu[1], Iulia Ungureanu[1,2], Ileana Băzăvan[1], Ramona Cioboată[1], AlinPopescu[1], Diana Trașcă[1], Cristina Călărașu[1], Mimi Nițu[1], Viorel Biciușcă[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova, România
[2]Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumologie, Craiova, România

În ultimii 30 de ani, tratamentul endoscopic al tumorilor maligne endobronșice a progresat foarte mult, rezultând într-o adevarată revoluție a procedurilor terapeutice endoscopice de care se poate bucura un bronhoscopist intervențional. Obiectivul prezentei lucrări este de a readuce în atenția auditoriului indicațiile, contraindicațiile, avantajele, dezavantajele si posibilele complicații ale cauterizării non-contact prin argon plasma coagulare (APC) la cazurile de cancer bronhopulmonar cu expresie endobronșică ce necesită dezobstrucție. Aceste noțiuni teoretice sunt exemplificate prin 5 cazuri din arhiva personală, cazuri considerate a fi importante din punct de vedere al posibilităților terapeutice pe care această metodă nouă le conferă, sugestive pentru practica inițială a unui bronhoscopist intervențional. Fiind o metodă de dezobstrucție "fierbinte", efectele sunt immediate si rezultatele clinice sunt impresionante, imediat post-procedural. Considerată o complicație de temut în bronhoscopie, cu urmări nu de puține ori tragice, hemoptizia post-biopsie este, de asemenea, o situație care poate fi sancționată cu succes prin APC. Prezenta lucrare aduce în atenția auditoriului cateva cazuri prin care hemoptizii post-bioptice au fost suprimate cu ajutorul APC.

THE ROLE OF NON-CONTACT CAUTERIZATION WITH ARGON PLASMA COAGULATION IN LUNG CANCER

Mihai Olteanu[1], Iulia Ungureanu[1,2], Ileana Băzăvan[1], Ramona Cioboată[1], AlinPopescu[1], Diana Trașcă[1], Cristina Călărașu[1], Mimi Nițu[1], Viorel Biciușcă[1]

[1]Universitatea of Medicine and Pharmacy of Craiova, Romania
[2]Clinical Hospital for Infectious Diseases and Pneumology, Craiova, Romania

During past 30 years, the treatment of pulmonary malignancies has progressed a great deal, resulting in a vast availability of a range of therapeutic tools for the interventional bronchoscopist. The objective of this presentation is to highlight indications, contraindications, advantages, disadvantages and possible complications of non-contact argon-plasma coagulation (APC) in lung cancer patients that need desobstruction. These theoretical issues have a correspondent in 5 cases from personal archive, cases that are considered to be important for the evaluation of this method and suggestive from the point of view of the beginner interventional bronchoscopist. As this is hot desobstruction method, we have immediate effects and the clinical results are impressive, immediately post-procedure. All the same, as considered to be a fierce complication in bronchoscopy, post-biopsy hemoptysis is a situation that can be addressed successfully by APC. This paper brings forward few cases that of post-biopsy hemoptysis stopped with APC.

CANAL 4 / *4TH CHANNEL*

E NECESAR TRANSPLANTUL PULMONAR DUPĂ COVID-19 ?/

IS THE LUNG TRANSPLANT REQUIRED AFTER COVID-19?

REABILITAREA PULMONARĂ ȘI EXACERBĂRILE

Camelia Pescaru[1], Monica Marc[1], Daniel Trăilă[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Reabilitarea pulmonară (RP) îmbunătățește calitatea vieții și capacitatea de efort și este o intervenție eficientă atât pentru pacienții cu BPOC dar și pentru alte patologii pulmonare cronice.

RP este o intervenție comprehensivă ce se asociază la terapia standard a exacerbărilor acute ale BPOC, în special pentru cei care exacerbează frecvent. Acest grup de pacienți este predispus la un risc crescut de recurență a exacerbărilor severe cu spitalizare și de mortalitate crescută pre și post-spitalizare.

RP precoce va crește timpul până la apariția unei noi exacerbări, va reduce riscul de mortalitate, îmbunătățește calitatea vieții și crește capacitatea de efort a pacienților.

Exacerbările bolii pulmonare obstructive cronice (BPOC) se caracterizează prin dispnee crescută, reducerea calitații vieții și slăbiciune musculară. Reapariția exacerbărilor și internarea în spital sunt frecvente. Exacerbările reprezintă o povară majoră pentru pacienți și sistemele de sănătate.

RP poate îmbunătăți prognosticul la acești pacienți prin abordarea factorilor de risc relevanți pentru exacerbări. Datele actuale arată că RP are potențialul de a reduce costurile mari legate de BPOC datorate internărilor în spital. Poate reduce nu numai numărul exacerbărilor, ci și severitatea acestora. Pacienții pot învăța să își recunoască exacerbările și să solicite asistență medicală precoce, scăzând astfel costurile și ameliorând riscurile și complicațiile datorate exacerbărilor. Beneficiile RP se pot observa de asemenea la pacienții cu astm necontrolat și la pacienții cu patologie pulmonară interstițială.

RP și-a dovedit eficiența la pacienții cu boli pulmonare cronice fiind o componentă importantă în managementul terapeutic.

PULMONARY REHABILITATION AND EXACERBATIONS

Camelia Pescaru[1], Monica Marc[1], Daniel Traila[1]

[1]„Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Pulmonary rehabilitation (PR) improves quality of life and exercise capacity and is an effective intervention for both patients with COPD and other chronic lung pathologies.

PR is a comprehensive intervention that is associated with standard therapy for acute exacerbations of COPD, especially for those who frequently exacerbate. This group of patients is predisposed to an increased risk of recurrence of severe exacerbations with hospitalization and increased pre and post-hospitalization mortality.

Early PR will increase the time until the next exacerbation, reduce the risk of mortality, improve quality of life and increase the patients exercise capacity.

Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) are characterized by increased dyspnoea, reduced quality of life and muscle weakness. Recurrence of exacerbations and hospital admission are common. Exacerbations are a major burden on patients and health care systems.

PR can improve prognosis in these patients by addressing risk factors relevant to exacerbations. Current data shows that PR has the potential to reduce high COPD costs due to hospital admissions. It can reduce not only the number of exacerbations, but also their severity. Patients can learn to recognise their exacerbations and ask medical attention earlier, thereby lowering costs and reducing risks and complications due to exacerbations. The benefits of PR can also be seen in patients with uncontrolled asthma and in patients with interstitial pulmonary pathology.

PR has proven its effectiveness in patients with chronic lung disease being an important component in the therapeutic management.

CANAL 4 / *4TH CHANNEL*

FUMATUL ȘI DAUNELE LUI/

SMOKING AND ITS DAMAGES

MONITORIZAREA CONSUMULUI DE TUTUN

Monica Marc[1], Andrada Gârjoabă[2], Loredana Bălă[2], Camelia Pescaru[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș", Timișoara, România
[2]Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie "Victor Babeș", Timișoara, România

Fumatul este o adevărată provocare a timpurilor noastre reprezentând una dintre cele mai mari amenințări pentru sănătatea publică. Actualmente sunt disponibile o multitudine de studii referitoare la fumat, astfel s-a ajuns la concluzia că tabagismul reprezintă unul din factorii favorizanți sau agravanți pentru diverse patologii.

Monitorizarea consumului de tutun se poate face prin teste biochimice de laborator, unde se determină concentrația de monoxid de carbon în aerul expirat și nivelul cotininei (metabolit al nicotinei).

Monoxidul de carbon (CO) este cel mai ușor de monitorizat biomarker din aerul expirat și cea mai bine acceptată metodă de măsurat consumul de tutun. Valorile măsurate depind direct proporțional de numărul de țigări/zi, cu normalizarea valorilor dupa 24 de ore de abstinență. Monitorizarea clinică a CO a fost introdusă ca un instrument de creștere a motivației de a renunța la fumat. Datorită acestui rol este recomandată utilizarea lui în toate centrele specializate.

Cotinina este principalul metabolit al nicotinei și biomarker al expunerii la fumul de țigară. Timpul de înjumătățire a nicotinei este de aproximativ 2 ore, comparativ cu cotinina care are ca timp de înjumătățire 15-20 ore. Cotinina urinară are avantaje față de determinarea serică: nu este invazivă și există o diferență semnificativă între fumători și nefumători. În timp ce concentrația plasmatică a nicotinei măsoară doar expunerea acută la nicotină, plasmă, salivare și concentrațiile de cotinină în urină reflectă expunerea pe o perioadă lungă de timp.

TOBACCO CONSUMPTION MONITORING

Monica Marc[1], Andrada Garjoaba[2], Loredana Bala[2], Camelia Pescaru[1]

[1]University of Medicine and Pharmacy "Victor Babes" , Timisoara, Romania
[2]Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtisiology "Victor Babes", Timisoara, Romania

Smoking is a real challenge of our times, representing one of the greatest threats to public health. A multitude of studies on smoking are currently available, so it has been concluded that smoking is one of the contributing or aggravating factors for various diseases.

Tobacco monitoring can beperformed by biochemical laboratory tests, where the carbon monoxide concentration in expired air and cotinine levels (nicotine metabolite) are determined.

The carbon monoxide (CO) is the easiest monitoring biomarker in expired air and the best accepted method of measuring tobacco consumption. The measured values are directly proportional to the number of cigarettes/day, with the normalization of the values after 24 hours of abstinence. Clinical monitoring of CO has been introduced as a tool to increase the motivation to quit smoking. Due to this role, it is recommended to be used in all specialized centers.

Cotinine is the major metabolite of nicotine and a biomarker of exposure to cigarette smoke. The half-life of nicotine is about 2 hours, compared to cotinine which has a half-life of 15-20 hours. Urinary cotinine has advantages over serum determination: it is not invasive and there is a significant difference between smokers and non-smokers. While the nicotine plasma conccentration measures only acute nicotine exposure, plasma, salivation and cotinine concentrations in the urine reflect long-term exposure.

MODIFICĂRI IMAGISTICE LA PACIENTUL FUMĂTOR

Diana Manolescu[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș", Timișoara, România

Fumatul activ dar și fumatul pasiv sunt responsabile de un larg spectru de afecțiuni pulmonare. Bronhopneumonia cronic obstructivă cu leziunile de emfizem sau cele de bronșită cronică sunt evidente imagistic la fumătorul cronic, iar examenul CT și softurile de post-procesare sunt folosite în cuantificare gradului de extensie a emfizemului pulmonar sau de apreciere a obstrucției lumenul bronșic.

Fumatul reprezintă principalul factor de risc de apariție a cancerului pulmonar, iar examenul CT este tehnica imagistică de apreciere a stadiului TNM. Nodulul pulmonar solitar cu suspiciune de leziune incipientă neoplazică poate fi investigat utilizând un protocol CT cu doză redusă (low dose CT). Cuantificarea volumetrică a nodulului pulmonar și monitorizarea imagistică CT cu aprecierea timpului de dublare a volumului (VDT) sunt folosite în screening-ul cancerului pulmonar la pacienții cu factori de risc.

Acțiunea directă a fumatului la nivelul parenchimului pulmonar poate genera o reacție acută de tip bronșiolită respiratorie (RB) – afecțiune potențial reversibilă la stoparea trigerului nicotinic. Formele evolutive asociază o afectare interstițială difuză (RB-ILD) sau o pneumonie interstițială descuamativă cu severitate crescută, ce necesită terapie.

Histiocitoza pulmonară este o altă afecțiune pulmonară ce incriminează fumatul ca factor favorizant de apariție. Prezența micronodulilor pulmonari cu tendință la excavare este aspectul imagistic CT specific acestei entități.

Spectrul extins și polimorf al afecțiunilor pulmonare asociate fumatului subliniază complexitatea impactului pulmonar atât imagistic și clinic, cat și al prognosticului și managementului pacientului fumător.

SMOKING ASSOCIATED LUNG DISEASES – IMAGISTIC OVERVIEW

Diana Manolescu[1]

[1]University of Medicine and Pharmacy "Victor Babes", Timisoara, Romania

Smoking and second-hand smoking are asociated with a large spectrum of lung diseases. Cronic smoking lung diseases as COPD are evaluated with a CT exam. Post-processing softwares are used to quantify the extent of pulmonary emphysema or to assess bronchial lumen obstruction.

Smoking is the main risk factor for lung cancer, and CT examination is the imaging technique for assessing theTNM staging. The solitary lung nodule with suspected of an early neoplastic lesion can be investigated using a low dose CT protocol. Volumetric quantification of the lung nodule and CT imaging with the assessment of doubling volume time (VDT) are used in the screening of lung cancer in patients with risk factors.

The direct action of smoking on the lung parenchyma can generate an acute reaction such as respiratory bronchiolitis (RB) - a potentially reversible condition when nicotine trigger is stoped. Progressive forms can associate a diffuse interstitial lung disease (RB-ILD) or a descuamative interstitial pneumonia (DIP) with increased severity that requires therapy.

Pulmonary histiocytosis is another smoking associated lung disease. The presence of lung micronodules with a tendency to excavate is the CT pattern of this entity.

The broad and polymorphic spectrum of smoking associated lung diseases underscores the complexity of both imaging and clinical lung impact, as well as the prognosis and management of the smoking patient.

INSTRUMENTE FUNCȚIONALE PENTRU ABORDUL DIAGNOSTIC AL PACIENTULUI FUMĂTOR

Ovidiu Fira-Mlădinescu[1], Noemi Porojan-Suppini[1]

[1]Catedra de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Fumatul este un factor de risc major în dezvoltarea bolilor pulmonare cronice, mai ales a Bronhopneumopatiei Obstructive Cronice (BPOC). Cu toate acestea aproximativ 40% din fumători continuă să fumeze și după diagnosticarea cu această boală.

Deteriorarea căilor respiratorii și leziunile distructive de la nivel alveolar sunt principalele consecințe ale fumatului la nivelul aparatului respirator.

Explorarea funcțională are un rol important în stabilirea existenței și cuantificarea acestor leziuni. Spirometria este o metodă accesibilă, reproductibilă, neinvazivă și relativ simplă de măsurare a funcției pulmonare, iar utilitatea sa în determinarea obstrucției fluxului de aer este indiscutabilă. Permite, de asemenea, monitorizarea obiectivă a răspunsului terapeutic și a progresiei bolii deja instalate. Volumele pulmonare statice pot fi determinate prin Bodypletismografie. Un alt test simplu este oscilometria de impuls, fiind necesară cooperare minimă din partea subiectului și are o sensibilitate mare pentru detectarea disfuncției căilor respiratorii mici. Determinarea difuziunii prin membrana alveolo-capilară (DLco) permite evaluarea capacității plămânului de schimb gazos, mai precis oxigenarea sângelui de la nivelul capilarelor pulmonare, utilă mai ales în cazul unui emfizem pulmonar deja instalat.

Este de o importanță deosebită înțelegerea posibilei afectări continue a căilor aeriene respectiv a funcției pulmonare. Totodată, definirea clară a factorilor de risc în cazul fumătorilor și a foștilor fumători contribuie semnificativ la elaborarea unor strategii de prevenție eficiente pentru BPOC.

FUNCTIONAL TOOLS FOR APPROACHING THE DIAGNOSIS OF SMOKER PATIENTS

Ovidiu Fira-Mlădinescu[1], Noemi Porojan-Suppini[1]

[1]Department of Pneumology, „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Smoking is a major risk factor in the development of chronic lung disease, especially for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). However, about 40% of smokers continue to smoke after being diagnosed with this disease.

Airway damage and destructive alveolar lesions are the main consequences of smoking in the respiratory tract.

Functional exploration has an important role in establishing the existence and severity of these lesions. Spirometry is an accessible, reproducible, non-invasive and relatively simple method of measuring lung function, and its usefulness in determining airflow obstruction is indisputable. It also allows objective monitoring of the therapeutic response and the progression of the disease. Static lung volumes can be determined by body plethysmography. Another simple test is impulse oscillometry, requiring minimal cooperation from the subject and has the advantage of high sensitivity for detecting small airway dysfunction. Determination of diffusion through the alveolo-capillary membrane (DLco) allows evaluation of the capacity of lungs gas exchange, more precisely the oxygenation of the blood form the pulmonary capillaries.It is useful especially in case of an already installed pulmonary emphysema.

It is important to understand the possible continuous impairment airways and lung function. At the same time, the clear definition of risk factors for smokers and ex-smokers contributes significantly to the development of effective prevention strategies for COPD.

ȚIGARĂ ELECTRONICĂ ÎN CONDIȚII DE PANDEMIE CU SARS-COV-2

Ioana Munteanu[1], Monica Marc[2], Antigona Trofor[3], Cornel Radu Loghin[4], Dragoș Sion[1], Florin Mihălțan[1]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România
[3]Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași, România
[4]Rețeaua Europeană pentru Prevenire a Fumatului

Încă de la lansarea sa pe piață în 2003, țigara electronică a fost prezentată ca un dispozitiv mai puțin toxic ce poate fi utilizat în condiții de siguranță. În prezent, în 2018 erau raportați 41 milioane de utilizatori la nivel mondial și se estimează ca până în 2021 să fie raportați 55 de milioane. Recent, în 2019 CDC a atenționat asupra efectelor nocive pulmonare ale acesteia: pneumonii lipoid, asociate cu inflamație locală, fibroze și alterări ale schimburilor gazoase, în special la utilizatorii tineri.

În condițiile pandemiei cu SARS-CoV-2, având în vedere modul de transmitere a virusului și efectele sale pulmonare , societatea medicală menține recomandările de interdicție a utilizării țigării electronice, dar adepții acesteia încearcă să păstreze statutul de sigură (deinfecția vaporului produsă de etilenglicol, rata mai mică de diseminare , efectele nicotinei , etc.) cu toate că recomandă utilizarea ei în condiții de siguranță impuse de distanțarea socială.

Țigara electronică poate fi o metodă de răspândire a infecție cu SARS-CoV-2 în special în rândul tinerilor, care sunt mai reticenți în respectarea măsurilor restrictive și au practica utilizării în comun a dispozitivului.

ELECTRONIC CIGARETTE IN PANDEMIC CONDITIONS WITH SARS-COV 2

Ioana Munteanu[1], Monica Marc[2], Antigona Trofor[3], Cornel Radu Loghin[4], Dragoș Sion[1], Florin Mihălțan[1]

[1]„Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucharest, Romania
[2]„Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania
[3]„Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iasi, Romania
[4]European Network for Smoking and Tobacco Prevention

Since its launch in 2003, the electronic cigarette has been introduced as a less toxic device that can be used safely. Currently, in 2018, 41 million users were reported worldwide and it is estimated that by 2021, 55 million will be reported. Recently, in 2019, the CDC warned of its harmful lung effects: lipoid pneumonia, associated with local inflammation, fibrosis and alterations in gas exchange, especially in young users.

In the conditions of the SARS-CoV-2 pandemic, considering the transmission of the virus and its pulmonary effects, the medical society maintains the recommendations to ban the use of electronic cigarettes, but its followers try to maintain safe status (steam disinfection of ethylene glycol, rate lower dissemination, the effects of nicotine, etc.) although it recommends its safe use imposed by social distancing.

The electronic cigarette can be a method of spreading SARS-CoV-2 infection, especially among young people, who are more reluctant to comply with restrictive measures and have the practice of sharing the device.

FUMATUL ȘI PATOLOGIA PEDIATRICĂ

Ioana Ciucă[1], Monica Marc[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Influența fumatului asupra stării de sănătate a copilului este cert dovedită, cu toate acestea procentul fumătorilor copii este în creștere. Chiar daca sunt cunoscute efectele, acestea apar în marea lor majoritate, în a doua etapă de viață, la vârsta adultă, fiind greu de convins societatea că fumatul în copilărie rămâne considerabil, fiind crescător în țările în curs de dezvoltare. Lucrarea de față are ca și scop revizuirea efectelor pe care le poate avea fumatul în patologia pediatrică. De la wheezing-ul recurent și astmul bronșic, până la patologie cardiovasculară și endocrină, fumatul are efecte devastatoare asupra sănătății copilului. Încă din viața intrauterină se constată întârzierea în creștere și dezvoltare, greutatea mică la naștere și prematuritatea fiind secundare fumatului matern, pe lângă imaturitatea pulmonară. Frecvența patologiei respiratorii la nivelul căilor respiratorii inferioare - de tipul infecțiilor pulmonare, a wheezing-ului / astm, reducerea funcției pulmonare este semnificativă la copilul cu mamă fumătoare. La nivel cognitiv și neuropsihic, este o relație directă de cauzalitate între fumat și comportamentul antisocial. De asemenea, disfuncții ca reducerea abilităților intelectuale, deficit de atenție/ sindrom hiperkinetic sunt întâlnite mai des la copiii expuși la fumat.

În concluzie, fumatul , fie el activ sau pasiv, prenatal și postnatal, are efecte semnificative în privința mortalității și morbidității la copii. Trebuie ca părinții fumători și copilul să fie conștienți de impactul viitor asupra duratei și calității vieții și motivați în scopul renunțării la fumat.

SMOKING AND CHID DISEASES

Ioana Ciuca[1], Monica Marc[1]

[1]„Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

The influence of smoking on the health of the child is certainly proven, however the percentage of child smokers is increasing. Even if the effects are known, they appear mostly in the second stage of life, in adulthood, being difficult to convince the society that smoking in childhood is harmful . The present paper aims to review the effects that smoking can have in pediatric pathology. From recurrent wheezing and asthma to cardiovascular and endocrine pathology, smoking has devastating effects on a child's health. Since intrauterine life, there is a delay in growth and development, low birth weight and prematurity being secondary to maternal smoking, in addition to pulmonary immaturity. The frequency of respiratory pathology in the lower respiratory tract - such as lung infections, wheezing / asthma, reduced lung function is significant in children with smoking mothers. At the cognitive and neuropsychic level, there is a direct causal relationship between smoking and antisocial behavior. Also, dysfunctions such as reduced intellectual abilities, attention deficit / hyperkinetic syndrome are more common in children exposed to smoking.

In conclusion, smoking, whether active or passive, prenatal and postnatal, has significant effects on mortality and morbidity in children. Smoking parents and the child must be aware of the future impact on the duration and quality of life and motivated in order to quit smoking.

BENEFICIILE REABILITĂRII PULMONARE LA EX-FUMĂTORI

Camelia Pescaru[1], Monica Marc[1], Daniel Trăilă[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș", Timișoara, România

Reabilitarea pulmonară (RP) este o abordare terapeutică cuprinzătoare pentru pacienții cu boli pulmonare cronice care duce la scădeea dispneei, la creșterea capacității de efort și a calității vieții. Efectele suplimentare sunt reducerea frecvenței spitalizărilor și creșterea activităților fizice, dacă este integrat un program de auto-educație.

Programul de reabilitare pulmonară (RP) este individualizat, în funcție de limitările fiecărui pacient. Acesta include exerciții terapeutice, antrenamente pentru activitățile de zi cu zi, tehnici de control al respirației, educație individualizată de conservare a energiei și dacă este indicat, clearance-ul căilor respiratorii și adaptarea la oxigenoterapia de lungă durată.

Fumatul este un factor de risc important al bolilor pulmonare cronice și este principalul comportament care contribuie la morbiditatea și mortalitatea pacientului. Încetarea fumatului s-a dovedit a avea un efect benefic important asupra evoluției BPOC.

Pacienții cu boli pumonare obstructive cronice (BPOC) cu antecedente de fumat > 40 pachete / an au o capacitate de efort mai slabă și mai multe simptome de dispnee comparativ cu pacienții cu antecedente de fumat mai reduse; cu toate acestea, unele studii au demonstrat beneficii importante după RP în ceea ce privește îmbunătățirea capacității de efort și a forței musculare periferice.

Intervențiile comportamentale care combină renunțarea la fumat și activitatea fizică pot fi mai eficiente decât renunțarea la fumat sau activitatea fizică efectuate individual în îmbunătățirea măsurilor de calitate a vieții, cum ar fi sănătatea generală, fizică și mentală, precum si gradul de limitare a activităților datorate sănătății precare.

THE BENEFITS OF PULMONARY REHABILITATION IN EX-SMOKERS

Camelia Pescaru[1], Monica Marc[1], Daniel Traila[1]

[1]„Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Pulmonary Rehabilitation (PR) is a comprehensive therapeutic approach for patients with chronic lung disease that leads to a decrease in dyspnea, an increase in exercise capacity and an increase in quality of life. The additional effects are to reduce the frequency of hospitalizations and increase physical activity if self-education program is integrated.

The Pulmonary Rehabilitation Program (PR) is designed individually, depending on the limitations of each patient. It includes therapeutic exercises, workouts for daily activities, breathing control techniques, individualized energy conservation education and, if indicated, airway clearance and adaptation to long-term oxygen-therapy.

Smoking is an important risk factor of chronic lung disease and is the main behavior that contributes to the patient's morbidity and mortality. Smoking cessation has been shown to have a significant beneficial effect on the development of COPD.

Patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with a history of smoking > 40 packs / year have a weaker exercise capacity and more symptoms of dyspnea compared to patients with a lower smoking history; however, some studies have shown important benefits after PR in terms of improving exercise capacity and peripheral muscle strength.

Behavioral interventions that combine smoking cessation and physical activity may be more effective than smoking cessation or individual physical activity in improving quality of life measures, such as general, physical and mental health, as well as the degree of limitation to activities due to poor health.

REABILITAREA PULMONARĂ PRE ŞI POST TRANSPLANT PULMONAR

Camelia Pescaru[1], Cristian Oancea[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie ”Victor Babeş”, Timişoara, România

Reabilitarea pulmonară (PR) a demonstrat beneficii în ceea ce privește calitatea vieții, creşterea toleranței la efort, reducerea simptomatologiei și beneficii economice pentru sistemul de sănătate pentru pacienții cu boli respiratorii cronice, inclusiv pentru pacienții care au o recomandare de transplant pulmonar.

Transplantul pulmonar este o procedură chirurgicală pentru pacienți selectați cu boli pulmonare avansate cum ar fi boală pulmonară obstructivă cronică , fibroză chistică, fibroza pulmonară idiopatică și hipertensiunea arterială pulmonară care pun viața în pericol și care nu răspund la alte tratamente medicale sau chirurgicale.

Intoleranța la efort și afectarea calitații vieții sunt caracteristice candidaților și beneficiarilor de transplant pulmonar. Reabilitarea fizică a candidaților și primitorilor de transplant pulmonar joacă un rol important în optimizarea funcției fizice înainte de transplant și facilitarea recuperării funcției post-transplant. Antrenamentul fizic pare a fi benefic pentru pacienți înainte și după transplantul pulmonar; cu toate acestea, dovezile cauzalității directe sunt limitate de lipsa unor studii controlate.

Programul de PR trebuie să fie individualizat iar modalitatea și intensitatea antrenamentului trebuie personalizate pentru fiecare pacient. Durata instruirii poate varia de la 6 săptămâni la 6 luni și necesită o echipă multidisciplinară.

Antrenamentul prin exerciții fizice oferă un rol esențial în optimizarea capacității funcționale și a condițiilor fizice pre-transplant, precum și în îmbunătățirea rezultatelor și a calității vieții după transplant.

PULMONARY REHABILITATION PRE AND POST-TRANSPLANT

Camelia Pescaru[1], Cristian Oancea[1]

"Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Pulmonary rehabilitation (PR) has demonstrated benefits in terms of quality of life, increased exercise tolerance, reduced symptoms, and health economic benefits for patients with chronic respiratory diseases including for patients patients who have a lung transplant recommendation.

Lung transplantation is a surgical procedure for selected patients with life-threatening, advanced lung disease like chronic obstructive pulmonary disease , cystic fibrosis , idiopathic pulmonary fibrosis and pulmonary arterial hypertension that is unresponsive to other medical or surgical treatments.

Exercise intolerance and impaired quality of life are characteristic of lung transplant candidates and recipients. Physical rehabilitation of lung transplant candidates and recipients plays an important in optimizing physical function prior to transplant and facilitating recovery of function post-transplant. Exercise training appears to be beneficial for patients before and after lung transplantation; however, the evidence for direct causation is limited by the lack of controlled trials.

The PR programme must be individualised and the modality and intensity of training must be personalized for each patient. The duration of the training can vary from 6 weeks to 6 months and requires a multidisciplinary teams.

Exercise training provides an essential role in optimizing functional capacity and fitness pre-transplant, as well as improving outcomes and quality of life post-transplant.

CANAL 5 / *5TH CHANNEL*

CURS PENTRU ASISTENȚII MEDICALI: ROLUL ASISTENTULUI MEDICAL ÎN ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU AFECȚIUNI PULMONARE /

THE ROLE OF THE NURSE IN THE CARE OF THE PATIENT WITH LUNG DISEASES

EXPLORAREA FUNCȚIONALĂ ÎN PANDEMIE ȘI NU NUMAI

Gabriela Covaci[1], Liliana Iorga[1], Aura Grigore[1], Gina Tapu[1], Dragoș Badea[1], Natalia Marica[1], Violeta Toia[1], Liliana Cocoș[1], Stela Horodea[1], Mihai Ene[1], Roxana Maria Nemeș[1]

[1]Institutul Național de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Explorarea funcțională respiratorie implică o serie de teste, precum: spirometrie, determinarea FeNO în aerul expirat, pletismografia corporeală, determinarea difuziunii prin membrana alveolo-capilară, testarea la efort, gazometria.

Fiind o manevră generatoare de aerosoli, în vreme de pandemie, spirometria, precum și testele funcționale complexe impun condiții ce necesită a fi respectate și care vor fi abordate în detaliu în prezentare.

Personalul medical (asistenți medicali, medici) ce efectuează testele funcționale resspiratorii necesită training specializat. Calibrarea echipamentelor se realizează zilnic înaintea începerii lucrului și ori de câte ori este nevoie pe parcursul zilei. Vor fi prezentate posibile erori în efectuarea testelor funcționale. Se va ține cont în efectuarea corectă a testării funcționale respiratorii de anumite situații ce pot reprezenta contraindicații relative, precum: hemoptizia, pneumotorax, intervenții chirurgicale recente, infarct miocardic acut recent, insuficiență cardiacă necontrolată terapeutic, accident vascular cerebral recent, intervenții chirurgicale oculare recente etc.

Fiind foarte importante în susținerea diagnosticului funcțional, în monitorizarea răspunsului la terapie, în evaluările pre- și post reabilitare pulmonară, dar și în alte condiții speciale (ex: afecțiuni neuromusculare, evaluare funcțională a sechelelor pulmonare post COVID-19), toate aceste teste trebuie efectuate și interpretate corect, iar mai apoi integrate în context clinic.

PULMONARY FUNCTION TESTING IN THE PANDEMIC AND BEYOND

Gabriela Covaci[1], Liliana Iorga[1], Aura Grigore[1], Gina Tapu[1], Dragos Badea[1], Natalia Marica[1], Violeta Toia[1], Liliana Cocos[1], Stela Horodea[1], Mihai Ene[1], Roxana Maria Nemes[1]

[1] „Marius Nasta" National Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

Respiratory functional testing involves a series of tests, such as: spirometry, determination of FeNO in expired air, body plethysmography, determination of diffusion through the alveolo-capillary membrane, exercise testing, gasometry.

Being an aerosol-generating maneuver, in times of pandemic, spirometry, as well as complex functional tests impose conditions that need to be observed and that will be addressed in detail in the presentation.

The medical staff (nurses, doctors) who perform the respiratory functional tests require specialized training. The calibration of the equipment is done daily before starting the work and whenever it is needed during the day. Possible errors in performing the functional tests will be presented. The correct performance of respiratory function testing will be taken into account in certain situations that may represent relative contraindications, such as: hemoptysis, pneumothorax, recent surgery, recent acute myocardial infarction, therapeutically uncontrolled heart failure, recent stroke, recent eye surgery, etc.

Being very important in supporting the functional diagnosis, in monitoring the response to therapy, in pre- and post-pulmonary rehabilitation evaluations, but also in other special conditions (eg: neuromuscular disorders, functional evaluation of post-COVID-19 lung sequelae), all these tests must performed and interpreted correctly, and then integrated into the clinical context.

TESTUL DE MERS DE 6 MINUTE

Irinel Fusariu[1]

[1]Spitalul de Boli Infecțioase și Pneumologie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Testul de mers de 6 minute este testul de efort care măsoară distanța pe care o parcurge un pacient în ritm propriu, fără alergare, pe o suprafață plată, într-un interval de 6 minute, cu evaluarea subiectivă, a gradului de dispnee/oboseală la efort.

Testul de mers de 6 minute este un test de evaluare funcțională globală, adaptarea întregului organism la efortul fizic şi specifică, adaptarea unui aparat sau sistem al organismului la efortul fizic.

Acest test poate fi folosit, atât pentru evaluarea inițială, cât și pentru aprecierea eficienței programelor de recuperare medicală, respiratorie și/sau a altor intervenții medicale.

Indicațiile testului de mers au o marjă, destul de largă, incluzând în mod special pacienții cu boli respiratorii cronice cum ar fi, BPOC, Astmul bronșic, Fibroza pulmonara, dar și bolile cardiovasculare și neuromusculare.

În interpretarea testului se folosesc formule speciale de calcul, atât pentru distanța parcursă, cât și pentru predicția efortului, care poate fi normal sau patologic. Vârsta și afecțiunile asociate sunt factori importanți de influență a timpului testului de 6 minute**.** Testul este larg folosit pentru evaluări pre- și post- programe de recuperare respiratorie și cardiacă, cât și pre- și post- intervenții chirurgicale cardiopulmonare.

6-MINUTE WALKING TEST

Irinel Fusariu[1]

[1]„Victor Babes" Infectious Diseases and Pneumoftiziology Hospital, Timisoara, Romania

The walk 6 minute test is a simple test that measures the distance walked by a patient in six minutes, in his own pace, without runnig, on the flate surface with a subjective assessment of the degree of dyspnea/ effort of fatigue.

The six minute walking test is a global functional evaluation, adapting the whole body to physical effort and specify functional evaluation test of all organs and systems. This test it can be used for initial evaluation, for the appreciation of respiratory rehabilitation programs and other medical interventions. The indication are for patients with chronic respiratory disease, like CPOD, Asthma, Pulmonary fibrosis and also for cardiovascular and neuromuscular diseases.

For the Interpretation of the test are used special formulas for the dstance walked and for the degree of effort, which can be normal or pathologic.The age and the co morbidities are important ffactors that infl uence the six minute walking test.

The 6 minute walking test is widely used for before and after respiratory reabilitation program and also for before and after cardiopulmonary surgery.

PARTICULARITAȚI ÎN ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU COVID-19 ÎN SECȚIA ATI

Simona Penteleiciuc[1]

[1]Spitalul de Boli Infecțioase și Pneumologie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Obiectivele asistentului medical de TI:

Să administreze tratamentul prescris de medic.

Să ajute la îngrijirea pacientului de TI.

Să facă manevre specifice (flexula, sonda naso-gastrică, sondă urinară).

Să ajute medicul la manevre medicale (intubație, montat cateter, montat aparat de hemofiltrare), „plămân artificial” etc.

Să cunoască toate dispozitivele specifice pe TI:

Monitoarele, injectomatele și infuzomatele, funcționarea paturilor, pregătirea IOT.

Să cunoască principalele medicamente specifice pe TI.

Bronhopneumonia cu SARS-CoV-2.

Afectare multiorganică (prin afectare endotelială): digestivă, cardiacă, renală, neurologică, hepatică.

Simptomatologie:

Pulsoximetria (la SpO2 <80% anunțăm medicul).

Frecvența respiratorie ideal sub 25/min. (monitorizare pe monitor !).

Montarea NIV (CPAP) la pacientul epuizat.

Aspirația pacientului care are secreții pe sonda de IOT, traheostoma sau în cavitatea bucală.

Schimbarea filtrelor (HME – nu necesită umidificatoare).

Aerosolii prescriși peste ochelari nazali (au flux mic de oxigen).

Ochelari nazali când pacientul se alimentează oral.

Purtarea de măști în zona galbenă/verde pentru a ne proteja între noi.

Înțelegere pentru tensiunile cauzate de pandemie (surmenajul de la locul de munca) „BURNOUT SINDROM”.

Pacientul de TI infectat cu virusul SARS-CoV-2 este tot un pacient critic care are aceleași nevoi față de care noi, cadrele medicale avem aceleași obligații.

Impedimentul este dat de necesitatea purtării corespunzătoare a echipamentelor de protecție și de un efort fizic și psihic de 2-3 ori mai mare.

PARTICULARITIES IN THE GREENING OF COVID-19 PACIENTS IN THE ATI SECTION

Simona Penteleiciuc[1]

[1]„Victor Babes" Clinical Hospital for Infectious Diseases and Pneumology, Timisoara, Romania

Objectives of the IT nurse

Administer the treatment prescribed by the doctor.

To help care the patient of IT.

Make specific maneuvers (flexula, naso-gastric probe, urinary probe).

To help the doctor with medical maneuvers (intubation, mounted catheter, mounted hemofiltration apparatus, „artificial lung" etc.

To know all specific devices on IT:

Monitors, injectomates and infusions, beds functioning, preparation of IOT.

Know the main specific drugs on IT.

Bronhopneumonia with SARS-CoV-2.

Multiorganic (endothelial) damage: digestive, cardiac, renal, neurological, hepatic.

Symptoms

Pulsoximetry (at SpO2 <80% notify the doctor).

Ideal respiratory frequency below 25/min. (monitor monitoring!).

Placing niv (CPAP) in exhausted patient.

Aspiration of the patient who has the secretions of IOT, tracheostoma, or in the oral cavity).

Changing filters, (HME – does not require humidifiers).

Prescribed aerosols over nasal glasses (have low oxygen flow).

Nasal glasses when the patient is fed orally.

Wearing masks in the yellow/green area to protect us.

Understanding for pandemic tensions (work overdevelopment) „BURNOUT SYNDROM".

The IT patient infected with SARS-CoV-2 virus is also a critical patient who has the same needs to which we, medical professionals, have the same obligations.

The impediment is given by the need for proper wearing of protective equipment and by a physical and mental effort 2-3 times greater.

REABILITAREA PULMONARĂ - COMPONENTA CHEIE ÎN ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR CU PATOLOGIE RESPIRATORIE CRONICĂ

Iuliana Ciuturoianu[1], Nicoleta Bertici[2], Cristian Oancea[2]

[1]Compartimentul de Recuperare Medicală Respiratorie, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumologie „Victor Babeș”, Timișoara, România
[2]Departamentul de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Reabilitarea pulmonară este general recunoscută ca o componentă a tratamentului standard în toate afecțiunile respiratorii cronice și selectiv, în anumite patologii acute (de obicei grave), fiind denumită și “medicina a treia”. Practic acest domeniu este încă puțin cunoscut și aproape inexistent în țara noastră. În 2008 am devenit primul centru din România dedicat acestui domeniu, astfel că în 12 ani de activitate am acumulat o vastă experiență și o solidă bază de date. Am înregistrat circa 1800 de pacienți, din toată patologia respiratorie și conexă (neurologică, malformativă, nutrițională etc.), care au beneficiat de programe de reabilitare individualizate, sub coordonarea unei echipei multidisciplinare. În cadrul acestei echipe asistenții medicali au un rol cheie, fiind cei care intervin în toate aspectele reabilitării respiratorii, respectiv: educația pacientului și a familiei pentru a înțelege și a accepta boala, alimentația, administrarea și supravegherea tratamentului (oral, injectabil, inhalator – inclusiv oxigenoterapia, ventilația noninvazivă), aplicarea metodelor specifice de reabilitare (educarea tusei și respirației, drenarea secrețiilor, aplicarea tehnicilor de relaxare, supravegherea antrenamentului fizic etc.). Din aceste considerente este evident că asistenții medicali reprezintă categoria cea mai numeroasă în cadrul echipei de reabilitare, care este permanent în contact cu pacientul și care contribuie direct la succesul acestor programe. Nu în ultimul rând, empatia și suportul psihic sunt elemente inerente constant acordate de întreagă echipă. Deși reabilitarea pulmonară nu modifică deteriorarea progresivă a funcției pulmonare, aceasta crește toleranța la efort, reduce intensitatea simptomelor, ameliorează calitatea vieții și statusul psiho-social, reduce spitalizările și povara economică (adesea chiar cu reinserție profesională).

LUNG REHABILITATION - THE KEY COMPONENT IN THE CARE OF PATIENTS WITH CHRONIC RESPIRATORY PATHOLOGY

Iuliana Ciuturoianu[1], Nicoleta Bertici[2], Cristian Oancea[2]

[1]Department of Respiratory Medical Rehabilitation, „Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtysiology, Timisoara, Romania
[2]Department of Pulmonology, „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Pulmonary rehabilitation or „third medicine" is generally recognized as a component of standard treatment in all chronic respiratory diseases and in certain acute pathologies (usually severe). Practically this field is still little known and almost non-existent in our country. In 2008 we became the first center in Romania dedicated to this field, so in 12 years of activity we have accumulated a vast experience and a solid database. We registered about 1800 patients, from all respiratory and related pathology (neurological, malformative, nutritional, etc.), who benefited from individualized rehabilitation programs, under the coordination of a multidisciplinary team. Nurses play a key role within the team, being those who intervene in all aspects of respiratory rehabilitation, namely: educating the patient and family to understand and accept the disease, nutrition, treatment administration and supervision (oral, injectable, inhaler - including oxygen therapy, noninvasive ventilation), application of specific rehabilitation methods (cough and respiration education, drainage of secretions, application of relaxation techniques, supervision of physical training,etc.). For these reasons, it is obvious that nurses are the most numerous category in the rehabilitation team, which is in constant contact with the patient and which directly contributes to the success of these programs. Last but not least, empathy and mental support are inherent elements constantly given by the whole team. Although pulmonary rehabilitation does not alter the progressive deterioration of lung function, it increases exercise tolerance, reduces the intensity of symptoms, improves quality of life and psychosocial status, reduces hospitalizations and economic burden (often even with professional reintegration).

INFLUENȚE ALE PANDEMIEI COVID ÎN PRACTICA MEDICALĂ – EXPERIENȚA CPU „MARIUS NASTA”

DanielaVoinea[1], Ionela Savu[1], Georgian Vlad[1], Adrian Pahonțu[1]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Echipa CPU este o verigă importantă în Institutul „Marius Nasta”. Noi am fost primii care am intrat „în luptă”, cu o lună înainte de deschiderea compartimentului COVID.

În acest context a trebuit rapid să învățăm tehnici noi (utilizarea corectă a echipamentului personal de protecție, tehnica de recoltare a exudatului nazofaringian), să ne refacem circuitele și să ne depășim frica. Pacienții considerați suspecți se adresau direct camerei de gardă, erau izolați în saloanele dedicate și li se acordau îngrijiri de către echipa din CPU până la sosirea rezultatelor testelor PCR.

În medicina de urgență a fost nevoie de o revizie a ghidului de resuscitare deoarece siguranța salvatorului este primordială. Revizia a fost publicată în luna aprilie, de către Consiliul European de Resuscitare.

Lucrarea își propune să aducă în atenția asistenților din secțiile clinice noutățile din ghidul de resuscitare medicală și să îi familiarizeze cu manevre care pot câștiga secunde prețioase pentru salvarea pacientului.

Deși a fost o perioadă grea și extrem de solicitantă, pot spune că am avut oportunitatea de a învăța în fiacare zi câte ceva nou și de a găsi resurse noi, nebănuite în vremuri de pace pentru depășirea obstacolelor.

INFLUENCES OF THE COVID PANDEMIC IN MEDICAL PRACTICE - CPU EXPERIENCE MARIUS NASTA

DanielaVoinea[1], Ionela Savu[1], Georgian Vlad[1], Adrian Pahonțu[1]

[1]„Marius Nasta" Institure of Pneumophtysiology, Bucharest, Romania

The CPU team is an important link in the Marius Nasta Institute. We were the first to enter the „fight", a month before the opening of the COVID compartment. In this context, we had to quickly learn new techniques (using the correct personal protective equipment, the technique of collecting nasopharyngeal exudate), not to restore the circuits and to overcome our fear. Patients considered suspicious went directly to the emergency room, were isolated in the dedicated wards and were given care by the CPU team until the results of the PCR tests. In emergency medicine, a revision of the resuscitation guide was needed because the safety of the rescuer is paramount. The review was published in April by the European Resuscitation Council. The paper aims to bring to the attention of nurses in clinical departments the news of the medical resuscitation guide and to familiarize them with maneuvers that can gain valuable seconds to save the patient. Although it was a difficult and extremely stressful period, reliving, I can say that I had the opportunity to learn something new every day and to find new resources, unsuspected in times of peace, to overcome obstacles.

EXPLORAREA FUNCȚIONALĂ RESPIRATORIE LA PACIENȚII VINDECAȚI DE NOUL CORONAVIRUS

Iulia-Ioana Bogdan[1], Adrian Șipoș [1], Claudia Minecan[1], Daniela Boldeanu[1]

[1] Spitalul Clinic de Pneumologie „Leon Daniello", Cluj-Napoca, România

Când vine vorba de investigațiile utilizate în stabilirea unui diagnostic și alegerea tramentului potrivit, explorarea funcțională respiratorie este de departe cea mai accesibilă și tranșantă investigație, atât prin simplitate dar și prin faptul că este neinvazivă. Dintre explorările funcționale simple, spirometria rămâne cel mai potrivit test de rutină, fiind o investigație simplă, reproductibilă și economică. Pe de altă parte, dintre investigațiile mai complexe, măsurarea factorului de transfer gazos ne ajută în detectarea anomaliilor microcirculației pulmonare, cele 10 secunde de ținere a respirației, fiind chiar mai ușor de efectuat pentru o mare parte din pacienți decât expirul forțat necesar în spirometrie. Din cauza pandemiei COVID-19 și riscului de contaminare crescut, este nevoie de măsuri de protecție suplimentare implementate la nivelul laboratoarelor de explorări funcționale, iar Societatea Europeană Respiratorie a stabilit 3 niveluri de siguranță pentru efectuarea explorărilor, în funcție de prevalența virusului în comunitate. În cazul pacienților care au trecut prin infecția cu SARS-CoV-2 trebuie să treacă minim 30 zile de la vindecare pentru a putea fi investigată funcția respiratorie. Datele din literatură au evidențiat faptul că post-infecție COVID-19, pacienții prezintă un model pulmonar restrictiv și chiar dacă la 6 săptămâni de la vindecare funcția pulmonară se îmbunătățește, capacitatea vitală funcțională rămâne scăzută. Cea mai frecventă anomalie a funcției pulmonare întâlnită rămâne afectarea capacității de difuziune, urmată de defectul ventilator restrictiv. Astfel, monitorizarea pacientului externat după o formă moderată-severă de pneumonie cu COVID-19 va avea în vedere efectuarea la 3-6 luni a explorărilor funcționale respiratorii- spirometrie, DLCO .

CANAL 5 / *5TH CHANNEL*

CURS PENTRU ASISTENȚII MEDICALI: BRONHOSCOPIA – REPERE PRACTICE/

BRONCHOSCOPY – PRACTICAL GUIDELINES

CE ESTE BRONHOSCOPIA CU AUTOFLORESCENȚĂ?

Valentin Caius Coșei[1]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Bronhoscopia cu autoflorescență (BAF) se bazează pe principiul emiterii de lumină florescentă a țesuturilor, atunci când acestea sunt expuse la lumină cu o anumită lungime de unda. BAF a fost dezvoltată pentru a detecta leziunile preinvazive (metaplazii, displazii, carcinom in-situ), putând astfel crește rata de tratament a neoplaziilor incipiente, îmbunătățind prognosticul.

Diferență de autoflorescență între țesuturile normale și patologice nu este complet descrisă. Sunt implicați factori care țin de grosimea epiteliului afectat, prezența neovascularizației și reducerea de florofori din țesutul anormal.

BAF este utilă în a identifica riscul de progresie a carninomului cu celule scuamoase, dar nu este utila în a identifica alte tipuri celulare sau pentru a identifica leziunile metastatice.

Exista mai multe tipuri de dispozitive, cu mecanisme diferite de achiziție și procesare a imaginii, astfel încât este bine ca fiecare utilizator sa folosească același tip de dispozitv. Experiența în a efectua BAF crește considerabil sensibilitatea și specificitatea acestei proceduri.

Nu există indicații clare pentru BAF. Se poate indica în caz de sputa cu celule atipice sau imagine radiologica normală, supravegherea leziunilor pre-invazive indentificate anterior, stabilirea schemei de tratament pentru cancerul invaziv precoce sau pentru screening-ul cancerului pulmonar la pacienții cu risc crescut.

WHAT IS AUTOFLUORESCENCE BRONCHOSCOPY?

Valentin Caius Cosei[1]

[1]„Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

Autofluorescence bronchoscopy (BAF) is based on the principle that tissue emits fluorescent light when they are exposed to light with a certain wavelength. BAF was developed to detect preinvasive lesions (metaplasia, dysplasia, in-situ carcinoma), thus increasing the treatment success rates of incipient neoplasms, improving the prognosis.

The difference in autofluorescence between normal and pathological tissues is not fully described. Factors related to the thickness of the affected epithelium, the presence of neovascularization and the reduction of fluorophores in the abnormal tissue are involved.

BAF is useful in identifying the risk of progression of squamous cell carcinoma but is not useful in identifying other cell types or in identifying metastatic lesions.

There are several types of devices, with different image acquisition and processing mechanisms, so it is good for each user to use the same type of device. Experience in performing BAF considerably increases the sensitivity and specificity of this procedure.

There are no clear indications for BAF. It may be indicated in case of atypical cell sputum and normal radiological imaging, surveillance of previously identified pre-invasive lesions, establishment of treatment regimen for early invasive cancer or for screening for lung cancer in high-risk patients.

TEHNICI CLASICE ȘI TEHNICI AVANSATE ÎN BRONHOSCOPIE

Andreea Vlădău[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie, Oradea, România

Bronhoscopia este una din investigațiile importante din pneumologie pentru diagnostic și tratament în bolile respiratorii.

Clasic înseamnă deja bronhoscopia flexibilă convențională și bronhoscopia rigidă, actual utilizată în situații selectate, mai ales că presupune sedare cu monitorizare anestezică.

Avansat înseamnă ultra-bronhoscopie, bronhoscopia cu autoflurescență, bronhoscopia cu ultrasunete, bronhoscopia navigațională, virtuală.

Procedurile diagnostice pot fi efectuate prin tehnici clasice și/sau avansate, de la aspirat bronșic, lavaj bronhoalveolar, brosaj bronșic, biopsie bronșică până la biopsie transbronșică.

Adăugarea tehnicilor avansate, practic combinate cu bronhoscopia flexibilă, permite un randament mai bun de diagnostic endobronhoscopic.

Cu ultra-bronhoscopie, bronhoscopie virtuală sau ghidaj imagistic se pot localiza și biopsia țintit ulterior prin bronhoscopie flexibilă în aceeași sesiune leziuni periferice pulmonare.

Autofluorescența poate determina necesitatea și evidența localizarea displaziilor sau metaplaziilor bronșice pentru a ghida biopsia țintită; poate fi folosită ca screening selectat.

Endoscopia bronșică ghidată prin ultrasunete, EBUS, permite biopsia transbronșică țintită a leziunilor parenchimatoase centrale și a adenopatiilor hilare și mediastinale pentru diagnostic și stadializare.

Pe lângă rolul terapeutic al bronhoscopiei în aspirația dopurilor de mucus și extracția corpilor străini endobronșici, clasic a devenit stentarea sau dilatarea cu balon a căilor aeriene mari obstruate, rezecția laser a tumorilor endobronșice fezabile.

Avansat ar putea fi reconsiderată instilarea de substanțe structurante pentru închidere bont chirurgical. Criobiopsia de țesut parenchimatos, crio-extragerea de corp străin sau histologia virtuală pot fi efectuate în centre specializate avansate.

Așadar, generic bronhoscopia din ce în ce mai complexă tehnic este de fapt mai „ușoară” în atingerea rolului sau diagnostic și terapeutic.

CLASSICAL TECHNIQUES AND ADVANCED TECHNIQUES IN BRONCHOSCOPY

Andreea Vladau[1]

[1]University of Medicine and Pharmacy, Oradea, Romania

Bronchoscopy is one of the important investigations in pulmonology for diagnosis and treatment in respiratory diseases.

Classic already means conventional flexible bronchoscopy and rigid bronchoscopy, currently used in selected situations, especially as it involves sedation with anesthetic monitoring.

Advanced means ultra-bronchoscopy, autoflourescence bronchoscopy, ultrasound bronchoscopy, navigational, virtual bronchoscopy.

Diagnostic procedures can be performed by classical and / or advanced techniques, from bronchial aspiration, bronchoalveolar lavage, bronchial brushing, bronchial biopsy to transbronchial biopsy.

The addition of advanced techniques, practically combined with flexible bronchoscopy, allows a better endobronchoscopic diagnostic efficiency.

With ultra-bronchoscopy, virtual bronchoscopy or imaging guidance, it can be located and subsequently targeted biopsied by flexible bronchoscopy in the same session the peripheral lung lesions.

Autofluorescence may determine the need for and evidence of localization of bronchial dysplasias or metaplasias to guide targeted biopsy; can be used as selected screening.

Endobronchial ultrasound-guided, EBUS, allows targeted transbronchial biopsy of central parenchymal lesions and hilar and mediastinal lymphadenopathy for diagnosis and staging.

Besides the therapeutic role of bronchoscopy by aspiration of mucus plugs and extraction of endobronchial foreign bodies, classichas become stenting or balloon dilation of obstructed large airways, laser resection of feasible endobronchial tumors.

Advanced could be reconsidered instillation of stricturants for surgical stump closure. Parenchymal tissue cryobiopsy, cryo-extraction of foreign body or virtual histology can be performed in advanced specialized centers.

Therefore, generically more and more technically complex bronchoscopy is actually „easier” in achieving its diagnostic and therapeutic role.

JOI, 5 NOIEMBRIE 2020 /
THURSDAY, NOVEMBER, 5TH 2020

CANAL 1 / *1ST CHANNEL*

TUBERCULOZA O AMENINȚARE VECHE ÎN TIMPURI NOI /

TUBERCULOSIS AN OLD THREAT IN NEW TIMES

CONFIRMAREA TB ÎN EPOCA TEHNOLOGIILOR DE BIOLOGIE MOLECULARĂ

Gilda Georgeta Popescu[1], Roxana Munteanu[1]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta", București, România

Rămasă în atenția cercetatorilor din domeniul pneumologiei și microbiologiei de peste 140 ani, tuberculoza (TB) continuă să fie o prioritate de sănătate publică la nivel global. De la descoperirea bacilului Koch în 1882 și până în prima jumătate a secolului al XIX-lea, s-au făcut progrese remarcabile în domeniul diagnosticului de laborator al tuberculozei. Sensibilitatea mică a examenului microscopic precum și timpul lung pentru obținerea rezultatelor culturilor, au încurajat cercetarea pentru aflarea de noi metode care să depășească aceste inconveniente. Cultivarea MTB în mediul lichid prin folosirea metodei manuale (1946), a contribuit la scurtarea timpului de diagnostic dar, nu a rezolvat total această problemă datorită necesității verificării zilnice a culturilor. Realizarea sistemelor automate de cultivare a micobacteriilor în mediul lichid (1977), urmate în 2007de recomandările OMS pentru folosirea extensivă în practica de rutină a cultivării și testării sensibilității CMTB, precum și a metodelor de biologie moleculară, au redus timpul de confirmare a TB la câteva ore, oferind totodată informații despre rezistența față de medicamentele anti-TB. Metodele de biologie moleculară folosite în diagnosticul TB denumite și genetice, s-au dezvoltat după descoperirea genomului MTB, fiind recomandate de către WHO în managementul programatic al TB, pentru detectarea chimiorezistenței la cazurile microscopic pozitive sau pozitive doar în culturi. Ele nu înlocuiesc metodele actuale standardizate pentru detectarea CMTB și a profilului de rezistență, doar le completează, fiind utile pentru CN în inițierea terapiei și aplicarea măsurilor epidemiologice.

CONFIRMATION OF TB IN THE AGE OF MOLECULAR BIOLOGY TECHNOLOGIES

Gilda Georgeta Popescu[1], Roxana Munteanu[1]

[1]„Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucuresti, Romania

Remaining in the spotlight of pulmonology and microbiology researchers for over 140 years, tuberculosis continues to be a global public health priority. From the discovery of the Koch bacillus in 1882 until the first half of the 19th century, remarkable progress has been made in the field of laboratory diagnosis of tuberculosis. The low sensitivity of the microscopic examination as well as the long time to obtain the results of the cultures, encouraged the research for finding new methods to overcome these inconveniences. Cultivation in the liquid environment by using the manual method (1946), contributed to the shortening of the diagnosis time but did not completely solve this problem due to the need for daily culture checks. The development of automated systems for culturing mycobacteria in the liquid medium (1977), followed in 2007 by WHO recommendations for the extensive routine use of CMTB culture and susceptibility testing, as well as molecular biology methods, reduced TB confirmation time to a few hours, while providing information on resistance to anti-TB drugs. The molecular biology methods used in the TB diagnosis , also called genetic, were developed after the discovery of the MTB genome, being recommended by the WHO in the programmatic management of TB, to detect chemoresistance to microscopically positive or positive cases only in cultures. They do not replace the current standardized methods for detecting CMTB and the resistance profile, they only complement them, being useful for CN, in initiating therapy and applying epidemiological measures.

LIMITĂRI TERAPEUTICE ÎN TB MDR. GHIDURI INTERNAŢIONALE ŞI REALITĂŢI LOCALE

Victor Spînu[1], Cristina Popa[1]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Istoria terapiei raționale în TB-MDR începe cu un ghid (Crofton 1966) şi o conferință (Cambridge, MA. 1998) care fixează, mai curând pe baza extrapolării experienței inițiale, clasice, a tratamentului în TB, parametrii schemelor individualizate (medicamente, asociere, durată, ritm de administrare. După finalizarea organizării instituționale (1999-2001) eforturile WHO de propagare a tratamentului individualizat devin din ce în ce mai coerente, fiind sprijinite şi de o succesiune de ghiduri tot mai structurate începând cu 2006. Concordant cu progresul experientei, al evaluărilor statistice şi al apariției de noi formule chimice, apare fenomenul ,,comunicărilor rapide,, impuse de modificări majore de percepție terapeutică şi diagnostic şi al ,,ghidurilor consolidate,, consecutive. Acestea semnalează o apropiere semnificativă de idealul terapiei standardizate şi de scurtă durată şi în TB-MDR. Progresul remarcabil teoretic dar, în egală masură, şi practic, ne dă posibilitatea să măsurăm distanța dintre ghidurile internaționale de referință şi realitatea terapeutică națională, cu speranța acoperirii cât mai rapide a ,,gap,,-ului.

THERAPEUTIC LIMITATIONS IN MDR-TB. INTERNATIONAL GUIDELINES AND LOCAL REALITIES

Victor Spinu[1], Cristina Popa[1]

[1]„Marius Nasta"Institute of Pneumophtysiology, Bucharest, Romania

The history of the rational MDR-TB therapy begins with a guide (Crofton 1966) and a conference (Cambridge, MA, 1998) which, based on the findings of the preliminary standard TB treatment, underpins the parameters of individualised treatment schemes (drugs, regimens, length, rate of administration). After the completion of their organisational practices at an institutional level (1999-2001), the WHO's efforts to disseminate individualised treatment become increasingly coherent, relying on a series of more structured guidelines from 2006. In accordance with improved medical response, statistical tools and assessment, as well as with the development of new chemical compounds, there is an emergence of the 'rapid communication' phenomenon dictated by significant changes of the therapeutic and diagnosis approaches and of the, consecutive 'consolidated guidelines'. These indicate an important convergence towards the short-run, standardised MDR-TB therapy model. This remarkable theoretical but also practical progress gives us the chance to measure the distance between the international reference guidelines and the national first-hand therapeutic response in the hope of rapidly closing the gap.

IMPACTUL PANDEMIEI SARS-COV-2 ASUPRA TUBERCULOZEI - EXPERIENȚA JUDEȚULUI IAȘI

Ionela-Alina Grosu-Creangă[1,2], Violeta Cojocariu[1], Adriana Sorete-Arbore[1]

[1]Spitalul Clinic de Pneumologie, Iași, România
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa", Iași, România

Infecția SARS-CoV-2 a perturbat asistența medicală din întreaga lume. România a înregistrat dificultăți în desfășurarea activităților de control al tuberculozei (TB).

Scopul studiului: Evaluarea activității anti-TB la nivelul județului Iași în condiții pandemice și reflectarea acesteia în indicatorii epidemiometrici.

Material și metodă: Studiu retrospectiv comparativ efectuat pe baza informațiilor despre controlul TB în județul Iași, între semestrul I - 2019 (S_{2019}) și semestrul I – 2020 (S_{2020}).

Au fost analizați indicatori care reflectă supravegherea și controlul bolii, tratamentul infecției tuberculoase latente (ITBL), managementul cazurilor de tuberculoză.

Rezultate: Comparativ cu S_{2019}, în S_{2020} s-au înregistrat cu 32,6% mai puține consultații efectuate pentru depistarea cazurilor de infecție/îmbolnăvire TB, cu 33,7% mai puține teste pentru depistarea ITBL, cu 34% mai puține investigații bacteriologice pentru Mt și cu o treime mai puține anchete epidemiologice. Numărul pacienților tratați a scăzut cu 1/5 în S_{2020}, comparativ cu S_{2019}. Monitorizarea bacteriologică s-a realizat la 62,3% din pacienți în S_{2020}, față de S_{2019}. Diminuarea prestațiilor medicale se reflectă într-o scădere a incidenței totale cu 26,8%; în aceleași perioade însă, incidența TB la copii nu a înregistrat diferențe semnificative - 13,95%$_{000}$ versus 12,56%$_{000}$.

Concluzii: Managementul TB în județul Iași a suferit pierderi calitative și cantitative semnificative în cursul pandemiei SARS-CoV-2.

Incidența globală în scădere atât de marcată nu reflectă realitatea procesului epidemiologic, întrucât se constată o stagnare a incidenței TB la copil.

Experiența ultimelor 6 luni arată că este necesară inventivitate și flexibilitate în managementul TB în condiții pandemice.

THE IMPACT OF SARS-COV-2 PANDEMIC ON TUBERCULOSIS - THE EXPERIENCE OF IASI COUNTY, ROMANIA

Ionela-Alina Grosu-Creanga[1,2], Violeta Cojocariu MD[1], Adriana Sorete-Arbore[1]

[1]Clinic of Pulmonary Diseases, Iasi, Romania
[2]„Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iasi Romania

SARS-CoV-2 infection has disrupted healthcare services worldwide. Romania has registered difficulties in carrying out tuberculosis (TB) control activities.

Aim: evaluation of anti-TB activity in Iasi County in pandemic conditions and its reflection in epidemiometric indicators.

Material and method: comparative retrospective study performed on information on TB control in Iasi County, between semester I - 2019 (S_{2019}) and semester I - 2020 (S_{2020}).

The analyzed indicators reflect the surveillance and control of the disease, the treatment of latent tuberculosis infection (LTBI), the management of TB cases.

Results: compared to S_{2019}, in S_{2020} there were 32.6% fewer consultations performed to detect cases of TB infection/disease, 33.7% fewer tests for LTBI, 34% fewer Mt bacteriological investigations and 1/3 fewer epidemiological investigations. The number of treated patients decreased by 1/5 in S_{2020} compared to S_{2019}. Bacteriological monitoring was performed in 62.3% of patients in S_{2020}, compared to S_{2019}. The decrease of medical services is reflected in reduction in the global incidence by 26.8%; in the same periods, however, the incidence of TB in children did not register significant differences - 13.95% $_{000}$ versus 12.56% $_{000}$.

Conclusions:

• TB management in Iasi County recorded significant qualitative and quantitative deficiences during the SARS-CoV-2 infection.

• The important drop of global incidence does not reflect the reality of the epidemiological process, as there is a stagnation in the incidence of childhood TB.

• The experience of the last 6 months shows that inventiveness and flexibility are needed in the management of TB in pandemic conditions.

TUBERCULOZA ȘI COVID-19: PANDEMII IN CURS DE COLIZIUNE

Adriana Socaci[1], Constantin Marica[1]

[1]Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumologie „Dr.Victor Babeș”, Timișoara, România
[2]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Noua boală Coronavirus (COVID-19) a fost notificată pentru prima dată în Decembrie 2019 în Wuhan, China. Boala, s-a răspândit rapid iar Organizația Mondială a Sănătății a declarat COVID-19 o pandemie globală la 11 martie 2020. Pandemia COVID-19 a depășit în prezent toate celelalte probleme de sănătate din întreaga lume. Până în prima săptămână a lunii Iulie 2020, 13 milioane de cazuri de boală COVID-19 au fost diagnosticate la nivel mondial, inclusiv cel puțin 600.000 de decese de la începutul epidemiei în ianuarie 2020. Răspunsul global la COVID-19 a încetinit răspândirea virusului deocamdată, dar continuă să provoace perturbări grave, pe termen scurt și mai lung ale programelor pentru alte boli majore. În special pentru tuberculoză (TB), blocajele asupra societății prezintă deja semne de reducere severă a diagnosticului și notificărilor și a potențialului disponibilității de medicamente. Pentru a recupera câștigurile realizate în ultimii ani prin eforturi și investiții sporite în tuberculoză, este important să existe măsuri și resurse suplimentare pentru a reduce fondul acumulat de persoane nedetectate cu TB. Astfel de măsuri pot include depistarea activă a cazurilor, alături de implicarea comună intensivă și urmărirea contactelor pentru a menține conștientizarea importanței recunoașterii și răspunsului la simptomele sugestive ale TB, folosind tehnologia digitală și alte instrumente. Tuberculoza rămâne o urgență globală pentru sănătate și are nevoie de atenția noastră mai mult ca niciodată, având în vedere că acum resursele semnificative sunt redirecționate către managementul COVID-19. Aceste provocări subliniază nevoia ca toate sectoarele din societate să colaboreze pentru a realiza Strategia End TB a OMS.

TUBERCULOSIS AND COVID-19: PANEMICS ON COLISION COURSE

Adriana Socaci[1], Constantin Marica[1]

[1] „Dr.Victor Babes" Clinical Hospital for Infectious Diseases and Pneumophtysiology, Timisoara, Romania
[2] „Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

Novel Coronavirus disease (COVID-19) was first notified in December 2019 from Wuhan, China. Disease, it has spread rapidly and the World Health Organization declared COVID-19 a global pandemic on 11 March 2020. The COVID-19 pandemic has currently overtaken every other health issue throughout the world. By the first week of July 2020, a 13 million cases of COVID-19 disease had been diagnosed worldwide, including at least 600.000 deaths since the beginning of the epidemic in January 2020. The global response to COVID-19 has slowed the spread of the virus for now but is continuing to cause serious, short and longer term, disruptions to the programmes for other major diseases. For tuberculosis (TB) in particular, lockdowns on society are already showing signs of severely curtailing diagnosis and notifications and potentially the availability of drugs. To recover the gains made over last years through increased efforts and investments in tuberculosis, it is important to have supplementary measures and resources to reduce the accumulated pool of undetected people with TB. Such measures may include ramped-up active case-finding, alongside intensive community engagement and contact tracing to maintain awareness of the importance of recognizing and responding to symptoms suggestive of TB, using digital technology and other tools. Tuberculosis remains a global health emergency and needs our attention more than ever, given that significant resources are now being diverted to COVID-19 management. These challenges underscore the need for all sectors in society to collaborate to achieve the WHO's End TB Strategy.

CARACTERISTICILE PACIENȚILOR CU TUBERCULOZĂ PULMONARĂ, DIN ROMÂNIA

Nicoleta Cioran[1], Ioana Munteanu[1], Beatrice Mahler[1]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Tuberculoza pulmonară reprezintă cea mai frecventă localizare a bolii, importanța transmiterii fiind dată de cazurile bacteriologic pozitive. Studiul își propune să prezinte caracteristicile pacienților cu acest tip de TB, din România, prin descrierea caracteristicilor socio-demografice, clinice și de diagnostic. Datele, prezentate agregat pentru anii 2015-2019, au ca sursă baza electronică a PNPSCT, de la nivelul Unității Centrale, actualizate în 31 mai 2020, păstrând confidențialitatea pacienților. Ca rezultate, peste 85% din cazurile notificate în fiecare an sunt pulmonare, cu variații la copii între 31.7%- în anul 2017- și 38.2%- în anul 2015. Din toate cazurile pulmonare peste 70% sunt înregistrate la bărbați. Testarea HIV a avut un trend crescător, de la 77.7% în 2015 la 87.3% în 2019, iar proporția cazurilor pozitive a variat de la 2.5% la 1.8% în aceeași perioadă. Peste 76% sunt cazuri noi și aproximativ 16% sunt recidive. Dintre toate cazurile pulmonare, aproximativ 80% au cultură pozitivă. Numărul de cazuri rifampicin-rezistente a scăzut de la 587 la 367 între 2015-2019, ca și proporția cazurilor MDR dintre acestea- de la 90.3% la 80.7%. Proporția cazurilor XDR a variat între 12.2% în 2019 și un maxim de 16.0% în 2017. Succesul la tratament la 12 luni a fost înregistrat la peste 78% dintre pacienți. În concluzie, desi TB pulmonară este majoritară ca localizare, totuși doar 3 din 10 copii au această formă. Cel puțin 8 din 10 cazuri au cultura pozitivă, iar numărul de cazuri RR, ca și proporția de cazuri MDR au scăzut.

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH LUNG TUBERCULOSIS FROM ROMANIA

Nicoleta Cioran[1], Ioana Munteanu[1], Beatrice Mahler[1]

[1]„Marius Nasta"nstitute of Pneumophtysiology, Bucharest, Romania

Pulmonary tuberculosis is the most common site of the disease, the importance of transmission being given by bacteriologically positive cases. The study aim is to present the characteristics of patients with this type of TB in Romania, by describing the socio-demographic, clinical and diagnostic characteristics. The data, presented in aggregate for the years 2015-2019, have as source the electronic basis of the NTPR, at the Central Unit, updated on May 31, 2020, maintaining the confidentiality of patients. As results, over 85% of notified cases are pulmonary, with variations in children between 31.7% - in 2017 - and 38.2% - in 2015. Of all pulmonary cases over 70% are recorded in men. HIV testing had an increasing trend, from 77.7% in 2015 to 87.3% in 2019, and positive cases varied from 2.5% to 1.8% in the same period. Over 76% are new cases and about 16% are relapses. Of all pulmonary cases, about 80% have a positive culture. The proportion of MDR-TB cases among rifampicin-resistant cases decreased between 2015-2019 from 90.3% to 80.7% and the proportion of XDR cases varied between 12.2% in 2019 and a maximum of 16.0% in 2017. Success at 12 months of treatment was recorded in over 78% of patients. In conclusion, although the most frequent site of TB is pulmonary, only 3 out of 10 children have this form. At least 4 out of 5 cases have a positive culture, and the proportion of MDR cases have decreased.

TUBERCULOZA ÎN ERA COVID-19: AMENINŢĂRI ŞI OPORTUNITĂŢI

Oana Arghir[1], Ioan Anton Arghir[1], Ariadna Petronela Fildan[1], Erdin Borgazi1, Elena Danteș[1]

[1]Facultatea de Medicină, Universitatea „Ovidius”, Constanța, România

Pandemia COVID-19 are numeroase pârghii de a afecta endemia tuberculozei (TB), o amenințare globală pentru sănătatea publică. Interacțiunile dintre TB și COVID-19 necesită atenție deosebită, mai mult decât în epidemia HIV. Difuziunea infecției TB la persoane sănătoase poate crește, deoarece pacienții cu TB nu mai sunt spitalizați și supravegheați ca înainte. Izolarea la domiciliu poate facilita extinderea răspândirii infecției TB. Contacții apropiați ai pacienților TB, nespitalizați, în special copiii, reprezintă un grup vulnerabil pentru infecția și boala TB. Simptomele TB pot fi similare cu cele COVID-19, creând confuzie diagnostică. Până acum, asocierea TBC și COVID-19 a fost considerată mai mult ocazională decât cauzală. Este dificil să anticipăm impactul COVID-19 asupra programelor de control al infecției și bolii TB. O gravă amenințare pentru bolnavii TB o reprezintă sechelele pulmonare fibrotice, care pot induce severitatea COVID-19. Tabloul clinic al TB pulmonare poate fi diferit la pacienții COVID-19, cu leziuni pulmonare fibrotice cronice amplificate. Oportunitățile constau în imunitatea relativă împotriva infecției cu SARS CoV2 la copiii vaccinați cu BCG și facilitatea platformei GeneXpert în diagnosticarea atât a tuberculozei, cât și a COVID-19. TB este recunoscută „o boală a sărăciei”, iar pandemia COVID-19 se așteaptă să conducă la o recesiune economică globală, în 2020. Se așteaptă mai multe cazuri TB, în special, în zonele cu endemie TB și serviciile de sănătate slab dotate. Programele de control al TB pot avea rezultate mai slabe, agravând endemia TB, facilitând regimuri incomplete, o rată mare de eșec și abandon.

TUBERCULOSIS IN THE COVID-19 ERA: THREATS AND OPPORTUNITIES

Oana Arghir[1], Ioan Anton Arghir[1], Ariadna Petronela Fildan[1], Erdin Borgazi1, Elena Dantes,[1]

[1]Faculty of Medicine, „Ovidius" University, Constanta, Romania

COVID-19 has numerous ways to impact public health threats, as tuberculosis (TB). The interactions between TB and COVID-19 need attention, more than ever HIV required. TB infection's diffusion in healthy people can increase because TB patients aren't longer hospitalized and managed as before. Lockdown can facilitate the extension of TB infection spreading. Closed contacts of TB patients, especially children, represent a vulnerable group. TB symptoms can be similar to COVID-19, creating diagnostic confusion. Till now, the association of TB and COVID-19 is considered more occasional t1han causal. It is difficult now to anticipate the impact of COVID-19 on TB infection, disease and TB control programs. A most severe threat for TB patients is the lung fibrotic damage itself that may induce a more severe COVID-19. Vice versa, the clinical presentation of lung disease, in pulmonary TB, can be different in patients with previous or concomitant COVID-19 and post-COVID chronic fibrotic lung damage will be amplified. The opportunities consist in the relative immunity against SARS CoV2 infection in BCG vaccinated children and the facility of GeneXpert platform in diagnosing both TB and COVID-19. TB is recognized as "a disease of poverty" and COVID-19 pandemic is expecting to result in a global economic recession in 2020. So, more cases of TB are expected to occur, especially in areas, where TB is endemic and health services are poorly equipped. TB control programs can have worse outcomes of higher endemic burden, incomplete regimens or high rate of failure and abandon.

CANAL 1 / *1ST CHANNEL*

FENOTIPUL PROGRESIV FIBROS DE PNEUMOPATIE INTERSTIȚIALĂ DIFUZĂ: FIBROZA PULMONARĂ IDIOPATICĂ ȘI „PRIETENII" SĂI /

PROGRESSIVE FIBROUS PHENOTYPE OF DIFFUSE INTERSTITIAL PNEUMOPATHY: IDIOPATHIC LUNG FIBROSIS AND ITS „FRIENDS"

ABORDAREA INTEGRATOARE VERSUS ANALITICĂ A PNEUMOPATIILOR INTERSTIȚIALE DIFUZE

Ovidiu Fira-Mladinescu[1], Daniel Trăilă[2]

[1]Disciplina de Pneumologie, Centrul de Cercetare și Inovare în Medicina Personalizată a Bolilor Respiratorii, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș" , Timișoara, România
[2] Secția Clinică Universitară Pneumologie II, Centrul de Expertiză pentru Boli Pulmonare Rare, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș", Timișoara, România

Fibroza pulmonară idiopatică este o afecțiune interstițială fibrotică asociată cu un anumit grad de susceptibilitate genetică și câțiva factori de risc, încă fără o explicație clară pentru apariția și dezvoltarea bolii în cazurile non-familiale. Deși caracterul autosusținut al procesului fibros a fost considerat prin definiție apanajul doar a fibrozei pulmonare idiopatice (FPI), o serie de evidențe clinice au relevat prezența unui fenotip progresiv fibros la un spectru mai larg de afecțiuni interstițiale pulmonare. De aceea, este foarte probabil ca entitățile patogenice actualmente regăsite sub umbrela termenului de fibroză pulmonară idiopatică să fie radical reclasificate în următoarea perioadă de timp, fie printr-o abordare analitică de tip "splitting" prin definirea unor subgrupuri cu un răspuns individualizat la anumite tipuri de agenți terapeutici distincți, fie printr-o abordare integratoare de tip "lumping" prin includerea și a altor forme de afecțiuni interstițiale pulmonare fibrozante care au în comun cu FPI o serie de mecanisme patogenice, precum și un comportament evolutiv progresiv similar.

Din această perspectivă vom prezenta justificarea clinică și patogenică pentru definirea unui fenotip progresiv fibros de pneumopatii interstițiale difuze (PID) și mai mult, nevoia acestor pacienți de a avea acces la un tratament pecific care s-a dovedit deja benefic și sigur la pacienții cu FPI. Ca atare o revizuire viitoare a nomeclaturii PID ar putea fi justificată de aceste modificări conceptuale, cu mențiunea că avantajele redenumirii FPI ar putea fi contracarate de confuzia posibil rezultantă.

LUMPING VS. SPLITTING APROACH OF INTERSTITIAL LUNG DISEASES

Ovidiu Fira-Mladinescu[1], Daniel Trăilă[2]

[1] Division of Pneumology, Center for Research and Innovation in Precision Medicine of Respiratory Diseases, University of Medicine and Pharmacy "Victor Babes", Timisoara, Romania
[2] II[nd] University Ward of Pulmonology, Center of Expertise for Rare Respiratory Diseases, „Dr. Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophthysiology, Timisoara, Romania

Idiopathic pulmonary fibrosis is a fibrotic interstitial condition associated with some degree of genetic susceptibility and several risk factors, still without a clear explanation for the onset and development of the disease in non-familial cases. Although the self-sustaining nature of the fibrous process was considered by definition a feature only for idiopathic pulmonary fibrosis (IPF), a number of clinical evidences revealed the presence of a progressive fibrosing phenotype in a wider range of diffuse parenchymal lung disease. Therefore, it is very likely that the pathogenic entities currently found under the umbrella of the term idiopathic pulmonary fibrosis will be radically reclassified in the next period of time, either through a splitting approach by defining subgroups with an individualized response to certain types of distinct therapeutic agents, or by an lumping approach with including other forms of fibrosing interstitial lung diseases that share a number of pathogenic mechanisms with IPF, as well as a similar progressive evolutionary behavior.

From this point of view, we will present the clinical and pathogenic justification for defining a progressive fibrosing phenotype of interstitial lung diseases (ILD) and furthermore, the need for these patients to have access to specific treatment that has already proven beneficial and safe in patients with IPF. As such, a future revision of the PID nomenclature could be justified by these conceptual changes, mentioning that the benefits of renaming IPF are likely to be outweighed by the resulting confusion.

CANAL 1 / *1ST CHANNEL*

FENOTIPUL PROGRESIV FIBROS DE PNEUMOPATIE INTERSTIȚIALĂ DIFUZĂ: FIBROZA PULMONARĂ IDIOPATICĂ ȘI „PRIETENII" SĂI /

PROGRESSIVE FIBROUS PHENOTYPE OF DIFFUSE INTERSTITIAL PNEUMOPATHY: IDIOPATHIC LUNG FIBROSIS AND ITS „FRIENDS"

MANAGEMENTUL OBEZITĂŢII: MITURI, REALITĂȚI, SPERANȚE

Gabriela Roman[1]

[1]Centrul Clinic de Diabet, Nutriție, Boli Metabolice, Universitatea de Medicină şi Farmacie „Iuliu Hațieganu”„ Cluj-Napoca, România

Managementul obezității este probabil una din cele mai dificile intervenții terapeutice, rata de succes fiind redusă, comparativ cu alte patologii. Principalele motive sunt: etiopatogenia complexă, heterogenitatea genetică și fenotipică, multitudinea mecanismelor adaptative și frecventele greșeli de abordare terapeutică. Principiile generale de management sunt intervenția pe termen lung, individualizată, cuprinzând optimizarea stilului de viață la care se pot asocia farmacoterapia sau chirurgia bariatrică. Strategia de bază este adaptarea intervenției în funcție de cele 2 etape: scădere ponderală și menținerea pe termen lung a noii greutăți. Scăderea ponderală induce multiple mecanisme de ”adaptare” a organismului, care limitează în timp deficitul ponderal, determinând revenirea la greutatea inițială. Unanim recunoscut este că activitatea fizică este eficientă, mai ales în faza de menținere. În uccess privește intervenția nutrițională, nu s-a putut dovedi o uccess ideală. Important este să se realizeze un deficit caloric față de necesar, care să poată fi menținut pe termen îndelungat, diversele tipuri de ”diete” fiind adaptate fiecărei uccess în parte și în funcție de etapa de intervenție. Abordarea ucces și susținută de dovezi se orientează spre tipuri de alimentație și nu pe anumite alimente sau nutrienți. Se discută de diete hipocalorice de tip Mediteranean, dieta de tip Nordic, dieta bazată pe plante, etc. Medicația uccess și chirurgia bariatrică pot fi luate în considerare la valori crescute ale IMC, mai ales în prezența comorbidităților. Ne(re)cunoașterea obezității ca boală cronică cu etiopatogenie uccess generează o serie de mituri ce uccess uccess rapid, fără abordarea etapei de menținere, cea mai importantă de fapt.

OBESITY MANAGEMENT: MYTHS, REALITIES, HOPES

Gabriela Roman[1]

[1]Clinical Centre of Diabetes, Nutrition and Metabolic Diseases, „Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

Obesity management is probably one of the most difficult therapeutic interventions, the success rate being low, compared to other pathologies. The main reasons are complex etiopathogenesis, genetic and phenotypic heterogeneity, the multitude of adaptive mechanisms and the frequent errors of therapeutic approach. The general principles of management are long-term, individualized intervention, including the lifestyle optimization to which pharmacotherapy or bariatric surgery can be associated. The basic strategy is to adapt the intervention according to the 2 stages: weight loss and long-term maintenance of the new weight. Weight loss induces multiple mechanisms of "adaptation" of the body, which limits the weight deficit over time, causing a return to the initial weight. Unanimously recognized is that physical activity is effective, especially in the maintenance phase. Regarding the nutritional intervention, it could not prove to be an ideal formula. It is important to achieve a caloric deficit compared to energetic requirements, which can be maintained for a long time, the various types of "diets" being adapted to each person and depending on the stage of intervention. The modern and evidence-based approach focuses on food patterns and not on certain foods or nutrients: hypocaloric Mediterranean-type diets, Nordic diets, plant-based diets, etc. Specific medication and bariatric surgery may be considered at elevated BMI levels, especially in the presence of comorbidities. The non-recognition of obesity as a chronic disease with complex etiopathogenesis generates a series of myths that claim rapid success, without addressing the maintenance stage, the most important in fact.

OBEZITATEA ȘI BOLILE RESPIRATORII, ESTE TIMPUL SĂ NE TREZIM!

Doina Todea[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România

Obezitatea devine o comorbiditate din ce în ce mai răspândită și problematică pentru pacienți și care necesită numeroase resurse și costuri în sistemele de îngrijire a sănătății. Există numeroase dovezi care reflectă acest lucru și încearcă să tragă concluzii cu privire la efectul obezității asupra fiziopatologiei și managementului bolilor respiratorii, la riscul de susceptibilitate la infecții, precum și la morbiditatea și mortalitatea din spitale și ATI. Obezitatea este o boală inflamatorie cronică datorită inflamației persistente, la nivel celular și sistemic. Obezitatea este asociată cu starea nutrițională, astm bronsic, boală pulmonară obstructivă cronică, pneumonie, cancer pulmonar, hipertensiune pulmonară, OSA și OHS. Este, de asemenea, puternic asociată cu unele infecții, deși efectul relativ variază în funcție de tipurile de infecție. La nivelul plămânilor, obezitatea reduce volumul pulmonar, consumul maxim de oxigen este păstrat, deși starea funcțională în timpul exercițiilor fizice, cum ar fi mersul pe jos este redusă, în acest fel crescând efortul respirator și percepția dispneei. S-a sugerat un rol potențial al leptinei și adiponectinei în afecțiunile pulmonare inflamatorii, cum ar fi astmul, precum și BPOC, pneumonie sau cancer pulmonar. Mai mult, obezitatea excesivă este asociată cu un risc crescut de mortalitate datorită afecțiunilor respiratorii. Dificultatea de a ajuta pacienții obezi să mențină o pierdere în greutate pe termen lung a fost contestată de studii recente care arată că mai multe persoane sunt capabile să mențină ținte acceptabile de pierdere în greutate pe termen lung și că s-au obținut rezultatele promițătoare în modificarea stilului de viață, prin programe de nouă generație. Aceste rezultate promițătoare ar trebui să stimuleze adoptarea unor abordări multidisciplinare bazate pe modificarea stilului de viață pentru managementul obezității.

OBESITY AND RESPIRATORY DISEASES, IS TIME TO WAKE UP!

Doina Todea[1]

[1] „Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

Obesity is becoming an increasingly prevalent and problematic comorbidity in patients with wide-ranging resource and cost implications across health care systems. There is an expanding body of evidence that reflects this and attempts to draw conclusions regarding the effect of obesity on the pathophysiology and management of respiratory disease, the risk of susceptibility to and outcome from infection, and hospital and ICU morbidity and mortality. Obesity is a chronic inflammatory disease due to its persistent, low grade and systemic inflammation. Obesity is linked with nutritional status, asthma, chronic pulmonary obstructive disease , pneumonia, lung cancer, pulmonary hypertension, OSA and OHS. It is also strongly associated with some infections, although it's relative effect varies across infection types. At the level of lungs, obesity reduced lung volumes, maximal oxygen consumption is preserved although functional status during exercise such as walking is reduced, in this way increased the work of breathing and increased the perception of dyspnea. It was suggest a potential role for leptin and adiponectin in inflammatory pulmonary conditions such as asthma, and also COPD, pneumonia or lung cancer. Moreover, extreme obesity is associated with increased risk of mortality from respiratory conditions. The difficulty in helping obese patients maintain a long-term weight loss has been challenged by recent studies showing that several individuals are able to maintain acceptable weight loss targets in the long term and by the promising results achieved by the new-generation lifestyle modification programs. These promising results should stimulate the adoption of multidisciplinary approaches based on lifestyle modification for the management of obesity.

CANAL 2 / *2nd CHANNEL*

RUBRICA DE INCADRARE: UPDATE ÎN MANAGEMENTUL CANCERULUI PULMONAR /

UPDATE IN LUNG CANCER MANAGEMENT

TUMORILE MEZENCHIMALE PRIMITIVE PULMONARE. ROLUL BIOMARKERILOR MOLECULARI ÎN STABILIREA FENOTIPULUI TUMORAL

Florinel Pop [1]

[1]Universitatea de Medicină şi Farmacie „Carol Davila” București, România

Tumorile mezenchimale primitive pulmonare sunt rare şi au fost mai puțin studiate. În clasificarea WHO din 2015 s-a realizat o reevaluare a acestora.

În actuala prezentare trecem în revistă elementele principale de diagnostic patologic și patogeneza moleculară cu identificarea biomarkerilor specifici.

Accentul cade pe tumorile din categoria PECoamelor, tumorilor mioepiteliale și sarcomul mixoid pulmonar cu translocatie EWSR1-CREB1.

PRIMITIVE MESENCHYMAL LUNG TUMOURS. THE ROLE OF MOLECULAR BIOMARKERS IN DETERMINING THE TUMOR PHENOTYPE

Florinel Pop [1]
[1] „Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Primitive lung mesenchymal tumors are rare and have been less studied. In the 2015 WHO classification, a revaluation of them was made.

The current presentation is a review of the main elements of pathological diagnosis, molecular pathogenesis with the identification of specific biomarkers;

the focus is on tumors from the category of PEComas, myoepithelial tumors and myxoid pulmonary sarcoma with translocation EWSR1 – CREB1.

CANAL 2 / *2nd CHANNEL*

OBEZITATEA: ABORDARE MULTIDISCIPLINARĂ /

OBESITY: A MULTIDISCIPLINARY APPROACH

MANAGEMENTUL OBEZITĂŢII: MITURI, REALITĂŢI, SPERANȚE

Gabriela Roman[1]

[1]Centrul Clinic de Diabet,Nutriție, Boli Metabolice, Universitatea de Medicină şi Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România

Managementul obezității este probabil una din cele mai dificile intervenții terapeutice, rata de succes fiind redusă, comparativ cu alte patologii. Principalele motive sunt: etiopatogenia complexă, heterogenitatea genetică și fenotipică, multitudinea mecanismelor adaptative și frecventele greșeli de abordare terapeutică. Principiile generale de management sunt intervenția pe termen lung, individualizată, cuprinzând optimizarea stilului de viață la care se pot asocia farmacoterapia sau chirurgia bariatrică. Strategia de bază este adaptarea intervenției în funcție de cele 2 etape: scădere ponderală și menținerea pe termen lung a noii greutăți. Scăderea ponderală induce multiple mecanisme de ”adaptare” a organismului, care limitează în timp deficitul ponderal, determinând revenirea la greutatea inițială. Unanim recunoscut este că activitatea fizică este eficientă, mai ales în faza de menținere. În uccess privește intervenția nutrițională, nu s-a putut dovedi o uccess ideală. Important este să se realizeze un deficit caloric față de necesar, care să poată fi menținut pe termen îndelungat, diversele tipuri de ”diete” fiind adaptate fiecărei uccess în parte și în funcție de etapa de intervenție. Abordarea ucces și susținută de dovezi se orientează spre tipuri de alimentație și nu pe anumite alimente sau nutrienți. Se discută de diete hipocalorice de tip Mediteranean, dieta de tip Nordic, dieta bazată pe plante, etc. Medicația uccess și chirurgia bariatrică pot fi luate în considerare la valori crescute ale IMC, mai ales în prezența comorbidităților. Ne(re)cunoașterea obezității ca boală cronică cu etiopatogenie uccess generează o serie de mituri ce uccess uccess rapid, fără abordarea etapei de menținere, cea mai importantă de fapt.

OBESITY MANAGEMENT: MYTHS, REALITIES, HOPES

Gabriela Roman[1]
[1]Clinical Centre of Diabetes,Nutrition and Metabolic Diseases, „Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

Obesity management is probably one of the most difficult therapeutic interventions, the success rate being low, compared to other pathologies. The main reasons are complex etiopathogenesis, genetic and phenotypic heterogeneity, the multitude of adaptive mechanisms and the frequent errors of therapeutic approach. The general principles of management are long-term, individualized intervention, including the lifestyle optimization to which pharmacotherapy or bariatric surgery can be associated. The basic strategy is to adapt the intervention according to the 2 stages: weight loss and long-term maintenance of the new weight. Weight loss induces multiple mechanisms of "adaptation" of the body, which limits the weight deficit over time, causing a return to the initial weight. Unanimously recognized is that physical activity is effective, especially in the maintenance phase. Regarding the nutritional intervention, it could not prove to be an ideal formula. It is important to achieve a caloric deficit compared to energetic requirements, which can be maintained for a long time, the various types of "diets" being adapted to each person and depending on the stage of intervention. The modern and evidence-based approach focuses on food patterns and not on certain foods or nutrients: hypocaloric Mediterranean-type diets, Nordic diets, plant-based diets, etc. Specific medication and bariatric surgery may be considered at elevated BMI levels, especially in the presence of comorbidities. The non-recognition of obesity as a chronic disease with complex etiopathogenesis generates a series of myths that claim rapid success, without addressing the maintenance stage, the most important in fact.

OBEZITATEA ȘI BOLILE RESPIRATORII, ESTE TIMPUL SĂ NE TREZIM!

Doina Todea[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Haţieganu”, Cluj-Napoca, România

Obezitatea devine o comorbiditate din ce în ce mai răspândită și problematică pentru pacienți şi care necesită numeroase resurse și costuri în sistemele de îngrijire a sănătății. Există numeroase dovezi care reflectă acest lucru și încearcă să tragă concluzii cu privire la efectul obezității asupra fiziopatologiei și managementului bolilor respiratorii, la riscul de susceptibilitate la infecții, precum și la morbiditatea și mortalitatea din spitale și ATI. Obezitatea este o boală inflamatorie cronică datorită inflamației persistente, la nivel celular și sistemic. Obezitatea este asociată cu starea nutrițională, astm bronsic, boală pulmonară obstructivă cronică, pneumonie, cancer pulmonar, hipertensiune pulmonară, OSA și OHS. Este, de asemenea, puternic asociată cu unele infecții, deși efectul relativ variază în funcție de tipurile de infecție. La nivelul plămânilor, obezitatea reduce volumul pulmonar, consumul maxim de oxigen este păstrat, deși starea funcțională în timpul exercițiilor fizice, cum ar fi mersul pe jos este redusă, în acest fel crescând efortul respirator și percepția dispneei. S-a sugerat un rol potențial al leptinei și adiponectinei în afecțiunile pulmonare inflamatorii, cum ar fi astmul, precum și BPOC, pneumonie sau cancer pulmonar. Mai mult, obezitatea excesivă este asociată cu un risc crescut de mortalitate datorită afecțiunilor respiratorii. Dificultatea de a ajuta pacienții obezi să mențină o pierdere în greutate pe termen lung a fost contestată de studii recente care arată că mai multe persoane sunt capabile să mențină ținte acceptabile de pierdere în greutate pe termen lung și că s-au obținut rezultatele promițătoare în modificarea stilului de viață, prin programe de nouă generație. Aceste rezultate promițătoare ar trebui să stimuleze adoptarea unor abordări multidisciplinare bazate pe modificarea stilului de viață pentru managementul obezității.

OBESITY AND RESPIRATORY DISEASES, IS TIME TO WAKE UP!

Doina Todea[1]

[1] „Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

Obesity is becoming an increasingly prevalent and problematic comorbidity in patients with wide-ranging resource and cost implications across health care systems. There is an expanding body of evidence that reflects this and attempts to draw conclusions regarding the effect of obesity on the pathophysiology and management of respiratory disease, the risk of susceptibility to and outcome from infection, and hospital and ICU morbidity and mortality. Obesity is a chronic inflammatory disease due to its persistent, low grade and systemic inflammation. Obesity is linked with nutritional status, asthma, chronic pulmonary obstructive disease , pneumonia, lung cancer, pulmonary hypertension, OSA and OHS. It is also strongly associated with some infections, although it's relative effect varies across infection types. At the level of lungs, obesity reduced lung volumes, maximal oxygen consumption is preserved although functional status during exercise such as walking is reduced, in this way increased the work of breathing and increased the perception of dyspnea. It was suggest a potential role for leptin and adiponectin in inflammatory pulmonary conditions such as asthma, and also COPD, pneumonia or lung cancer. Moreover, extreme obesity is associated with increased risk of mortality from respiratory conditions. The difficulty in helping obese patients maintain a long-term weight loss has been challenged by recent studies showing that several individuals are able to maintain acceptable weight loss targets in the long term and by the promising results achieved by the new-generation lifestyle modification programs. These promising results should stimulate the adoption of multidisciplinary approaches based on lifestyle modification for the management of obesity.

CANAL 2 / *2nd CHANNEL*

REABILITAREA RESPIRATORIE - PUNCTELE FORTE ÎN MANAGEMENTUL BPOC /

RESPIRATORY REHABILITATION - STRENGTHS IN COPD MANAGEMENT

REABILITAREA PULMONARĂ ÎN PECTUS EXCAVATUM – PREZENTARE DE CAZ

Diana Bivol[1], Paraschiva Postolache[2,3]

[1]Institutul Regional de Oncologie, Iași, România
[2]Universitatea de Medicină şi Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași, România
[3]Secția Clinică de Recuperare Medicală Respiratorie, Spitalul Clinic de Recuperare,..., Iași, România

Pectus excavatum este o malformație congenitală a toracelui care are mai multe mecanisme etiopatogene. Această patologie beneficiază de reabilitarea respiratorie (RR), un proces complex, multidisciplinar, care se adresează tuturor pacienților cu boală pulmonară cronică.

Prezentăm cazul unui bărbat în vârstă de 43 de ani, nefumător, diagnosticat cu pectus excavatum la vârsta de 5 ani, când s-a efectuat sternochondroplastia, ulterior fiind diagnosticat cu chisturi pulmonare, pentru care s-a practicat lobectomie dreaptă inferioară.

RR la pacienții cu malformații congenitale implică educație medicală, schimbarea stilului de viață, antrenarea musculaturii respiratorii, beneficiile constând în: îmbunătățirea capacității de efort și a stării emoționale, reducerea dispneei, anxietății, depresiei, numărului și severității exacerbărilor și a spitalizărilor, creșterea calității vieții și îmbunătățirea reintegrării psiho-sociale.

Pacientul a fost supus programului de RR și a beneficiat de educație medicală, kinetoterapie respiratorie şi antrenament al musculaturii respiratorii, cu reducerea dispneei și a expectorației și creșterea capacității de efort.

Această malformație poate trece neobservată la naștere, dar se accentuează pe măsura înaintării în vârstă, determinând compresia organelor intratoracice. Deși pacientul a suferit o intervenție chirurgicală de corecție în copilărie, aceasta a recidivat accentuând deformarea sternului, ducând la un aspect inestetic și la modificarea funcției pulmonare.

PULMONARY REHABILITATION IN PECTUS EXCAVATUM – CASE REPORT

Diana Bivol[1], Paraschiva Postolache[2,3]

[1]Regional Institute of Oncology, Iasi, Romania
[2]„Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iasi, Romania
[3]Clinic of Pulmonary Rehabilitation, Clinical Rehabilitation Hospital, Iasi, Romania

Pectus excavatum is a congenital chest malformation that has several etiopathogenic mechanisms. This pathology is suitable for respiratory rehabilitation (RR), a complex, multidisciplinary process that addresses to all patients with chronic pulmonary disease.

We report the case of a 43-year-old male, nonsmoker, diagnosed with pectus excavatum by the age of 5. Sternochondroplasty was performed, but later surgical reoccurs when is diagnosed with pulmonary cysts (lower right lobectomy).

RR in patients with congenital malformations involves medical education, changing lifestyle, training the respiratory musculature and the benefits are: improving the capacity of effort and emotional state, reducing dyspnea, anxiety, depression, the number and severity of exacerbations and hospitalization, increasing the quality of life and improving psycho-social reintegration.

The patient underwent the RR program and benefited of respiratory kinetotherapy, respiratory muscular training with decreasing dyspnea and expectoration and increasing effort capacity.

This malformation can go unnoticed at birth, but it increases getting older, causing the compression of intrathoracic organs. Although the patient underwent correction surgery in childhood, it relapsed with reoccurrence of the excavation, leading to an inesthetic appearance and pulmonary function alteration.

IMPACTUL FACTORULUI SOCIO-ECONOMIC ÎN REABILITAREA PULMONARĂ A BOLNAVULUI RESPIRATOR

Floarea-Mimi Nițu[1]

[1]Universitatea de Medicină şi Farmacie, Craiova, România

Reabilitarea Medicală (în trecut numită Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie, respectiv Balneofizioterapie) este o specialitate medicală clinică independentă, responsabilă de prevenirea, diagnosticarea, tratarea și managementul reabilitării persoanelor cu afecțiuni dizabilitante și comorbidități la toate vârstele, în vederea promovării capacităților și performanțelor fizice și cognitive ale acestor persoane, precum și în vederea creșterii calității vieții acestora. Scopul său este de a îmbunătăți și de a restabili capacitatea funcțională și calitatea vieții pentru persoanele cu dizabilități fizice, afecțiuni dizabilitante și/sau handicap.

Reabilitarea pulmonară, component a programului complex de reabilitare medicală este definit de organismele internaționale ca o intervenție bazată pe dovezi, multidisciplinară și generală, pentru pacienții cu boli respiratorii cronice, care sunt simptomatici și care deseori şi-au scăzut activitățile zilnice.

Programele de reabilitare medicală promovează un stil de viață sănătos necesar stării de bine din punct de vedere fizic, mental şi social (OMS).

Un stil de viață sănătos presupune o hrană sănătoasă şi echilibrată, activitate fizică, bunăstare emoțională şi spirituală şi combaterea factorilor de risc care periclitează sănătatea.

Starea de sănătate a populației unei țări depinde mai puțin de distribuția serviciilor medicale şi mai mult de factorii non medicali (alimentația, locuința, calitatea mediului înconjurător, cultura, educația, condițiile sociale,economice şi politice.

THE IMPACT OF THE SOCIO-ECONOMIC FACTOR IN THE PULMONARY REHABILITATION OF THE RESPIRATORY PATIENT

Floarea-Mimi Nitu[1]

[1]University of Medicine and Pharmacy, Craiova, Romania

Medical Rehabilitation (formerly called Recovery, Physical Medicine and Balneology, respectively Balneophysiotherapy) is an independent clinical medical specialty, responsible for the prevention, diagnosis, treatment and management of rehabilitation of people with disabilities and comorbidities at all ages, to promote physical abilities and performance and cognitive impairment of these people, as well as to increase their quality of life. Its purpose is to improve and restore functional capacity and quality of life for people with physical disabilities or disabling conditions.

Pulmonary rehabilitation, a component of the complex medical rehabilitation program, is defined by international sources as a multidisciplinary and general evidence-based intervention for patients with chronic respiratory diseases who are symptomatic and who have often decreased their daily activities.

Medical rehabilitation programs promote a healthy lifestyle necessary for physical, mental and social well-being (WHO).

A healthy lifestyle involves a healthy and balanced diet, physical activity, emotional and spiritual well-being and combating risk factors that affect health.

The health status of a country's population depends less on the distribution of medical services and more on non-medical factors (food, housing, environmental quality, culture, education, social, economic and political conditions).

SELF MANAGEMENTUL BPOC ȘI REABILITAREA PULMONARĂ

Doina Todea[1]

[1] Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România

Exacerbările cronice ale bolii pulmonare obstructive (BPOC) sunt semnificative atât pentru pacienți, cât și pentru sistemul de sănătate. Acestea contribuie la o scădere mai rapidă a FEV1 și la agravarea calității vieții pentru pacienți. De asemenea, acestea reprezintă costuri semnificative pentru sistemul de sănătate. Managementul BPOC necesită o abordare multidisciplinară care implică diferite tipuri de tratament farmacologice si nonfarmacologice. În timp ce chestionarele, e-mailurile, educația sau păstrarea unui jurnal, s-au dovedit a fi comune studiile clinice, altele precum instrumente de rețea socială, educația personalizată, feedback-ul, e-coaching-ul și motivația psihologică pentru a îmbunătăți schimbările de comportament, s-au dovedit că lipsesc în numeroase studii și aplicații. Multe dintre acestea par să fi fost luate în considerare în literatura de specialitate, dar nu sunt implementate în aplicațiile de asistență actuale, care vizează pacienți cu BPOC cu comorbidități diferite. Pentru ca un program de self-management să fie de succes și inofensiv pentru pacienți, studiile subliniază necesitatea unei comunicări interactive, detaliate, ușor accesibile și frecvente, cu un manager de înaltă calificare și cu experiență. Cu toate acestea, acest lucru se poate întâmpla doar într-un sistem integrat de îngrijire bine adaptat și care să răspundă nevoilor pacientului. Pe parcursul unei perioade de monitorizare de un an, un program de management care a combinat educația de self-management cu supravegherea de către un medic, a redus utilizarea serviciilor de sănătate și potențialele costuri, în rândul pacienților anterior spitalizați cu BPOC moderat până la sever. Credem că acest lucru reflectă capacitatea unui astfel de program de a răspunde nevoilor pacienților cu o boală cronică majoră.

COPD SELF MANAGEMENT AND LUNG REHABILITATION

Doina Todea[1]

[1] „Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbations are significant for both patients and the health care system. They contribute to a faster decline in FEV1 and worsening of the quality of life for patients. They also represent significant costs to the health care system. The management of COPD requires a multidisciplinary approach involving many different types of treatment, pharmacoloogy and non pharmacoloogy. While many of the features identified such as questionnaires, emails, education, or diary tools were found to be common in clinical studies, others like social networking tools, personalized education, feedback, e-coaching, and psychological motivation to enhance behavioral change have been found to be missing in many studies and apps. Many features seem to have been considered in the literature but are not implemented in current support apps targeting patients with COPD with different comorbidities.In order for a self-management program to be successful and harmless to patients, the studies highlights the necessity for detailed, easily accessible, and frequent interactive communication with highly skilled and experienced casemanager. However, this can only happen in an integrate system of care well adapted and responsive to patient needs.During a 1-year follow-up period, a disease management program that combined self-management education with supervision by a case manager reduced health services use and potentially costs, among patients previously hospitalized with moderate- to-severe COPD. We believe this reflects the capacity of such a program to meet the changing needs of patients with a major chronic illness.

CANAL 2 / *2nd CHANNEL*

SIMPOZION COMUN: SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PNEUMOLOGIE - SOCIETATEA ROMÂNĂ DE MEDICINA FAMILIEI /

JOINT SYMPOSIUM: ROMANIAN SOCIETY OF PNEUMOLOGY - ROMANIAN SOCIETY OF FAMILY MEDICINE

SUNTEM PUTERNICI, MAI ALES ÎMPREUNĂ!

Cristina Isar[1], Adriana Antohe[1], Cătălina Panaitescu[1]

[1]Grup RespiRO, Societatea Națională de Medicina Familiei, București, România

Introducere: Din anul 2008 în România a început un parteneriat între Ministerul Sănătății şi Alianța Națională pentru Boli Rare din România care are ca scop elaborarea unui Plan Național de Boli Rare. O boală rară este boala care afectează 5 din 10.000 de persoane din Uniunea Europeană. În 1995 OMS a recenzat 5000 de boli rare iar astăzi se vorbește de peste 8000. Sunt numeroase şi complexe, greu de cunoscut de către medici, privesc toate specialitățile medicale necesitând întotdeauna abordări coordonate interdisciplinar şi au gravitate extrem de variabilă, în funcție de boală şi pacient.

80% dintre bolile rare sunt de cauză genetică, în general ereditare şi sunt transmise de la o generație la alta. Pot fi şi rezultatul unei mutații spontane, noi, fără ca în familie să fi existat un caz asemănător.

Obiective educaţionale: La sfârșitul prezentării participanții vor înțelege că pot contribui la schimbarea situației actuale privind bolile rare în România:

- Multe sunt nediagnosticate sau diagnosticate târziu, nici specialiştii, nici pacienții nu au informațiile necesare pentru a facilita diagnosticarea corectă.
- Nu există o rețea națională de centre medicale specializate pentru depistarea, diagnosticarea şi urmărirea pacienților cu boli rare.
- Testele de laborator genetic sunt efectuate frecvent în străinătate iar costurile sunt foarte mari.
- Mulți dintre pacienții identificați nu sunt bine monitorizați datorită lipsei protocoalelor şi a ghidurilor de bună practică.
- Serviciile preventive pentru depistarea şi consilierea genetică a pacienților şi rudelor acestora lipsesc iar serviciile sociale care pot îmbunătăți viața pacienților cu boli rare sunt puține.
- Nu există studii statistice privind frecvența acestor boli în România iar colaborarea cu rețeaua europeană de centre specializate în boli rare este sporadică şi nesistematizată.

Metode: Sesiune în plen interactivă ce îmbină scurte prezentări cu demonstrații video.

Concluzii: Identificarea pacientilor cu boli rare este o abilitate care se poate antrena şi reprezintă o nevoie personală şi socială.

Proiectul POCU „Personal specializat pentru un sistem de sănătate modern” derulat de DSP Teleorman în cadrul unui parteneriat cu Ministerul Sănătății oferă medicilor cadrul dobândirii abilităților necesare pentru recunoaşterea şi intervenția posibilă la cabinetul medicului de familie dar şi sprijinirea pacientilor în accesarea echipelor de specialitate de care este nevoie.

INFECȚIA CU SARS-COV-2 LA COPIL - PERSPECTIVA MEDICULUI DE FAMILIE

Mihaela Adela Iancu[1,2]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București, România
[2]Cabinet medical individual

Pentru prima dată boala determinată de virusul SARS-CoV-2 a fost identificată la oameni în provincia Wuhan, China, în decembrie anul trecut. Gradul mare de contagiozitate a determinat răspândirea rapidă în China, fiind declarată pandemie în martie 2020. Simptomatologia raportă la copii este asemănătoare cu cea prezentă la adult. Simptomele digestive sunt mai frecvent întâlnite la copii decât la adulți, în special la debutul bolii. Sunt afectați copiii de toate vârstele, de la nou-născut până la etapa de adolescent. Cele mai frecvente sunt formele asimptomatice sau ușoare. Infecția cu noul coronavirus pare să fie mai ușoară la copii decât la adulți, are severitate mai mică în majoritatea cazurilor. Cazurile severe sunt înregistrate la sugari și la copiii cu comorbidități. Sindromul inflamator multisistem la copii (MIS-C) este o afecțiune cu severitate crescută, asociată cu infecția SARS-CoV2. Un procent scăzut de copii cu boală COVID-19 necesită spitalizare și foarte puțini necesită îngrijiri în secțiile de terapie intensivă. Un aspect important îl reprezintă în practică medicului de familie este reprezentat de infecția postnatală precoce. Pentru reducerea cazurilor de infecție la copii se recomandă evitarea spațiilor aglomerate, aerisirea frecventă, precum și purtarea măștilor și spălarea frecventă a mâinilor.

SARS-COV-2 INFECTION IN CHILDREN - THE POINT OF VIEW OF THE GENERAL PRACTITIONER

Mihaela Adela Iancu[1,2]

[1] „Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania
[2]Individual medical office

The disease caused by the SARS-CoV2 was identified in humans in Wuhan Province, China, in December of last year. The high degree of contagion caused the rapid spread of the virus in China, after which it was declared a pandemic in March 2020. The symptoms for children are similar to those present in adults. Digestive symptoms are more common in children than in adults, especially at the onset of the disease. Children of all ages are affected, from the newborn to adolescence. The most common are asymptomatic or mild forms. The infection with the new coronavirus appears to be milder in children than in adults, having a lower severity in most cases. Severe cases are reported in infants and children with comorbidities. Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) is a condition with increases severity associated with SARS-CoV2 infection. A low percentage of children with the COVID-19 disease require hospitalization and very few require care in intensive care units. An important aspect of the family doctor's practice is considering early postnatal infection. To reduce cases of infection in children, it is recommended to avoid crowded spaces, to ventilate frequently, as well as to wear masks and frequent hand washing.

IMPACTUL PROMOVĂRII PRODUSELOR CU TUTUN ÎNCĂLZIT ASUPRA TINERILOR DIN ROMÂNIA

Sergiu Chirilă[1,2], Adriana Antohi[2,3], Cristina Isar[2,3], Cătălina Panaitescu[2,3], Alice Malpass[4], Adela Iancu[2,5]

[1]Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie „Ovidius", Constanța, România
[2]Grupul RespiRo, Societatea Națională de Medicina Familiei, București, România
[3]Cabinet Medical Individual
[4]Facultatea de Medicină, Universitatea din Bristol, Marea Britanie
[5]Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București, România

Studiul de față a avut ca obiectiv principal identificarea impactului pe care utilizarea diferitelor metode de marketing îl are asupra comportamentului de consum de tutun al tinerilor.

314 persoane cu vârste cuprinsă între 16 și 61 de ani au completat un chestionar online, în perioada 08 februarie 2020 – 28 februarie 2020.

În ierarhia consumului zilnic se înscriu consumul de țigarete (37,4%), de produse cu tutun încălzit (10,9%) și de țigări electronice (2,9%).

Printre cele mai frecvente metode de promovare a dispozitivelor cu tutun încălzit (PTI), au fost identificate promovarea prin intermediul rețelelor sociale, oferirea de mostre gratuite, cadouri gratuite sau reduceri la alte produse atunci când sunt cumpărate produse cu tutun încălzit și reduceri de preț.

Peste o treime dintre participanții la studiu au fost abordați, în ultimele 30 de zile de reprezentanți de marketing ai acestor produse, aproximativ 1 din 5 dintre aceștia testând produsele promovate.

Principala sursă de informare identificată, respectiv modul în care cele mai multe persoane au aflat despre produsele cu tutun încălzit, sunt contactul cu alte persoane (peste 68%), urmat de reclamele din magazine (29,2%) și de promovarea pe rețelele de socializare (28,9%).

Promovarea produselor cu tutun încălzit este prezentă în viața cotidiană, companiile utilizând o gamă variată de metode în vederea creșterii veniturilor. În vederea continuării cercetărilor în această direcție, grupul RespiRo derulează un studiu calitativ, ce are ca obiectiv principal explorarea opiniilor, experiențelor și comportamentului tinerilor, legate de utilizarea produselor pentru încălzit tutunul, ca urmare a expunerii la metodele de marketing directe.

THE IMPACT OF PROMOTING HEATED TOBACCO PRODUCTS ON YOUNG PEOPLE IN ROMANIA

Sergiu Chirila[1,2], Adriana Antohi[2,3], Cristina Isar[2,3], Catalina Panaitescu[2,3], Alice Malpass[4], Adela Iancu[2,5]

[1]Faculty of Medicine, „Ovidius" University of Medicine and Pharmacy, Constanta, Romania
[2]RespiRo Group, National Society of Family Medicine, Bucharest, Romania
[3]Private Practice
[4]Bristol Medical School, University of Bristol, United Kingdom
[5] „Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

The main objective of this study was to identify the impact that the use of different marketing methods has on the tobacco consumption behavior of young people.

314 people aged between 16 and 61 completed an online questionnaire between 08 February 2020 and 28 February 2020.

The daily consumption hierarchy includes the consumption of cigarettes (37.4%), heated tobacco products (10.9%) and electronic cigarettes (2.9%).

Among the most common methods of promoting heated tobacco devices (HTPs), we identified the fact that is conducted through social media promotion, offering free samples, free gifts, or discounts on other products when buying heated tobacco products and price reductions.

Marketing representatives of these products approached over a third of the participants in the study, in the last 30 days, and about 1 in 5 of the young participants in the study tested the promoted products.

The main source of information, namely the way in which most people found out about heated tobacco products, is contact with other people (over 68%), followed by advertisements in stores (29.2%) and promotion on social networks (28.9%).

The promotion of heated tobacco products is present in everyday life, with companies using a wide range of methods to increase revenue. In order to continue research in this direction, the RespiRo group conducts a qualitative study, whose main objective is to explore the opinions, experiences and behavior of young people related to the use of tobacco heating products, as a result of exposure to direct marketing methods.

ANOSMIA ÎN INFECȚIILE ACUTE ALE CĂILOR RESPIRATORII SUPERIOARE

Cătălina Panaitescu[1], Mihaela Daniela Baltă[2], Dan Seni Baltă[3]

[1]Grup RespiRO, Societatea Naţională de Medicina Familiei, Bucureşti, România
[2]Universitatea de Medicină şi Farmacie„Carol Davila", București, România
[3]Medic primar oftalmolog, Cabinet Medical Individual, Bucureşti, România

Introducere: Afectarea simțului olfactiv este una din consecințele frecvente ale infecțiilor respiratorii superioare virale, reprezentând între 11% și 40% din totalul cauzelor de anosmie sau hiposmie. Cauza nu este pe deplin cunoscută, bănuindu-se tulburări neurosenzitive și/sau centrale. Revenirea la normal se poate produce spontan într-un interval variabil, uneori îndelungat, timp în care calitatea și chiar siguranța vieții pacienților pot fi afectate. În acest context, screening-ul pentru identificarea disfuncțiilor olfactive, evaluarea riscurilor asociate și posibilitățile de recuperare sunt de interes pentru această categorie de bolnavi.

Obiective educaţionale: la sfârșitul sesiunii participanții vor ști să recunoască importanța anosmiei ca posibilă consecință a infecțiilor virale de tract respirator superior, să identifice grupele de pacienți cu vulnerabilitate mare și să aplice întrebările necesare pentru screening și evaluare.

Metodă: sesiune în plen interactivă.

Concluzii: Calitatea și siguranța vieții pacienților cu anosmie postvirală pot fi ameliorate prin intervenții structurate la nivelul cabinetului de medicină de familie, constând în screening, evaluare și selectarea acelor cazuri care pot beneficia de recuperare olfactivă.

ANOSMIA FOLLOWING ACUTE UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTIONS

Cătălina Panaitescu[1], Mihaela Daniela Baltă[2], Dan Seni Baltă[3]

[1]RespiRO Group, National Society of Family Medicine, Bucharest, Romania
[2]„Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania
[3]Primary ENT doctor, Private practice, Bucharest, Romania

Introduction: Olfactory disfunctions are common consequences of viral upper respiratory infections, accounting for 11% - 40% of all causes of anosmia or hyposmia. The cause is not fully known, both neurosensitive and / or central disorders could be involved. Recovery can occur spontaneously over a variable, sometimes long time, during which the quality and even safety of patients' lives can be affected. In this context, screening for the identification of olfactory dysfunctions, the assessment of associated risks and the reabilitation options are important for this category of patients.

Educational objectives: at the end of the session participants will know how to recognize the importance of anosmia as a possible consequence of upper respiratory tract viral infections, how to identify those patients with high vulnerability and apply the optimal questions for screening and evaluation.

Method: interactive plenary session.

Conclusions: The quality and safety of life of patients with postviral anosmia can be improved through structured interventions in primary care, consisting in screening, evaluation and selection of those cases that can benefit from olfactory reabilitation.

CANAL 3 / *3RD CHANNEL*

COVID-19 MAI MULT DECÂT AFECTAREA PULMONARĂ /

COVID-19 MORE THAN LUNG DAMAGE

COVID-19. AFECTAREA PULMONARĂ

Voicu Tudorache[1]

[1]Clinica de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Sunt prezentate ultimile date referitoare la tentativele de conturare a unor predictori evolutivi ai infecției cu SARS-COV-2. În acest sens se descrie împărțirea pe clustere de gravitate clinică combinate cu cele biologice. De asemenea, se oferă un model de monitorizare post externare. Se fac considerații asupra introducerii medicației antivirale in alte boli fibrogene pulmonare diferite de fibroza pulmonară idiopatică. Sunt precizate liniile principale de tratament in alte comorbidități pulmonare.

COVID-19. LUNG DAMAGE

Voicu Tudorache[1]

[1]Clinic of Pneumology, „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

The latest data on attempts to outline evolutionary predictors of SARS-VOC-2 infection are presented. In this sense, the division into clinical severity clusters combined with biological ones is described. A post-discharge monitoring model is also provided. Considerations are made on the introduction of antiviral medication in other pulmonary fibrogenic diseases other than idiopathic pulmonary fibrosis. The main lines of treatment in other pulmonary comorbidities are specified.

AFECTAREA CARDIOVASCULARĂ

Daniel Lighezan[1], Roxana Buzas[1]

[1]Universitatea de Medicină şi Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Chiar de la inceputul pandemiei COVID-19, datele clinice au evidențiat atât o susceptibilitate crescută la infecție a pacienților cu boală cardiovasculară preexistentă cât şi un prognostic nefavorabil. În plus, COVID-19 determină prin însăşi infecția virală apariția anumitor boli cardiovasculare cum ar fi leziunea miocardică, sindroamele coronariene acute sau tromboembolismul venos.

Studiile au raportat o incidență a leziunii miocardice, documentată prin modificări electrocardiografice şi creşterea markerilor de injurie miocardică, la 7-20% dintre pacienții cu COVID-19. Afectare miocardică a fost asociată unui prognostic. Substratul afectării miocardice este considerat a fi reprezentat de inflamația sistemică severă şi într-o proporție mai mica de efectul direct al virusului la acest nivel ce determină apariția miocarditei virale.

Sindroamele coronariene acute au fost deasemenea asociate infecției cu SARS-CoV-2. Mecanismul determinant poate fi ruptura plăcii de aterom, spasmul coronarian sau microtrombii cauzați de inflamația sistemică sau furtuna citokinică cât şi de injuria endotelială directă. Aproximativ 25% dintre pacienți dezvoltă insuficiență cardiacă secundar cardiomiopatiei induse de stress sau disfuncției miocardice determinate de cytokine.

Observațiile clinice au evidențiat un status hipercoagulant la pacienții COVID-19 crescând rata evenimentelor tromboembolice. Au fost observate valori crescute ale D-Dimerilor, trombocitopenie moderată şi prelungirea timpului de protrombină. Răspunsul inflamator sever şi afectarea endotelială pot predispune la hipercoagulabilitate.

Aritmiile şi moartea subită cardiacă sunt de asemenea manifestări comune ale bolii. Cu toate acestea contribuția proaritmogenă a virusului rămâne neclară ştiind că hipoxia, sepsa, tulburările electrolitice cât şi leziunea miocardică pot reprezenta triggeri pentru aritmii. Medicația antivirală cât şi anumite tratamente antibiotice pot induce aritmii la anumiți pacienți.

CARDIOVASCULAR DAMAGE

Daniel Lighezan[1], Roxana Buzas[1]

[1]„Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Even from the start of COVID-19 pandemic, early clinical data suggested that both the susceptibility to infection and also the outcomes are strongly associated with cardiovascular disease. Furthermore, COVID-19 seems to cause itself a development of cardiovascular disorders, such as myocardial injury, acute coronary syndromes and venous thromboembolism.

Studies reported the presence of acute myocardial injury, documented by the electrocardiogram abnormalities and the myocardial lesion markers, in 7-20% of patients and it was associated with a significantly worse prognosis. The underlying cause is considered to be the advanced systemic inflammation and in a smaller proportion the direct effect of the virus on the myocardium causing viral myocarditis.

Acute coronary syndrome has also been associated with COVID-19 infection. The underlying mechanisms include plaque rupture, coronary spasm or microthrombi owing to systemic inflammation or cytokine storm and also direct endothelial or vascular injury. Approximately 25% of patients develop heart failure caused by the stress-induced cardiomyopathy or cytokine-related myocardial dysfunction.

Clinical observations suggest that COVID-19 patient have a hypercoagulable state causing an increase rate of thromboembolic events. Elevated levels of d-dimer, a moderately reduced platelet counts and slightly prolonged prothrombin time was observed. Severe inflammatory response and endothelial damage might predispose to a hypercoagulable state.

Arrhythmias and sudden cardiac arrest are common manifestations of COVID-19. However, the contribution of COVID-19 to cardiac arrhythmias remains uncertain given that arrhythmias can be triggered by hypoxia, sepsis, electrolyte unbalance and myocardial injury. Antiviral medications and some antibiotics are also known to induce arrhythmias in some patients.

AFECTAREA NEUROLOGICĂ LA PACIENȚII CU COVID-19

Mihaela Simu[1,2]

[1]Universitatea de Medicină şi Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România
[2]Spital Clinic Județean de Urgență „Pius Brînzeu”, Timișoara, România

Pe măsură ce apar noi date cu privire la sindromul respirator acut sever datorat coronavirusului 2 (SARS-CoV-2), este din ce în ce mai evident faptul că COVID-19 nu este prezent doar la nivelul sistemului respirator, ci poate afecta şi alte organe, inclusiv rinichi, ficat, inimă, tegument şi sistem nervos. În literature, manifestările neurologice sunt raportate din ce în ce mai frecvent la pacienții cu COVID-19. Cu toate acestea, datele referitoare la aspectele neurologice ale infecției COVID-19 cuprind în mare parte studii de caz, şi doar câteva loturi de pacienți. Ele constau în date retrospective, investigații ale lichidului cefalorahiodian (LCR) şi ale mostrelor de țesut cerebral prelevate de la pacienți cu simptome neurologice şi investigații neuroimagistice.

Se presupune că la baza afectării neurologice la pacienții cu SARS-CoV-2, stau trei mecanisme. Primul, are ca substrat afectarea pulmonară şi sistemică, şi cuprinde hiperinflamația, insuficiența multiplă de organ şi statusul hipercoagulant, care cauzează encefalită, encefalopatie şi accidente vasculare cerebrale. Al doilea mecanism are la bază invazia directă a sistemului nervos, cu vasculită, care determină accidente vasculare cerebrale, encefalită, afectare musculară, anosmie şi disguezie. Al treilea mecanism include complicațiile postinfecțioase, mediate imun, raportate la pacienții care au prezentat encefalomielită acută diseminată (ADEM), encefalopatie necrozantă acută (ANE) şi sindromul Guillain–Barré.

În concluzie, datele biologice şi clinice indică faptul că SARS- CoV-2 ar putea sta la baza multor manifestări neurologice. Deşi datele referitoare la manifestările neurologice prezente la pacienții cu COVID-19 sunt din ce în ce mai numeroase, sunt necesare informații mai precise. De aceea, sunt necesare studii suplimentare, cu un design atent elaborate, care să ia in calcul multe aspecte metodologice.

NEUROLOGICAL DAMAGE IN COVID-19 DISEASE

Mihaela Simu[1,2]

[1] „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania
[2] „Pius Brinzeu" Emergency Clinic Hospital, Timisoara, Romania

As the research data regarding the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) grows, it is becoming increasingly evident that coronavirus disease 2019 (COVID-19) is not limited to the respiratory system, and that other organs can be affected, including kidneys, liver, heart, skin and brain. The neurological manifestations in patients with COVID-19 are reported more and more frequently in the scientific literature. However, the data regarding neurological features of COVID-19 comprises a large number of case reports and only a few case series. The evidence consists of retrospective data, investigation of cerebrospinal fluid (CSF) and CNS tissue samples of patients with neurological symptoms, and neuroimaging.

Based on the presumed underlying mechanism, the neurological diseases that have been reported in individuals with SARS- CoV-2 infection can be categorized into three types. The first category includes the pulmonary and systemic disease mechanisms, comprising hyperinflammation, multi-organ failure and hypercoagulative state that cause encephalitis, encephalopathy and stroke. The second category includes the direct invasion of the nervous system, with vasculitis, causing stroke, encephalitis, muscular damage, anosmia and dysgeusia. The last category includes post-infectious immune-mediated complications, reported in patients with acute disseminated encephalomyelitis (ADEM), acute necrotizing encephalopathy (ANE), and Guillain–Barré syndrome (GBS).

In conclusion, the biological and clinical data indicate that SARS-CoV-2 could be responsible for many neurological manifestations. Although our understanding of the neurological manifestations in patients with COVID-19 is evolving, more accurate information is needed. Therefore, further studies, carefully designed, taking into account several methodological issues are required.

CANAL 3 / *3rd CHANNEL*

ECHOGRAFIA TORACICĂ – O INVESTIGAȚIE „DE VÂRF“ PENTRU DIAGNOSTICUL AFECȚIUNILOR RESPIRATORII /

CHEST ULTRASOUND - A „TOP” INVESTIGATION FOR DIAGNOSIS OF RESPIRATORY DISEASES

ECOGRAFIA TORACICĂ – AVANTAJE, INDICAȚII, TEHNICĂ

Edith Simona Ianoşi[1], Gabriela Jimborean[1]

[1]Universitatea de Medicină, Farmacie, Ştiințe și Tehnologie „George Emil Palade”, Târgu Mureș, România

Ecografia toracică (ET) ocupă un loc central în rândul investigațiilor imagistice alături de radiografie, tomografia computerizată sau rezonanța magnetică. Avantajele ET sunt multiple: confortabilă, noninvazivă, de scurtă durată, nu necesită pregătirea prealabilă a pacientului ; efectuează analiza imaginii și dinamicii în timp real; se efectuează la patul bolnavului cu ajutorul aparatelor portabile; este repetabilă, ieftină. Indicațiile sunt diagnostice și terapeutice. ET este indispensabilă în diagnosticul urgențelor toraco-pulmonare (traumatisme, pleurezie, pneumotorace, embolia pulmonară), diagnosticul pleureziilor mici/închistate, diferențierea între pahipleurite și mezoteliom, diagnosticul unor consolidări subpleurale (tumori, infarcte, pneumonii), patologia diafragmului, a peretelui toracic, patologia subdiafragmatică sau cervicală de graniță. ET asigură ghidarea în timp real în condiții de siguranță a toracocentezei și biopsiei percutanate (pleurale/pulmonare), inserția cateterelor pentru aspirația continuă în pleureziile maligne, ghidarea talcajului pleural și inserția unor catetere centrale. În prezent există o gamă largă de aparate: fixe, mobile, superportabile (de dimensiunea unui telefon). Cele mai utilizate transductoare sunt: curvilinear de 3-5MHz (pentru adâncime) și cel liniar de înaltă frecvență pentru structuri superficiale (5-10MHz). Tehnica Doppler poate fi încorporată pentru caracterizarea vascularizației. ET utilizează modul B („Brightness”, bidimensional, „scara gri”) ce oferă caracterizare morfologică de mare rezoluție și modul M („movement”) oferă date privind mișcarea structurilor. Există și tehnici cu contrast vascular ce au menirea de a diferenția structurile în funcție de vascularizația lor (tumori – contrast tardiv, pneumonia – atelectazia contrast rapid, pleurezia și pneumotoracele nu oferă contrast). Ecograful poate fi încorporat într-un bronhoscop („EBUS endobronchial ultrasound” permițând ghidarea punctiilor biopsii/aspirative pulmonare/ganglionare la distanță transtraheo-bronșice.

CHEST ULTRASOUND - ADVANTAGES, INDICATIONS, TECHNIQUE

Edith Simona Ianoşi[1], Gabriela Jimborean[1]

[1] „George Emil Palade" University of Medicine, Pharmacy, Science and Technology, Targu Mures, Romania

Chest ultrasound (ET) occupies a central place among imaging investigations along with chest-X-ray, computed tomography or magnetic resonance. The advantages of ET are multiple: comfortable, non-invasive; short duration; doesn't require prior patient preparation; performs real-time image and dynamics analysis; it is performed on the patient's bed/medical spaces with the help of portable devices; it is repeatable and cheap. The indications are diagnostic and therapeutic. ET is indispensable in the diagnosis of thoracic emergencies (trauma, pleurisy, pneumothorax, pulmonary embolism), diagnosis of small/trapped pleurisy, differentiation between pachipleuritis and mesothelioma, diagnosis of subpleural consolidations (tumors, infarcts, pneumonia), diaphragmatic pathology, subdiaphragmatic or cervical border pathology. ET ensures safe real-time guidance of thoracentesis and percutaneous biopsy (pleural/pulmonary), insertion of catheters for continuous aspiration in malignant pleurisy, guidance of pleural talcage and insertion of central catheters. There is currently a wide range of devices: fixed, mobile, superportable (the size of a phone). The most used transducers are: curvilinear 3-5MHz (for depth) and linear high-frequency for surface structures (5-10MHz). Doppler technique can be incorporated to characterize vascularization. ET uses mode B („Brightness", two-dimensional, „gray scale") which provides high-resolution morphological characterization and mode M („movement") provides data on the movement of structures. There are also techniques with vascular contrast that are meant to differentiate the structures according to their vascularization (tumors-late contrast, pneumonia-rapid contrast atelectasis, pleurisy and pneumothorax do not provide contrast). The ultrasound can be incorporated into a bronchoscope („EBUS endobronchial ultrasound" allowing the guidance of distant trans-traheo-bronchial biopsy/ aspiration/lymph node punctures).

CANAL 3 / *3rd CHANNEL*

SITUAȚII CRITICE ÎN PATOLOGIA TORACO-PULMONARĂ/

CRITICAL SITUATIONS IN THORACO-LUNG PATHOLOGY

EXPERIENȚA CENTRULUI UNIVERSITAR IAȘI ÎN BRONHOSCOPIA DE URGENȚĂ: ÎNTRE TRADIȚIE ȘI AVANS TEHNOLOGIC

Antigona Trofor[1], Andrei Cernomaz[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași, România

Bronhoscopia reprezintă un punct central al pneumologiei cu implicații atât diagnostice cât și terapeutice; dezvoltările tehnice au transformat-o într-un un element interdisciplinar de interes în principal pentru terapia intensivă și medicina de urgență dar și pentru ORL, oncologie sau chirurgie. Având în vedere tendințele actuale (creșterea speranței de viață, incidența neoplaziilor, creșterea numărului și complexității intervențiilor medicale disponibile) este de așteptat ca bronhoscopia să joace un rol din ce în ce mai important.

Prezentarea propune trecerea în revistă a principalelor situații clinice de urgență în care abordul bronhoscopic este relevant în paradigma clasică: asigurarea căii aeriene, managementul hemoptiziei masive, extracția corpilor străini. Sunt prezentate aparte situații complexe în care bronhoscopia este esențială în managementul bolnavului critic.

Aspectele menționate sunt discutate teoretic cu trecerea în revistă a posibilităților, limitelor, echipamentelor necesare și ilustrate cu exemple din practica proprie.

THE EXPERIENCE OF IASI UNIVERSITY CENTER IN EMERGENCY BRONCHOSCOPY: BETWEEN TRADITION AND TECHNOLOGICAL ADVANCE

Antigona Trofor[1], Andrei Cernomaz[1]

[1]„Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iasi, Romania

Bronchoscopy represents a focal point of pneumology playing both diagnostic and therapeutic roles; recent technical developments have promoted bronchoscopy as a point of interest for intensive and emergency care fields and for ENT, oncology or surgery specialists. Considering the increase in lifetime expectancy, neoplasia incidence, the ever-growing number and complexity of available medical interventions we might expect bronchoscopy to further expand its current role.

The presentation reviews main clinical emergency scenarios where bronchoscopy approaches are relevant within the classic paradigm: airway maintenance, hemoptysis management, foreign body removal. There are also presented complex clinical scenarios illustrating the role of bronchoscopy in managing critical patients.

Afore mentioned topics are thoroughly discussed focusing on indications, limits, necessary equipment and are punctuated by real life examples.

CIRCUMSTANȚE DE INIȚIERE A VENTILAȚIEI NON-INVAZIVE

Daniela Boișteanu[1], Alexandra-Simona Zamfir[1]

[1] Spitalul Clinic de Pneumoftziologie, Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa", Iași, România

Ventilația non-invazivă (VNI) reprezintă un mijloc terapeutic care asigură suportul ventilator fără ajutorul unei căi artificiale invazive, folosit în gestionarea multiplelor patologii cu implicații la nivelul aparatului respirator (boli pulmonare, neuromusculare, afectarea controlului respirației, deformări ale scheletului toracic etc). În ultimele decade, VNI a dobândit un rol terapeutic important, datorită avantajelor utilizării acesteia în cazurile unde este posibilă, prin evitarea complicațiilor aferente intubației traheale, îmbunătățirea confortului pacientului și reducerea timpului de spitalizare, a morbidității și a mortalității. Prin efectuarea sa și în afara secțiilor de terapie intensivă de către un personal medical experimentat, cu ajutorul unor echipamente corespunzătoare de ventilație, VNI este utilizată în principal în gestionarea și tratamentul insuficiențelor respiratorii acute și cronice. Amintim în acest context de importanța folosirii dispozitivelor BPAP (Bi level Positive Air Pressure) cu AVAPS (Average Volume Assured by Pressure Support), care realizează creșterea ventilației alveolare. Având contraindicații certe (stop cardiac, instabilitate hemodinamică, afectare neurologică, traumatisme cranio-faciale, arsuri, secreții excesive etc), VNI poate fi efectuată doar în cazul pacienților cooperanți, conștienți, cu reflexe de tuse păstrate, stabili hemodinamic (pH>7.1 și PaCO2<92%). Efectele sale asupra stării de sănătate a pacienților pot fi observate chiar în primele două ore de la inițierea VNI, prin îmbunătățirea valorilor gazelor sangvine, a frecvenței cardiace și respiratorii. În prezent, prin indicațiile și avantajele sale care primează, VNI rămâne un instrument esențial în managementul și tratamentul afecțiunilor respiratorii acute și cronice.

APPLICATION OF NONINVASIVE VENTILATION

Daniela Boișteanu[1], Alexandra-Simona Zamfir[1]

[1]Clinical Hospital of Pneumophtisiology, Faculty of Medicine, „Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iasi, Romania

Non-invasive ventilation (NIV) reffers to a therapeutic method that assures the administration of ventilatory support without using an invasive artificial airway, applied in the treatment of multiple pathologies that involve the respiratory system (pulmonary, neuromuscular diseases, thoracic deformities). In the last decades, NIV gained an important therapeutical role due to its advantages, by avoiding the complications of the tracheal intubation, improving the patients' confort, reducing the hospitalisations length, the morbidity and mortality. Being a procedure that can be performed even outside of the intensive care unit by an experienced medical staff with the adequate ventilation equipment, NIV is used in general in the acute and chronic respiratory failure. In this context it is extremely relevant the importance of BPAP (Bi level Positive Air Pressure) with AVAPS (Average Volume Assured by Pressure Support) machines, that increase the alveolar ventilation. Having certain clear contraindications (heart failure, hemodynamic instability, neurological disorders, craniofacial trauma, burns, excessive secretions etc), NIV can be applied only to the conscious, compliant, hemodynamical stable (pH>7.1 and PaCO2<92%) patients, who still maintain the cough reflex. NIV positive effects can be analysed even in the first two hours from initiation by observing the improvement of the values of the blood gases, cardiac and respiratory frequences. Nowadays, due to its advantages and indications, NIV remains an important tehnique in the follow-up and management of the acute and chronic respiratory pathologies.

FIBROZA CHISTICĂ ŞI NECESITATEA TRANSPLANTULUI PULMONAR

Cristian Cojocaru[1], Adina Magdalena Turcanu[1]

[1] Disciplina de Pneumologie, Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină şi Farmacie „Grigore T. Popa”, Iaşi, România

Fibroza chistică este o patologie complexă al cărei management reprezintă o provocare și implică colaborări medicale interdisciplinare. Datorită progreselor terapeutice speranța de viață a crescut semnificativ însă, transplantul pulmonar rămâne soluția finală. Pacientul adult necesită abordări particulare, adaptate la evoluția bolii.

Transplantul pulmonar permite supraviețuirea pacientului dincolo de stadiul paliativ. Deși această opțiune trebuie avută în vedere încă din stadii precoce, stabilirea momentului intervenției chirurgicale presupune evaluări extensive clinice și paraclinice care includ teste genetice, de compatibilitate, morfometrice atât în ceea ce privește donatorul cât și primitorul. În cursul evoluției insuficienței respiratorii în etapa premergătoare transplantului, pacientul este monitorizat şi evaluat periodic, este inclus pe listele de așteptare pentru transplant și primește sprijin psihologic.

Scopul intervenției chirurgicale de transplant este îmbunătățirea calității vieții și prelungirea supraviețuirii. Administrarea medicației pentru prevenirea rejetului și urmărirea evoluției implică includerea în programe post-transplant. În prezent, în țările dezvoltate economic, această metodă terapeutică este fecvent utilizată, cu rezultate favorabile pe termen lung.

CYSTIC FIBROSIS AND NEEDING FOR LUNG TRANSPLANTATION

Cristian Cojocaru[1], Adina Magdalena Turcanu[1]

[1] Pneumology Discipline, Facultaty of Medicine, „Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy Iasi, Romania

Cystic fibrosis is a complex pathology whose management is a challenge and involves interdisciplinary medical collaborations. Due to therapeutic advances, life expectancy has increased significantly, but lung transplantation remains the final solution. The adult patient requires particular approaches, adapted to the evolution of the disease.

Lung transplantation allows the patient to survive beyond the palliative stage. Although this option should be considered from an early stage, establishing the timing of surgery involves extensive clinical and laboratory evaluations that include genetic, compatibility and morphometric tests for both donor and recipient. During the evolution of respiratory failure in the pre-transplant stage, the patient is monitored and evaluated periodically, is included on waiting lists for transplantation and receives psychological support.

The purpose of transplant surgery is to improve the quality of life and prolong survival. The administration of medication to prevent rejection and the follow of evolution, involves inclusion in post-transplant programs. Currently, in economically developed countries, this therapeutic method is increasingly used, with favourable long-term results.

CANAL 3 / *3rd CHANNEL*

INTERDISCPLINARITATE ÎN PNEUMOLOGIE /

INTERDISCPLINARITY IN PNEUMOLOGY

MANIFESTĂRILE PULMONARE ÎN BOLILE INFLAMATORII CRONICE

Eugen Dumitru[1], Cristina Tocia[1], Andrei Dumitru[1]

[1]Facultatea de Medicină, Universitatea „Ovidius”, Constanța, România

Bolile inflamatorii intestinale (BII) - incluzând aici cele două entități majore, colita ulcerativă și boala Crohn - sunt inflamații cronice ale tractului gastro-intestinal. Manifestările extraintestinale ale BII sunt frecvente și pot afecta până la jumătate din numărul pacienților. Printre acestea, cele care implică aparatul respirator sunt relativ rare și adesea omise la diagnostic. Originea embrionară comună a intestinului și a plămânilor, autoimunitatea, fumatul și translocația bacteriană din colon, toate pot fi implicate în patogeneza acestor manifestări la pacienții cu BII. Cel mai adesea manifestările respiratorii sunt descoperite întâmplător, sub forma unor anomalii la examenul radiologic toracic sau la testele funcționale respiratorii. Cu toate acestea, există o gamă largă de astfel de manifestări, de la afecțiuni ale căilor respiratorii la afectarea parenchimatoasă pulmonară, tromboembolismul pulmonar, afectarea pleurală, fistule entero-pulmonare, anomalii ale testelor funcționale pulmonare și reacțiile adverse bronho-pulmonare la medicamente. Spectrul manifestărilor clinice respiratorii este variat și, în mare parte, neclar iar manifestările pot conduce la confuzia cu alte boli. Deși rare, specialiștii care se ocupă de BII trebuie să fie conștienți de aceste afecțiuni, care uneori pun viața în pericol. Cunoașterea acestor manifestări împreună cu datele paraclinice specifice și un nivel ridicat de suspiciune clinică sunt esențiale pentru stabilirea diagnosticului și a tratamentului corect. Tratamentul tulburărilor respiratorii legate de BII depinde de afectarea specifică existentă, dar la majoritatea pacienților este nevoie de corticosteroizii în tratamentul inițial. Corticosteroizii, atât sistemici, cât și aerosolizați, reprezintă abordarea terapeutică principală, în timp ce antibioticele trebuie administrate în cazul proceselor infecțioase și supurative ale căror sechele necesită uneori intervenție chirurgicală.

PULMONARY MANIFESTATIONS OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Eugen Dumitru[1], Cristina Tocia[1], Andrei Dumitru[1]

[1]Faculty of Medicine, „Ovidius" University, Constanta, Romania

Abstract: Inflammatory bowel disease (IBD) - including the two major entities, ulcerative colitis and Crohn›s disease - are chronic inflammations of the gastrointestinal tract. Extraintestinal manifestations of IBD are common and can affect up to half of the number of patients. Among them, those involving the respiratory system are relatively rare and often omitted from diagnosis. The common embryonic origin of the intestine and lungs, autoimmunity, smoking and bacterial translocation in the colon, can all be involved in the pathogenesis of these manifestations in patients with IBD. Most often the respiratory manifestations are discovered by chance, in the form of abnormalities at the chest radiological examination or at the respiratory functional tests. However, there is a wide range of such manifestations, from respiratory diseases to pulmonary parenchymal impairment, pulmonary thromboembolism, pleural impairment, entero-pulmonary fistulas, abnormalities of lung function tests and broncho-pulmonary adverse drug reactions. The spectrum of respiratory clinical manifestations is varied and largely unclear and the manifestations can lead to confusion with other diseases. Although rare, IBD specialists need to be aware of these conditions, which are sometimes life-threatening. Knowledge of these manifestations together with specific paraclinical data and a high level of clinical suspicion are essential for establishing the correct diagnosis and treatment. The treatment of IBD-related respiratory disorders depends on the specific condition that exists, but most patients need corticosteroids in the initial treatment. Corticosteroids, both systemic and aerosolized, are the main therapeutic approach, while antibiotics should be administered in the case of infectious and suppurative processes whose sequelae sometimes require surgery.

DIABETUL ZAHARAT ȘI BOLILE PULMONARE

Doina Ecaterina Tofolean[1], Ariadna Petronela Fildan[1], Ionela Pohrib[1]

[1]Facultatea de Medicină, Universitatea „Ovidius”, Constanța, Român

Conform ultimelor date ale Federației Internaționale de Diabet, 1 din 11 adulți (din 438 mil. oameni), cu vârsta cuprinsă între 20-79 ani, suferă de diabet zaharat (DZ) la nivel mondial, iar peste 1,1 mil. copii (sub 20 ani) sunt diagnosticați cu DZ tip 1. DZ aduce o povară imensă la nivel economic global, 50% din costurile directe se alocă complicațiilor produse.

Multiple studii au demonstrat că DZ determină afectarea funcției si arhitecturii pulmonare. Mecanismul patologic nu a fost foarte bine definit, se pare că hiperglicemia are efecte directe – glicozilarea țesutului conjunctiv, scăderea reculului elastic pulmonar, inflamația, scăderea forței musculare. Pacienții cu DZ sunt au o predispoziție către infecții. Astfel, DZ grăbește progresia și agravarea BPOC-ului, iar BPOC-ul reprezintă un factor de risc important pentru dezvoltarea și apariția DZ tip II. În cazul sindroamelor interstițiale pulmonare, pe locul 3 în frecvența comorbidităților se află DZ. Microangiopatia diabetică este una din complicații, cu efecte negative asupra membranei alveolo-capilară.

Relația dintre astmul bronșic și DZ este interconectată de un al-3lea element - obezitatea – ce se asociază cu dezvoltarea rezistenței la insulină. Unele studii au legat rezistența la insulină de afectare funcției respiratorii.

Hipoxemia, hipercapnia intermitentă, stresul oxidativ, inflamația și fragmentarea somnului definesc Sindromul de apnee în somn obstructiv (SASO), o altă patologie pulmonară ce se asociază cu marile comorbidități ale secolului – sindromul metabolic, bolile cardiovasculare, hipertensiunea arterială, depresia și cu DZ. Studiile experimentale efectuate pe indivizi sănătoși care au fost expuși la perioade de somn fragmentat, insuficient și hipoxemie intermitentă, au prezentat tulburări în metabolismul glucozei.

Sindromul metabolic reprezintă o constelație de factori de risc (consumul crescut de grăsimi, alcool, tutun,sedentarismul) la indivizii predispuși la boli cardiovasculare și DZ tip II. Ameliorarea sindromului metabolic și a elementelor ce îl definesc a scăzut riscul de DZ, independent de stilul de viață. Nivelul scăzut al HDL-colesterol și nivelul crescut al trigliceridelor, corespund cu rezistența la insulină.

Atât DZ, cât și anumite patologii pulmonare au la baza procese inflamatorii, ce întrețin și produc cercul vicios.

DIABETES AND LUNG DISEASE

Doina Ecaterina Tofolean[1], Ariadna Petronela Fildan[1], Ionela Pohrib[1]

[1]Faculty of Medicine, „Ovidius" University, Constanta, Romania

According to the latest data from the International Diabetes Federation, 1 in 11 adults (out of 438 million people), aged 20-79, suffer from diabetes (DM) worldwide, and over 1.1 million children (under 20 years) are diagnosed with type 1 diabetes. diabetes brings a huge burden to the global economic level, 50% of direct costs are allocated to complications. Multiple studies have shown that diabetes affects the function and architecture of the lung. The pathological mechanism was not very well defined, it seems that hyperglycemia has direct effects - glycosylation of connective tissue, decreased elastic pulmonary recoil, inflammation, decreased muscle strength. Patients with diabetes are prone to infections. Thus, DM accelerates the progression and worsening of COPD,

and COPD is an important risk factor for the development and onset of type II diabetes. In the case of interstitial pulmonary syndromes, the 3rd place in the frequency of comorbidities is occupied DM. Diabetic microangiopathy is one of the complications, with negative effects on the alveolar-capillary membrane.

The relationship between asthma and diabetes is interconnected by a third element - obesity - which is associated with the development of insulin resistance. Some studies have linked insulin resistance to impaired respiratory function.

Hypoxemia, intermittent hypercapnia, oxidative stress, inflammation and sleep fragmentation define Obstructive Sleep Apnea Syndrome (SASO), another lung disease associated with the major comorbidities of the century - metabolic syndrome, cardiovascular disease, hypertension, and depression. Experimental studies performed on healthy individuals who were exposed to a period of fragmented, insufficient sleep and intermittent hypoxemia, with present disorders in glucose metabolism.

Metabolic syndrome has a constellation of risk factors (increased consumption of fat, alcohol, tobacco, sedentary lifestyle) in individuals prone to cardiovascular disease and type II diabetes. Improving the metabolic syndrome and the elements that define it has reduced the risk of diabetes, independent of lifestyle factors. Low levels of HDL-cholesterol and high levels of triglycerides correspond to insulin resistance.

Both DM and certain lung pathologies are based on inflammatory processes, which maintain and produce the vicious circle.

VINERI, 6 NOIEMBRIE 2020 /
FRIDAY, NOVEMBER, 6TH 2020

CANAL 1 / *1ST CHANNEL*

SIMPOZION COMUN SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PNEUMOLOGIE – SOCIETATEA ROMÂNĂ DE ENDOCRINOLOGIE /

JOINT SYMPOSIUM ROMANIAN SOCIETY OF PNEUMOLOGY - ROMANIAN SOCIETY OF ENDOCRINOLOGY

METASTAZELE PULMONARE ÎN CANCERELE ENDOCRINE

Simona Găloiu [1,2], Cătălina Poiană [1,2]

[1] Universiattea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“ , București, România
[2] Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon“ , București, România

Cancerele endocrine sunt tumori rare, cu expresie clinică variabilă determinată de hiper sau hiposecreția hormonală sau compresia pe țesuturile din jur. Adesea sunt dificil de diferențiat histopatologic de corespondentele benigne, datorită abilității lor de a secreta hormoni și uneori diagnosticul nu poate fi stabilit decât după apariția metastazelor. Unele sunt agresive (cancerul adrenocortical sau tiroidian anaplazic), în timp ce altele au o evoluție lungă și indolentă (cancerul papilar tiroidian, unele cancere neuroendocrine).

Deși cei mai mulți pacienți cu carcinom tiroidian diferențiat, cel mai frecvent cancer endocrin, au un prognostic bun, metastazele sunt determinanții cei mai importanți ai mortalității, mai ales în tipurile medular și anaplazic. Tratamentul în cancerul tiroidian derivat din celulele foliculare include tiroidectomia totală, radioiodoterapia, tratamentul supresiv cu levotiroxină și, la pacienții neresponsivi, inhibitori de tirozin-kinază. 90% din pacienții cu carcinom medular tiroidian prezintă mutații ale protooncogenelor RET și RAS; ei pot fi tratați chirurgical și cu inhibitori de tirozin-kinază.

Cancerele în celelalte glande endocrine sunt extrem de rare și foarte agresive. Cancerul adrenocortical apare la copii sau în decada a patra și unele sunt ereditare (AD); mai mult de 50% secretă cortizol. Supraviețuirea mediană la pacienții cu metastaze este 8 luni și poate fi ușor îmbunătățită cu terapiile recente. 10-40% din pacienții cu feocromocitoame și paraganglioame sunt maligne, iar supraviețuirea la 5 ani este de 50%; tratamentul include chimioterapia, radioterapia, 131I-MIBG și terapia țintită moleculară.

Rezecția chirurgicală este tratamentul de elecție pentru cele mai multe tumori endocrine, dar terapia țintită moleculară a înlocuit chimioterapia la unii pacienți cu cancere avansate.

LUNG METASTASES IN ENDOCRINE CANCERS

Simona Galoiu [1,2], Catalina Poiana [1,2]

[1] „Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania
[2] „C.I. Parhon" National Institute of Endocrinology, Bucharest, Romania

Endocrine cancers are rare tumors, with variable clinical expression due to hyper or hyposecretion of hormones, or the compression of the surrounding tissues. They are often difficult to differentiate on pathology from their benign counterparts due to their ability to secrete hormones, so the diagnosis can be establish sometimes only after metastases. Some of them have aggresive behaviour (i.e. adrenocortical cancer, anaplastic thyroid cancer), while others have long, indolent behaviour (i.e. papillary thyroid cancer, some neuroendocrine cancers).

Although most patients with differentiated thyroid carcinoma, the most frequent endocrine cancer, have a good prognosis, metastatic disease is the main determinant for cancer-related mortality, especially in medullary and anaplastic type. Therapy in thyroid carcinoma derived from follicular cell includes total thyroidectomy, radioiodine ablation, suppressive levothyroxine therapy and, in unresponsive patients, tyrosine kinase inhibitors. 90% of patients with medullary thyroid carcinoma harbor RET and RAS proto-oncogene mutations; they can be treated with surgery and tyrosine kinase inhibitors.

Cancers in other endocrine glands are extremely rare and usually very aggressive. Adrenocortical carcinoma develops during childhood or the fourth decade and some are hereditary (AD); more than 50% secrete cortisol. Median survival of patients with secondary dissemination is 8 months and can be modestly improved with recent advances in therapy. 10-40% of patients with pheochromocytomas and paragangliomas are malignant and 5-year survival is 50%; treatment includes chemotherapy, radiotherapy, 131I-MIBG, and molecular targeted therapeutics.

Surgical resection is the elected treatment for most endocrine tumors, but molecular targeted therapeutics have replaced chemotherapy for patients with advanced cancers.

MULTIDISCIPLINARY TREATMENT OF LUNG NEUROENDOCRINE TUMORS

Cristina Capatina[1]

[1]„C.I. Parhon" Institute of Endocrinology, Bucharest, Romania

Neuroendocrine tumors of the lung are classified into 4 major types: small cell lung cancer (SCLC), large cell neuroendocrine carcinoma (LCNEC), atypical carcinoid (AC) and typical carcinoid (TC). These tumors are extremely heterogenous in presentation, characteristics and response to treatment therefore their management relies on constant discussion in multidisciplinary teams.

For the accurate initial diagnosis a multimodal radiological evaluation, functional imaging and detailed pathological and immunohistochemical data are essential.

Surgery is the mainstay of therapy especially in early-stage disease. In advanced disease the oncologist, nuclear medicine specialist and endocrinologist should also collaborate while considering somatostatin analog treatment, targeted therapy, standaRd chemotherapy or PRRT (peptide receptor radionuclide therapy). Despite the lack of prospective data in lung neuroendocrine tumors, these alternatives are widely recommended in current guidelines. Prospective multicentric trials are needed to validate management strategies in lung NET.

CANAL 1 / *1ST CHANNEL*

SIMPOZION COMUN EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY – SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PNEUMOLOGIE /

JOINT SYMPOSIUM EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY - ROMANIAN SOCIETY OF PNEUMOLOGY

ANUL 2020 ȘI BPOC: DILEME ȘI SOLUȚII

Ruxandra Ulmeanu[1,2]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, Președinte al Societății Române de Pneumologie, București, România
[2]Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie, Oradea, România

De la prima ediție a ghidului GOLD al BPOC, recomandările au cunoscut o evoluție considerabilă, deschizând calea pentru atingerea obiectivelor vitale: creșterea calității managementului BPOC, a educației bazată pe dovezi, a nivelului de conștientizare și de cercetare.

Criteriile spirometrice actuale, utile în diagnosticul BPOC la persoanele în vârstă, s-ar putea să nu mai fie valabile pentru persoanele sub 45 de ani, necesitând repetarea spirometriei, urmărire și strategii de interpretare. Evaluarea simptomelor doar prin scala de dispnee MRC poate să nu fie suficientă, motiv pentru care trebuie chestionare mai complexe cum este CAT (COPD Assement Test).

Diagnosticul precoce este esențial în scăderea declinului ulterior al funcției pulmonare, morbiditate și mortalitate și este util pentru a defini statusul de pre-BPOC și modificările timpurii imagistice și functionale care pot apărea.

Microbiomul respirator la pacienții cu BPOC poate avea modificări legate de vârstă, severitatea limitării fluxului de aer, istoricul exacerbărilor anterioare și nivelul circulant al eozinofilelor.

Referitor la tratament, recomandările actuale ale GOLD sunt de a folosi un singur bronhodilatator pentru grupurile de risc B,C,D, când sunt evidente ca asocierea LAMA-LABA crește bronhodilatația cu efecte pozitive asupra simptomelor și calității vieții. Noul tratament bazat pe numărarea eozinofilelor periferice este o abordare binevenită, la fel ca și noile tipuri de medicamente cu potențial antiinflamator (anticorpi monoclonali anti-IL-5), macrolide pe termen lung, vitamina D, intervențiile bronhoscopice pentru hiperinflație în emfizemul sever.

YEAR 2020 AND COPD: DILEMMAS AND SOLUTIONS

Ruxandra Ulmeanu[1,2]

[1]„Marius Nasta" Institute of Pneumology, President of the Romanian Society of Pneumology, Bucharest, Romania
[2]Faculty of Medicine, University of Medicine and Pharmacy, Oradea, Romania

Since the first edition of the GOLD - COPD guideline, the recommendations have evolved considerably, paving the way for achieving vital goals: increasing the quality of COPD management, evidence-based education, awareness and research.

Current spirometry criteria, useful in the diagnosis of COPD in the elderly, may no longer be valid for people under 45, requiring repeated spirometry, follow-up and interpretation strategies. Assessment of symptoms by the MRC dyspnea scale alone may not be sufficient and may require more complex questionnaires such as CAT (COPD Assessment Test).

Early diagnosis is essential in decreasing the subsequent decline in lung function, morbidity, and mortality and is useful in defining pre-COPD status and early imaging and functional changes that may occur.

Respiratory microbiome in COPD patients may have changes related to age, severity of airflow limitation, history of previous exacerbations and circulating eosinophil levels.

Regarding treatment, the current recommendations of GOLD are to use a single bronchodilator for risk groups B, C, D, when it is obvious that the LAMA-LABA combination increases bronchodilation with positive effects on symptoms and quality of life. The new treatment based on peripheral eosinophils is a welcome approach, as are new types of drugs with anti-inflammatory potential (anti-IL-5 monoclonal antibodies), long-term macrolides, vitamin D, endoscopic interventions for hyperinflation in severe emphysema.

CUM NE-A SCHIMBAT VIAȚA COVID-19 ?

Florin Mihălțan [1]

[1] Institutul Național de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

COVID-19 a intrat în viața noastră.Venirea acestui virus a avut impact pe toate planurile vieții noastre. Contextul epidemiologic creat, alături de consecințele la distanță sunt analizate în această prezentare. Se trec în revistă rând pe rând efectele asupra individului (relaționare, stres), asupra mediului (poluare), asupra economiei și vieții de familie. În această analiză se privesc consecințele la nivel de personal medical și la nivel de pacient. Se remarcă gradul de expunere, riscul raportat la profesii, stressul posttraumatic intervenit pentru cei din prima linie. La nivel de pacient se descriu consecințele asupra stilului de viață și modul în care trebuie prevenite aceste efecte. În final se punctează și efectele avute asupra cercetării medicalee dar și asupra diferitelor profesii , fără a se neglija aspectele conectate la diferite arii ale activității noastre zilnice (ex. turismul).

HOW HAS COVID-19 CHANGED OUR LIVES?

Mihaltan Florin[1]

[1] „Marius Nasta" National Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

COVID-19 has entered in our lives. The advent of this virus has impacted our lives at all levels. The epidemiological context created, along with the remote consequences are analyzed in this presentation. The effects on the individual (relationship, stress), on the environment (pollution), on the economy and family life are reviewed one by one. This analysis looks at the consequences at the level of medical staff and at the level of the patient. The degree of exposure, the risk related to the professions, the post-traumatic stress for the first line are noticeable. At the patient level, the consequences on lifestyle and how to prevent these effects should be described.

CANAL 1 / *1ST CHANNEL*

SECȚIUNEA DE SOMNOLOGIE ȘI VENTILAȚIE NON-INVAZIVĂ A SOCIETĂȚII ROMÂNE DE PNEUMOLOGIE /

SECTION OF SLEEP AND NON-INVASIVE VENTILATION OF THE ROMANIAN SOCIETY OF PNEUMOLOGY

LABORATOARELE DE SOMN ÎN PERIOADA COVID-19

Florin Mihălțan[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

Rezumat

Perioada acestei pandemii a adus multiple schimbări în viața, a laboratoarelor și departamentelor intraspitalicești. Presiunea care a existat asupra pacienților vechi și cei potențiali ca și cea asupra personalului sanitar a obligat la o restructurare a activității acestora. Se vor analiza rând pe rând strategiile abordabile pentru funcționarea laboratoarelor, pentru consultul pacienților, pentru încurajarea activităților online și pentru telemonitorizarea bolnavilor.

SLEEP LABORATORIES DURING COVID-19

Florin Mihălțan[1]

[1]„Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

The period of this pandemic brought multiple changes in the life of hospitals and in-hospital laboratories and departments. The pressure that existed on the old and potential patients as well as on the medical staff forced a restructuring of their activity. Affordable strategies for the functioning of workers, for consulting patients, for encouraging online activities and for tele-monitoring patients will be analyzed one by one.

VENTILAȚIA NON-INVAZIVĂ ÎN BPOC

Ștefan Dumitrache-Rujinski[1]

[1] Institutul Național de Pneumologie „Marius Nasta”, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

Terapia cu presiune pozitivă la pacientul cu BPOC se impune în două situații: exacerările hipercapnice cu acidoză respiratorie (în acut) și asocierile BPOC / apnee în somn de tip obstructiv / obezitate (în perioada stabilă, cronic la domiciliu), cu beneficii dovedite în ceea ce privește supraviețuirea și calitatea vieții.

Beneficiul pe termen lung al ventilației non-invazive la domiciliul pacientului cu BPOC și insuficiență respiratorie cronică hipercapnică în perioadă stabilă, care nu asociază apnee în somn sau obezitate morbidă, este mai puțin evident, subgrupul care ar beneficia necesitând o selecție riguroasă.

NON-INVASIVE VENTILATION IN COPD

Stefan Dumitrache-Rujinski[1]

[1]„Marius Nasta" National Institute of Pneumology, „Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Positive pressure therapy in patients with COPD is required in two situations: hypercapnic exacerbations with respiratory acidosis (in acute setings) and overlap of COPD / obstructive sleep apnea / obesity (in stable state, chronic at home), with proven benefits in terms of survival and quality of life.

The long-term benefit of noninvasive home ventilation for the patient with COPD and chronic hypercapnic respiratory failure, which does not associate sleep apnea or morbid obesity, is less obvious, the subgroup that would benefit requiring rigorous selection.

SINDROMUL DE APNEE ÎN SOMN ȘI RISCUL ASOCIERII COVID-19

Lavinia Davidescu[1]

[1]Facultatea de Medicină, Universitatea din Oradea, România

Sindromul de apnee în somn obstructiv (SASO) este definit prin oprirea fluxului aerian la nas și gură peste 10 secunde în cursul somnului;este o afecțiune cronică redutabilă și frecvent asociată cu obezitatea. SASO nu este considerat factor de risc pentru infecția severă COVID-19 care necesită suport ventilator. Cu toate acestea, studii recente arată ca SASO ar putea contribui la agravarea hipoxemiei și a furtunii de citokine care apare la pacienții cu COVID-19.

Infecția cu SARS-CoV-2 are ca factori agravanți comorbidități asociate precum hipertensiunea arterială, bolile cardiovasculare, diabetulzaharat, obezitatea. SASO și COVID-19 asociază prin urmare factori de risc comuni, inclusiv vârsta și sexul. În cazurile severe de COVID-19, infecția pulmonară cu virusul SARS-CoV-2 are ca rezultat infiltrarea masivă a monocitelor și neutrofilelor proinflamatorii, ducând la sindrom de detresă respiratorie acută, sepsis și deces. Hipoxemia intermitentă caracteristică SASO duce la creșterea interleukinei 6, interleukinei 13 și factorului de necroză tumorală, promovând activitatea proinflamatorie a neutrofilelor. Creșterea interleukinei 6 și factorului de necroză tumorală sunt implicate de asemenea în formele severe de COVID-19.

SASO duce la dereglarea axei renină-angiotensină-aldosteron, oferind în continuare o legătură potențială pentru intrarea SARS-CoV-2 prin receptorii enzimei de conversie a angiotensinei (ACE) -2. Există o puternică doză de credibilitate patogenică între SASO și formele severe de COVID-19.

SLEEP APNEA SYNDROME AND THE RISK OF COVID-19 ASSOCIATION

Lavinia Davidescu[1]

[1]Faculty of Medicine, University of Oradea, Romania

Obstructive sleep apnea syndrome (OSA) is defined by stopping airflow to the nose and mouth over 10 seconds during sleep; it is a redoubtable chronic condition and frequently associated with obesity. OSA is not considered a risk factor for severe COVID 19 infection that requires ventilatory support. However, recent studies show that SASO could potentially contribute to the worsening of hypoxemia and the cytokine storm that occurs in patients with COVID-19.

SARS-COV2 infection has as aggravating factors associated comorbidities such as hypertension, cardiovascular disease, diabetes mellitus, obesity. OSA and COVID-19 therefore associate common risk factors, including age and sex. In severe cases of COVID-19, lung infection with SARS-CoV-2 virus results in massive infiltration of proinflammatory monocytes and neutrophils, leading to acute respiratory distress syndrome, sepsis, and death. Intermittent hypoxemia characteristic of OSA leads to an increase in interleukin 6, interleukin 13 and tumor necrosis factor, promoting the proinflammatory activity of neutrophils. Increased interleukin 6 and tumor necrosis factor are also implicated in severe forms of COVID-19.

SASO leads to renin-angiotensin-aldosterone axis disorder, further providing a potential link for SARS-VOC 2 entry through angiotensin converting enzyme (ACE) -2 receptors. There is strong pathogenic plausibility between SASO and severe forms of COVID-19.

CANAL 2 / *2ND CHANNEL*

GRUPUL DE LUCRU „CERCUL DE PNEUMOLOGIE”AL SOCIETĂȚII ROMÂNE DE PNEUMOLOGIE /

„CIRCLE OF PNEUMOLOGY” WORKING GROUP OF THE ROMANIAN SOCIETY OF PNEUMOLOGY

METODE DE DIAGNOSTIC ȘI RISCUL DE CONTAGIUNE ÎN INFECȚIA CU SARS-COV-2

Cristian Cojocaru[1], Elena Cojocaru[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași, România

Odată cu descoperirea primului caz de infecție la om cu virusul SARS-CoV-2, în decembrie 2019, omenirea a intrat într-o nouă perioadă de alertă, determinând Organizația Mondială a Sănătății (OMS) să declare pe 11.03.2020 că ne confruntăm cu o nouă pandemie și a introdus termenul COVID-19 (coronavirus disease 19). SARS-CoV-2 face parte din familia coronavirusurilor, de tip ARN, monocatenar, cu polaritate pozitivă, patogen în cazul vertebratelor.

OMS recomandă testarea intensivă pentru identificarea persoanelor contagioase și reducerea riscului de răspândire. In urma eforturilor globale au fost identificate numeroase metodologii bazate pe detecția acidului nucleic, antigenelor sau a anticorpilor specifici. Din păcate, niciuna din metodele de diagnostic nu atinge sensibilitatea și specificitatea de 100%, iar utilizarea deseori irațională poate determina grave erori și neîncredere în rândul populației și personalului medical. În cadrul lucrării vom analiza recomandările de testare actuale precum și principalele tehnici de diagnostic care sunt disponibile la ora actuală. Vor fi abordate fazele de evoluție a bolii în relație cu metodologia de diagnostic recomandată și cu nivelul de contagiozitate al bolnavului.

DIAGNOSIS APPROACHES AND THE RISK OF INFECTION IN SARS-COV-2 DISEASE

Cristian Cojocaru[1], Elena Cojocaru[1]

[1]„Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iasi, Romania

Since the discovery of the first case of infection with the SARS-CoV-2 virus in December 2019, the humanity has entered a new alert phase. This determined the World Health Organization (WHO) to declare on 11/March/2020 that we are facing a new pandemic and to introduce the term of COVID-19 (coronavirus disease 19). SARS-CoV-2 is part of the coronavirus family, a positive-sense single-stranded genomic *RNA*, pathogen in vertebrates.

WHO recommends the intense testing to identify the contagious individuals and prevent the spread of COVID-19. Numerous methodologies based on detection of nucleic acid, antigens or specific antibodies have been identified following global efforts. Unfortunately, none of the diagnostic methods reached the sensibility and the specificity of 100%. Furthermore the irrational use can cause serious errors and distrust among the population and the medical staff.

In our work, the current test recommendations will be discussed, as well as the main diagnostic techniques currently available. It will be also debated the different phases of the disease in correlation with recommended diagnostic test and level of contagiosity.

TIPIC SAU ATIPIC ÎN INFECȚIA CU SARS-COV-2

Corina Budin[1,2]

[1]Spitalul Clinic Județean, Târgu Mureș, România
[2]Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie „George Emil Palade”, Târgu Mureș, România

Introducere: SARS-CoV-2 este un betacoronavirus din acelasi subgen ca virusul SARS; structura regiunii genelor de legare de receptori este asemanatoare cu cea a virusului SARS.

Simptomele cele mai frecvente sunt: febra, fatigabilitate/astenie fizica, tuse seaca, anorexie, mialgii, dispnee la efort, expectoratie/tuse productiva.

Manifestări atipice la copii sau la vârstnici -modificările produse la starea obișnuită a pacientului, delirul, sincopa, oboseala, letargia, tensiunea arterială scăzută,disfagie, odinofagie, diareea, greața, vărsăturile, durerea abdominală, pierderea mirosului și a gustului.

Material și metodă: Doar 21 % dintre pacienții internați au avut descriere imagistică de opacități în sticlă mată, 28% nu au avut modificări imagistice, 48% dintre pacienții simptomatici nu aveau leziuni in sticlă mată, ci doar accentuarea desenului interstițial. Toți pacienții admiși în terapie intensivă au avut modificări extinse la CT torace.

Concluzii: Deși uneori poate evolua atipic, deși poate exista neconcodanță clinico-radiologică, fiecare caz de infecție cu SARS-CoV-2 trebuie abordat într-o manieră particulară.

TYPICAL OR ATYPICAL IN SARS-COV-2 INFECTION

Corina Budin[1,2]

[1]Clinical County Hospital, Targu Mures, Romania
[2] „George Emil Palade" University of Medicine, Pharmacy, Sciences and Technology, Targu Mures, Romania

Introduction: SARS-CoV-2 is a beta-coronavirus of the same subgenus as SARS virus; the structure of the region of receptor binding genes is similar to that of the SARS virus.

The most common symptoms are: fever, fatigue / physical asthenia, dry cough, anorexia, myalgia, dyspnea on exertion, expectoration / productive cough.

Atypical manifestations appear in children or the elderly - changes in the patient's usual condition, delirium, syncope, fatigue, lethargy, low blood pressure, dysphagia, odynophagia, diarrhea, nausea, vomiting, abdominal pain, loss of smell and taste.

Material and method: Only 21% of hospitalized patients had an imaging description of opacity in frosted glass, 28% had no imaging changes, 48% of symptomatic patients had no lesions in frosted glass, but only the accentuation of the interstitial pattern. All patients admitted to intensive care had extensive changes in thoracic computer tomography.

Conclusions: Although it can sometimes evolve atypically, although there may be clinical-radiological inconsistency, each case of SARS-CoV-2 infection must be addressed in a particular way.

CANAL 3 / *3RD CHANNEL*

SIMPOZION COMUN: SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PNEUMOLOGIE - SOCIETATEA ROMÂNĂ DE RINOLOGIE /

JOINT SYMPOSIUM: ROMANIAN SOCIETY OF PNEUMOLOGY - ROMANIAN SOCIETY OF RHINOLOGY

TULBURĂRILE RESPIRATORII ÎN SOMN – POSIBILITĂȚI DE TRATAMENT ORL

Adriana Neagoș[1]

[1]Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie „George Emil Palade”, Târgu Mureș, România

Somnul reprezintă un factor important în menținerea stării de sănătate optime, deoarece este implicat în diverse funcții de regenerare tisulară și reglare a funcțiilor cognitive.

Nu doar cantitatea, ci și calitatea somnului pot altera starea de sănătate. Modificările calitative ale somnului sunt reprezentate de perturbări și fragmentări ale acestuia cum ar fi cele produse de apneea în somn. Sindromul de apnee obstructivă în somn afectează aproximativ 3-7% din populația masculină și 2-5% din populația feminină.

Diverse studii au demonstrat existența unei asocieri ale apneei obstructive în somn cu obezitatea, hipertensiunea arterială, dislipidemii și tulburări metabolice.

Medicul otorinolaringolog este un consultant de bază în evaluarea pacienților cu sindrom de apnee obstructive de somn, datorită multiplelor cunoștințe legate de anatomia și fiziologia căilor aeriene superioare.

Cunoașterea mecanismelor de producere ale apneii de somn de tip obstructiv, a anatomiei regiunii căilor aeriene superioare, precum și a capacității de interpretare a investigațiilor legate de somn – poligrafie și polisomnografie, face posibilă colaborarea intredisciplinară între medicul otorinolaringolog și pneumolog, cardiolog, endocrinolog și chirurg oromaxilofacial.

Abordul interdiscplinar permite elaborarea unor protocoale de diagnostic și tratament ale pacienților cu patologie respiratorie de somn.

În categoria metodelor de tratament aplicabile se situează, alături de metodele non-invazive, tehnicile chirurgicale care au ca scop final menținerea deschisă a căii aeriene superioare sau asigurarea unui diametru cât mai apropiat de cel normal, alături de scăderea valorilor indicelui de apnee hipopnee și îmbunătățirea calității somnului respectiv, a calității vieții pacienților cu tulburări respiratorii de somn.

SLEEP BREATHING DISORDERS – ENT TREATMENT POSSIBILITIES

Adriana Neagos[1]

[1]„George Emil Palade" University of Medicine, Pharmacy, Science and Technology, Targu Mures, Romania

Sleep is an important factor in maintaining optimal health, because it is involved in various functions of tissue regeneration, and regulation of cognitive functions.

Not only quantity but also the quality of sleep can alter the state of health. Qualitative changes in sleep are represented by disturbances and fragmentation, such as those caused by sleep apnea. Obstructive Sleep Apnea Syndrome affects about 3-7%of the male population and 2-5%of the female population.

Various studies have shown the association of Obstructive Sleep Apnea with obesity, hypertension, dyslipidemia, and metabolic disorders.

The otorhinolaryngologist is a consultant in the evaluation of patients with Obstructive Sleep Apnea Syndrome, due to the multiple knowledge related to the anatomy and physiology of the upper airways. The knowledge of the mechanism of Obstructive Sleep Apnea Syndrome, the anatomy of the upper airway region, as well as the ability to interpret sleep- related investigations such polygraphy or polysomnography, makes possible the interdisciplinary collaboration between otorhinolaryngologist and pneumologist, cardiologist, endocrinologist, or oral maxillofacial surgeon. The interdisciplinary approach allows the development of diagnostic and treatment protocols for patients with sleep breathing disorders. In the applicable treatment possibilities, there are non-invasive methods, surgical techniques, whose ultimate goal is to keep open the upper airway, or to ensure a diameter as possible to normal, along with lowering the values of Apnea-Hypopnea Index and improving the quality of sleep and the quality of life in patients with sleep breathing disorders.

RINOSINUZITELE FUNGICE

Vlad Budu[1]

[1] Institutul de Fonoaudiologie și Chirurgie Funcțională ORL „Prof. Dr. Dorin Hociotă”, București, România

Rinosinuzita fungică reprezintă inflamația mucoasei sinusurilor paranazale determinată de fungi, cel mai frecvent agent patogen fiind reprezentat de Aspergillus fumigatus. Sunt descrise forme non-invazive, din ce în ce mai frecvente (probabil prin scăderea imunității pacienților) şi mai rar forme invazive, cu distrucții osoase şi tisulare impresionante şi de multe ori chiar letale.

De multe ori în practică, infecția fungică rinosinusală se însoțește de afectare concomitentă pulmonară sau de exacerbarea unor afecțiuni pulmonare preexistente.

Sunt trecute în evidență aspectele de diagnostic pozitiv (criterii majore și minore) al rinosinuzitei fungice, bazându-ne pe simptomatologie, examen endoscopic, imagistic și histopatologic (din secreția nazală).

Un loc aparte este dedicat tratamentului medical și chirurgical al rinosinuzitelor non-invazive (rinosinuzita cronică, „fungus-ball”, etc) și a celor invazive (mucormycosis, rhizophus, etc) însoțite de complicații și cu evoluție nefastă.

FUNGAL RHINOSINUSITIS

Vlad Budu[1]

[1] „Prof. Dr. Dorin Hociotă" Institute of Phonoaudiology and E.N.T. Functional Surgery, Bucharest, Romania

Fungal rhinosinusitis is broadly defined as the spectrum of pathologic conditions associated with sinonasal inflammation that is related to the presence of fungi. The most common fungi found in such pathology is Aspergillus fumigatus.

In clinical practice, fungal rhinosinusitis goes along with pulmonary desease, usually affecting the preexisting pulmonary pathology.

The author insists on the correct diagnose, based on symptoms of fungal rhinosinusitis, endoscopic and imaging exam and nazal culture as well.

The medical and surgical treatment of fungal rhinosinusitis is widely approached, focusing on up-to-date therapy either for non-invasive types (CRS, fungus-ball)and for invasive types (mucormycosis, rhizophus) with complications and fatal evolution.

CANAL 3 / *3RD CHANNEL*

BRONHOLOGIE / *BRONCHOLOGY*

DIAGNOSTIC AND INTERVENTIONAL BRONCHOSCOPY IN TUBERCULOSIS

Semra Bilaceroglu[1]

[1] „Dr. Suat Seren" Training and Research Hospital for Thoracic Medicine and Surgery, University of Health Sciences, Izmir, Turkey

In diagnosing thoracic tuberculosis (TB), bronchoscopy should be performed only after negative sputum smears. Diagnostic yield of bronchoscopy varies according to the procedure and form of TB (11-96%). Overall yields of bronchoscopic procedures- transbronchial biopsy (TBB): 57-79%, endobronchial biopsy (EBB): 30-53%, brushing: 0-73%, conventional transbronchial needle aspiration (cTBNA): 45-100%, endobronchial ultrasound-guided TBNA (EBUS-TBNA): 80-86%, bronchoalveolar lavage (BAL): 34-93%, bronchial lavage:19-95%. Highest yields are obtained by TBB (73-88%) in miliary, by BAL (30-90%) in bronchogenic, by EBB (84%) in endobronchial, by cTBNA/EBUS-TBNA (75-100%, 80-86%) in lymphadenitis, and by TBB (40%) in tuberculoma forms. Combining procedures amenable to the TB form and sending specimens for both histological/cytological and microbiological examinations increase the yield. Performing EBUS-TBNA after negative conventional bronchoscopic procedures increases overall yield in lymphadenitis. Therapeutic interventional bronchoscopy is performed mainly for tracheobronchial stenosis, bronchopleural fistula, bronchoesophageal fistula and hemoptysis. In the management of trachebronchial stenosis mechanical dilatation, baloon dilatation, hot treatments, cryotherapy and/or stenting and imaging with radial-probe EBUS can be utilized. The efficacy of dilatation is 30-40% with frequent recurrence. If the procedures are combined, 2-year efficacy is 50%. Visual bronchopleural fistulas and esophageal fistulas can be closed by using fibrin glue, hemoclipping, gelatinous sponge or cyanoacrylate whereas closure of distal fistulas requires valves, spigots, stents, coils or atrial septostomy catheter. The efficacy of valves and spigots is 70%. For managing hemoptysis iced saline, adrenaline, electrocautery/laser, argon plasma coagulation, Fogarty baloon catheter and double lumen tube can be used. Hot treatments are performed if bleeding site is endoluminal and visible.

BRONCHOSCOPY FOR THE DIAGNOSIS OF PERIPHERAL LUNG LESIONS

Nikolaos C. Koufos[1]

[1]Department of Interventional Pulmonology Unit, Metropolitan Hospital, Athens, Greece.

When diagnosing a new lung lesion, a pulmonologist regardless of their experience in bronchoscopy should calculate probability of malignancy (clinical & radiological), apply this risk to the diagnostic algorithm, weigh benefits and harms of different strategies and respect patient preferences. For the diagnosis of clinical probability for lung cancer it is preferable to use lung risk calculators such us Brock calculator, Bayesian model calculator etc.

The sensitivity of CT guided FNA of peripheral lung lesions values around 90%, with a slightly lower sensitivity of 68–78% for smaller lesions (≤ 15 mm in diameter) and this sensitivity drops further to 59% & complications reach up to 48% when transverse length increases.

Conventional bronchoscopy and transbronchial biopsy has a non adequate sensitivity even under fluoroscopic guidance. This sensitivity increases drastically when combining newer endoscopic techniques such us radial EBUS catheter probe, electromagnetic navigation, virtual bronchoscopy, ultrathin bronchoscopy etc.

Still, the sensitivity of these techniques varies, with higher sensitivity being achieved in bigger size lesions, located to the upper lobes and with a bronchus sign present. It is always important to combine techniques for higher sensitivity and never forget to check the mediastinum with linear EBUS, that can offer diagnosis and staging in many cases.

New fascinating techniques are being developed and applied, such as cone beam CT, robotic bronchoscopy, transparenchymal access of the lesions (B-TPNA) and others. Cone beam CT has already shown very good results when combined with radial EBUS and navigation. Robotic bronchoscopy might be the next big thing for the bronchoscopic diagnosis for peripheral lesions, but more studies are necessary and the high cost of the technique makes its broad use more problematic.

SÂMBĂTĂ, 7 NOIEMBRIE /
SATURDAY, NOVEMBER, 7TH 2020

CANAL 1 / *1ST CHANNEL*

ENDOSCOPIE PULMONARĂ/

LUNG ENDOSCOPY

BRONCHOLOGY UNIT IN COVID-19 PANDEMIC

Semra Bilaceroglu[1]

[1]„Dr. Suat Seren" Training and Research Hospital for Thoracic Medicine and Surgery, University of Health Sciences, Izmir, Turkey

The recommendations of several national/international societies for bronchoscopy during COVID pandemic are expert opinions extracted from the observations during previous viral pandemics:

Do not delay bronchoscopy in emergent and urgent non-COVID-19 or COVID-19 cases.

Emergency: symptomatic central airway obstruction, symptomatic moderate-severe central airway stenosis, massive hemoptysis, stent migration.

Urgency: pulmonary mass/mediastinal lymphadenopathy suspicious of malignancy, foreign body aspiration, suspicion of pulmonary infection in immunocompromised patient, whole lung lavage, mild-moderate hemoptysis.

Delay all elective procedures in non-COVID-19 and COVID-19 cases.

Do not delay diagnostic and staging bronchoscopy for lung cancer patients.

If possible, perform bronchoscopy in a negative-pressure room.

Limit number of people during bronchoscopy.

Perform bronchoscopy through a hole in the patient's mask if not intubated and through intubation tube using endoscopy mask if intubated.

Aspirate patient's mouth continuously with the catheter under patient's mask.

Wear full personal protective equipment (N95/FFP3FFP2, face shield, gown, gloves, cap) before, during and after bronchoscopy.

Do not use aerosol-producing equipment.

Use disposable equipment if possible.

Decrease cough by sedation or paralysis, do not use atomized lidocaine.

Avoid rigid bronchoscopy.

Use closed-circuit ventilation for advanced airway and avoid jet ventilation.

High-level disinfection of bronchoscope and bronchoscopy room after bronchoscopy in confirmed/suspicious COVID cases.

Bronchoscopy in recovered COVID-19 cases should be at least 30 days after symptom resolution and 2 negative nasopharyngeal swabs taken 24 hours apart. In all procedures, risk of healthcare workers and benefit of the patient should be weighed carefully. Besides determining urgency/priority implementing a checklist, work algorithm and preprocedure planning are critical.

ADVANCED BRONCHOSCOPY FOR PULMONARY NODULES

Franz Stanzel[1]

[1]Department of Pneumology, Lungenklinik Hemer, Germany

Diagnosing pulmonary nodules by bronchoscopy is still a challenge. Increasing numbers of asymptomatic patients are diagnosed with pulmonary nodules in CT scanning and screening, often very small. Routine bronchoscopy is almost useless, if the lesions are < 2 cm. Only advanced bronchoscopy offers a chance for histological proof and early diagnosis besides resection by VATS as a more invasive method.

Classical bronchoscopy with traditional transbronchial biopsy (TBB) under fluoroscopy can be carried out in lesions > 3 cm with good results. Under the different biopsy methods peripheral needle biopsy (TBNA) or cryobiopsy comes with the best results. Most authors recommend peripheral TBNA or the combination of different biopsy methods, including the needle.

Advanced bronchoscopy enables the use of different tools. Very important is the availability of thin and even ultrathin bronchoscopes, to make possible, that the bronchoscopist can get under direct guidance more peripherally, as close as possible to the target in the lung. If the working channel is ≥ 1.7 mm, there is an additional option. The EBUS miniprobe (rEBUS) can be directed into or close to the lesion. This helps to confirm that the target can be reached via the bronchi. If going the same way with the biopsy instrument through the bronchoscope or a guide sheath, there is a high probability to get material from the suspicious lesion. Additional use of fluoroscopy helps in a very practical way.

Basic CT scanning should offer a visual analysis of the bronchi leading to the lesion. The bronchus sign is still an indicator for the bronchoscopist for having a chance. CT data can be used for more expensive tools to support the bronchoscopist. Virtual bronchoscopy can help to find the way to the lesion, as well as electromagnetic navigation or Archimedes. This has to be done on a special board. Archimedes and fluoroscopy are connected. CT data can then be used for 3D orientation while the bronchoscopy is done. Even a cross country tunnel can be created to the lesion, if there is no way via bronchi. The combination of Archimedes and rEBUS and different biopsy instruments offers the best results in smaller pulmonary nodules in our clinic. Disadvantages are the high price of the system and the high effort. Latest developments are cone beam CT, allowing

bronchoscopy under direct CT guidance, and robotic bronchoscopy. Different combinations of all that methods and tools are in discussion and may offer at least the best results.

In conclusion, different methods of advanced bronchoscopy come with a higher chance for diagnosing pulmonary nodules. Challenges are imaging, ultrathin bronchoscopes for getting more peripheral, improvements of biopsy instruments, and cross country access to the lesion. In daily practice thin and ultrathin bronchoscopes and rEBUS are most important. Archimedes can help to increase the results.

BRONHOSCOPIA DUPĂ 65 DE ANI - UN SUBIECT TABU?

Ruxandra Ulmeanu[1,2], Andreea Vlădău[2]

[1]Președintele Societății Române de Pneumologie, Institutul de Pneumologie „Marius Nasta", București, România
[2]Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie, Oradea, România

Prevalența crescută a populației de vârsta a treia și implicit prevalența crescută a bolilor respiratorii la această vârstă impune reevaluarea siguranței și toleranței bronhoscopiei.

Limita de vârstă pentru populația „boomer" este heterogenă: 65 de ani sau 85 de ani? Diagnosticul bronhoscopic poate să fie diagnostic precoce la seniori.

Indicațiile frecvente pentru bronhoscopie diagnostică la vârsta a treia sunt suspiciunile de cancer pulmonar și tuberculoză. Balanța beneficii-riscuri e percepută în favoarea beneficiilor.

Rata de confirmare a cancerului pulmonar prin biopsie bronșică este înaltă: 89% din cauza prevalenței crescute la această vârstă.

Rata de confirmare a tuberculozei prin bronhoscopie este crescută 20% din cauza dificultății obținerii unui specimen de spută valid.

În patologii interstițiale difuze neexplicate, valoarea diagnostică a biopsiei transbronșice este înaltă, însă sensibilitatea mai scăzută. Determinantul primar în efectuarea bronhoscopiei la vârstnici este fezabilitatea terapiilor necesare după obținerea diagnosticului.

Siguranța bronhoscopiei flexibile, anesteziei topice și pregătirii pre-procedură la seniori este similară cu vârstele tinere în multe privințe, inclusiv hemoptizia semnificativă (2,3%).

Complicațiile post-bronhoscopie: febră sau infiltrat pulmonar au incidență mai mare > 60 de ani 24% (frecvență mai mare a fenomenelor de aspirație) vs < 60 de ani 9%. Hemoptizia post-bronhoscopie este asociată cu vârsta >65 de ani.

85% dintre seniori găsesc bronhoscopia tolerabilă, iar 75% ar repeta procedura.

Tehnologia endoscopică avansată (instrumentar flexibil, autofluorescența) înclină balanța spre tolerabilitate și siguranță comparativ cu procedurile chirurgicale, mai ales la vârstnicii cardio/cerebrovasculari.

Balanța beneficii-riscuri este <1 în cazul bronhoscopiei intervenționale.

Bronhoscopia flexibilă poate fi indicată seniorilor, criteriile de selecție fiind mai degrabă comorbiditățile și terapiile pacientului decât vârsta cronologică.

BRONCHOSCOPY AFTER AGE 65 - A TABOO SUBJECT?

Ruxandra Ulmeanu[1,2], Andreea Vladau[2]

[1]President of the Romanian Society of Pneumology, „Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucharest, Romania
[2]Faculty of Medicine, University of Medicine and Pharmacy, Oradea

Increased prevalence of elderly population and implicitly increased prevalence of respiratory diseases at this age requires reassessment of safety and tolerance of bronchoscopy. Age limit for „boomer" population is heterogeneous: 65 years or 85 years? Bronchoscopic diagnosis may be an early diagnosis in elderly. Common indications for diagnosing bronchoscopy in elderly are suspected lung cancer and tuberculosis. Benefit-risk balance is perceived in favor of benefits. Confirmation rate of lung cancer by bronchial biopsy is high 89% due to the high prevalence at this age. Confirmation rate of tuberculosis by bronchoscopy is increased by 20% due to difficulty of obtaining a valid sputum specimen. In unexplained diffuse interstitial pathologies, diagnostic value of transbronchial biopsy is high, but the sensitivity is lower. Primary determinant in performing bronchoscopy in elderly is the feasibility of necessary therapies after obtaining the diagnosis. Safety of flexible bronchoscopy, topical anesthesia and pre-procedure preparation in elderly is similar with younger age in many respects, including significant hemoptysis (2.3%). Post-bronchoscopic complications: fever or pulmonary infiltrate have a higher incidence> 60 years 24% (higher frequency of aspiration) vs <60 years 9%. Post-bronchoscopic hemoptysis is associated with age> 65 years. 85% of seniors find bronchoscopy tolerable, and 75% would repeat the procedure. Advanced endoscopic technology (flexible instrumentation, autofluorescence) inclines the balance towards tolerability and safety compared to the surgical procedures, especially in cardio / cerebrovascular elderly. Benefit-risk balance is <1 in case of interventional bronchoscopy. Flexible bronchoscopy may be indicated for elderly, selection criteria being rather patient's comorbidities and therapies than chronological age.

CANAL 1 / *1ST CHANNEL*

EXACERBAREA PLACĂ TURNANTĂ ÎN MANAGEMENTUL BOLILOR PULMONARE CRONICE /

EXACERBATION - TURNTABLE IN MANAGING CHRONIC LUNG DISEASE

EXACERBĂRILE – TRĂSĂTURĂ ȘI ȚINTĂ ÎN ASTMUL SEVER

Ștefan Frenț[1,2]

[1] Departamentul de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România
[2] Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumologie „Victor Babeș”, Timișoara, România

În ciuda tratamentului optimal conform ghidurilor și indiferent de severitatea astmului, majoritatea pacienților astmatici suferă evenimente de tip exacerbări. Exacerbările sunt considerate elemente definitorii ale severității bolii și totodată un element de măsurare a succesului medicației antiastmatice. Severitatea exacerbărilor este variabilă, cele severe fiind principalele responsabile de povara bolii prin riscurile asociate. Ghidul GINA definește exacerbările astmului ca reprezentând „o agravare acută sau subacută a simptomelor și a funcției pulmonare comparativ cu statusul obișnuit al pacientului”. Totuși nu există un consens cu privire la definirea severității exacerbărilor, aceasta fiind dictată în general de intensitatea tratamentului necesar pentru managementul crizei. Exacerbările sunt considerate severe atunci când necesită administrarea a cel puțin trei zile de corticoterapie sistemică sau spitalizare. Exacerbările severe repetate reprezintă apanajul astmului sever și totodată unul din principalele criterii de inițiere a terapiilor biologice (anti-IgE, anti-IL5/anti-IL5R, anti-IL4). O măsură importantă a eficienței tratamentului biologic este măsura în care acesta reduce frecvența și riscul de apariție a evenimentelor de tip exacerbare, aceasta constituind astfel o țintă terapeutică pentru pacienții cu astm sever.

EXACERBATIONS – TRAIT AND TARGET IN SEVERE ASTHMA

Stefan Frent[1,2]

[1] Department of Pneumology, „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania
[2] „Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumology, Timisoara, Romania

Despite optimal treatment according to the guidelines and regardless of the severity of asthma, most asthmatic patients suffer from exacerbation events. Exacerbations are considered to be key in defining the severity of the disease, and their prevention is an important metric to measure the success of asthma treatments. The severity of exacerbations is variable, the severe ones carrying most of the burden of the disease through their immediate and delayed associated risks. The GINA guideline defines asthma exacerbations as "an acute or subacute worsening of symptoms and lung function compared to the patient's normal status." However, there is no consensus on the definition of the severity of exacerbations, which is generally dictated by the intensity of treatment required for crisis management. Exacerbations are considered severe when they require at least three days of systemic corticosteroid therapy or hospitalization. Repeated severe exacerbations are the prerogative of severe asthma and also one of the main criteria for initiating biological therapies (anti-IgE, anti-IL5 / anti-IL5R, anti-IL4). An important measure of the effectiveness of biological treatment is the extent to which it reduces the frequency and risk of exacerbation events, thus being a therapeutic target for patients with severe asthma.

REABILITAREA PULMONARĂ ȘI EXACERBĂRILE

Camelia Pescaru[1], Monica Marc[1], Daniel Trăilă[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Reabilitarea pulmonară (RP) îmbunătățește calitatea vieții și capacitatea de efort și este o intervenție eficientă atât pentru pacienții cu BPOC, cât și pentru alte patologii pulmonare cronice.

RP este o intervenție comprehensivă ce se asociază la terapia standard a exacerbărilor acute ale BPOC, în special pentru cei care exacerbează frecvent. Acest grup de pacienți este predispus la un risc crescut de recurență a exacerbărilor severe cu spitalizare și de mortalitate crescută pre și post-spitalizare.

RP precoce va crește timpul până la apariția unei noi exacerbări, va reduce riscul de mortalitate, îmbunătățește calitatea vieții și crește capacitatea de efort a pacienților.

Exacerbările bolii pulmonare obstructive cronice (BPOC) se caracterizează prin dispnee crescută, reducerea calității vieții și slăbiciune musculară. Reapariția exacerbărilor și internarea în spital sunt frecvente. Exacerbările reprezintă o povară majoră pentru pacienți și sistemele de sănătate.

RP poate îmbunătăți prognosticul la acești pacienți prin abordarea factorilor de risc relevanți pentru exacerbări. Datele actuale arată că RP are potențialul de a reduce costurile mari legate de BPOC datorate internărilor în spital. Poate reduce nu numai numărul exacerbărilor, ci și severitatea acestora. Pacienții pot învăța să își recunoască exacerbările și să solicite asistență medicală precoce, scăzând astfel costurile și ameliorând riscurile și complicațiile datorate exacerbărilor. Beneficiile RP se pot observa de asemenea la pacienții cu astm necontrolat și la pacienții cu patologie pulmonară interstițială.

RP și-a dovedit eficiența la pacienții cu boli pulmonare cronice fiind o componentă importantă în managementul terapeutic.

PULMONARY REHABILITATION AND EXACERBATIONS

Camelia Pescaru[1], Monica Marc[1], Daniel Traila[1]

[1]„Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Pulmonary rehabilitation (PR) improves quality of life and exercise capacity and is an effective intervention for both patients with COPD and other chronic lung pathologies.

PR is a comprehensive intervention that is associated with standard therapy for acute exacerbations of COPD, especially for those who frequently exacerbate. This group of patients is predisposed to an increased risk of recurrence of severe exacerbations with hospitalization and increased pre and post-hospitalization mortality.

Early PR will increase the time until the next exacerbation, reduce the risk of mortality, improve quality of life and increase the patients exercise capacity.

Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) are characterized by increased dyspnoea, reduced quality of life and muscle weakness. Recurrence of exacerbations and hospital admission are common. Exacerbations are a major burden on patients and health care systems.

PR can improve prognosis in these patients by addressing risk factors relevant to exacerbations. Current data shows that PR has the potential to reduce high COPD costs due to hospital admissions. It can reduce not only the number of exacerbations, but also their severity. Patients can learn to recognise their exacerbations and ask medical attention earlier, thereby lowering costs and reducing risks and complications due to exacerbations. The benefits of PR can also be seen in patients with uncontrolled asthma and in patients with interstitial pulmonary pathology.

PR has proven its effectiveness in patients with chronic lung disease being an important component in the therapeutic management.

FUMATUL: FACTOR DE RISC PENTRU EXACERBĂRI ÎN PATOLOGIA PULMONARĂ

Monica Marc[1], Daniel Trăilă[1], Noemi Suppini-Porojan[1], Ovidiu Fira-Mlădinescu[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

La nivelul aparatului respirator, fumatul, atât activ cât și pasiv, este implicat direct în apariția afecțiunilor respiratorii acute, a bolilor pulmonare cronice obstructive (exacerbează simptomele) și a tumorilor maligne. De asemenea, fumatul este legat de o altă listă de afecțiuni respiratorii, precum bronșiolitele din cadrul pneumopatiilor interstițiale, pneumonita interstițială descuamativă, alveolita fibrozantă sau pneumonia cu eozinofile.

Mecanismele prin care tutunul acționează la nivelul aparatului respirator sunt multiple și complexe, trei dintre ele fiind fundamentale: agresiunea oxidative (leziuni tisulare), inflamația (fibroză) și creșterea activității elastazice (emfizem). Astfel, din punct de vedere morfopatologic, fumatul determină hiperplazia glandelor mucoase, inflamație și obstrucția căilor respiratorii cu dopuri de mucus.

Exacerbările determinate de fumat în patologia respiratorie afectează calitatea vieții pacienților și agraveaza prognosticul bolii prin accelerarea declinului FEV1, indicatorul primar al funcției respiratorii. Diagnosticul precoce și tratamentul rapid al exacerbărilor pot limita impactul acestora, pot îmbunătăți calitatea vieții. În funcție de severitatea bolii și frecvența exacerbărilor este mai mare, iar numărul spitalizărilor dintr-un an este de asemenea mai crescut. Astfel, pentru sistemele de sănătate, exacerbările devin o problemă socio-economică.

Se recomandă renunțarea la fumat prin politici de control a tutunului, prin programe clare și repetitiv negative, promovarea de legi care să interzică fumatul. De asemenea, se recomandă ședințe de renunțare la fumat, de a accepta și înțelege aspectele legate de modificările apărute în starea de sănătate și de a face mai ușor față exacerbărilor.

SMOKING: RISK FACTOR FOR EXACERBATIONS IN LUNG PATHOLOGY

Monica Marc[1], Daniel Traila[1], Noemi Suppini-Porojan[1], Ovidiu Fira-Mladinescu[1]

[1]„Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

In the respiratory system, both active and passive smoking are directly involved in the development of acute respiratory diseases, chronic obstructive pulmonary disease (exacerbates symptoms), and malignancies. Smoking is also linked to another list of respiratory conditions, such as bronchiolitis in interstitial pneumonia, squamous interstitial pneumonitis, fibrosing alveolitis or eosinophilic pneumonia.

The mechanisms by which tobacco acts on the respiratory system are multiple and complex, three of them being fundamental: oxidative aggression (tissue damage), inflammation (fibrosis) and increased elastase activity (emphysema). Thus, from a morphopathological point of view, smoking causes hyperplasia of the mucous glands, inflammation and obstruction of the airways with mucus plugs.

Exacerbations caused by smoking in respiratory pathology affect the quality of life of patients and aggravate the prognosis of the disease by accelerating the decline of FEV1, the primary indicator of respiratory function. Early diagnosis and rapid treatment of exacerbations can limit their impact and also improve quality of life. Depending on the severity of the disease, the frequency of exacerbations can be higher, and the number of hospitalizations in a year is also higher, therefore, for health care systems, exacerbations become a socio-economic problem.

It is recommended to quit smoking through tobacco control policies, through clear and repetitive negative programs, the promotion of laws banning smoking. Sessions to quit smoking are also recommended, to accept and understand the issues related to changes in health and to deal more easily with exacerbations.

CANAL 1 / *1ST CHANNEL*

SIMPOZION COMUN: SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PNEUMOLOGIE (SRP) - SOCIÉTÉ DE PNEUMOLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE (SPLF) /

JOINT SYMPOSIUM: ROMANIAN SOCIETY OF PNEUMOLOGY (RSP) - SOCIÉTÉ DE PNEUMOLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE (SPLF)

ABORDAREA PROBLEMELOR LEGATE DE SOMN ÎN TIMPUL EXPUNERII ȘI CARANTINĂRII LA DOMICILIU DIN CAUZA FOCARULUI COVID-19

Florin Mihălțan[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

Carantina și expunerea la COVID-19 a adus o multitudine de schimbări de percepție, cognitive pentru populație și pentru personalul medical. În această prezentare arătăm care a fost comportamentul din punctul de vedere al schimbării stilului de viață, al apariției sindromului posttraumatic, a „burn-out-ului” și modul în care se poate corecta acest impact. Se analizează în detaliu și impactul asupra somnului, utilizarea mijloacelor de protecție necesare pentru personal, dar și direcțiile de inițiere ale strategiilor de prevenție și terapie având la bază programe de diagnostic, monitorizare și terapie.

ADDRESSING SLEEP PROBLEMS DURING EXPOSURE AND QUARANTINE AT HOME DUE TO THE COVID-19 OUTBREAK

Florin Mihaltan[1]

[1]„Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Quarantine and exposure to COVID19 brought a multitude of perceptual, cognitive changes for the population and medical staff. In this presentation we show what was the behavior in terms of lifestyle change, posttraumatic syndrome, burnout and how this impact can be corrected. It also analyzes in detail the impact on sleep, the use of the means of protection that are necessary for staff but also the directions of initiation of prevention and therapy strategies based on other pillars of diagnostic, monitoring and therapy.

ROLUL PNEUMOLOGUL ÎN TIMPUL PANDEMIEI

Carmen Monica Pop[1,2]

[1]Spitalul Clinic de Pneumoftizologie „Leon Daniello”, Cluj-Napoca, România
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România

Dacă penumoniile, fie ele virale sau bacteriene se situează la interferența dintre specialitatea de boli infecțioase și pneumologie, insuficiența respiratorie, cel puțin până într-un anumit punct, era cu precădere apanajul pneumologului. Particularitățile afectării pulmonare în infecția SARS-COV2 , leziuni localizate periferic, de cele mai multe ori rapid progresive cu instalarea insuficienței respiratorii acute hipoxemice, au dus la necesitatea reevaluării atât a tratamentului pneumoniei virale cât și a insuficienței respiratorii. COVID-19 ”ne-a pus în fața unei forme de insuficiența respiratorie, diferită de tot ce am văzut până acum: „asimptomatică”, cu evoluție rapidă câteodată fulminantă și, de cele mai multe ori, refractară la tratamentele clasice. Colaborarea interdisciplinară pneumolog/medic infecționist/medic anestezist pare să fie cheia reușitei în această pandemie, astfel încât rolul fiecăruia, și a pneumologul implicit este de a căuta soluții noi, la probleme vechi.

LE RÔLE DU PNEUMOLOGUE PENDANT LA PANDÉMIE

Carmen Monica Pop[1,2]

[1] Hôpital Clinique de Pneumologie „Leon Daniello", Cluj-Napoca, Roumanie
[2] Université de Médecine et Pharmacie „Iuliu Haţieganu", Cluj-Napoca, Roumanie

Si la pneumonie, qu'elle soit virale ou bactérienne, se situe à l'interférence entre la spécialité des maladies infectieuses et pneumologie, l'insuffisance respiratoire, au moins jusqu'à un certain point, était principalement l'apanage du pneumologue. Les particularités des lésions pulmonaires dans l'infection par le SARS-CoV-2, les lésions localisées périphériques, souvent rapidement évolutives avec l'apparition d'une insuffisance respiratoire hypoxémique aiguë, ont conduit à la nécessité de réévaluer à la fois le traitement de la pneumonie virale et l'insuffisance respiratoire. COVID-19 nous a met face en face à une forme d'insuffisance respiratoire, différente de tout ce que nous avons vu jusqu'à présent: „asymptomatique", à évolution rapide, parfois fulminante et, la plupart du temps, réfractaire aux traitements classiques. La collaboration interdisciplinaire du pneumologue / médecin spécialiste des maladies infectieuses / anesthésiologiste semble être la clé du succès dans cette pandémie, donc le rôle de chacun, et du pneumologue par défaut, est de rechercher de nouvelles solutions aux anciens problèmes.

CANAL 1 / *1ST CHANNEL*

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PNEUMOLOGIE - SOCIETATEA ROMÂNĂ DE REUMATOLOGIE: INTERFERENȚE PNEUMO-REUMATOLOGICE /

ROMANIAN SOCIETY OF PNEUMOLOGY - ROMANIAN SOCIETY OF RHEUMATOLOGY: PNEUMO-RHEUMATOLOGICAL INTERFERENCES

FUMATUL ȘI AUTOIMUNITATEA

Simona Rednic[1]

[1]Disciplina Reumatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România

Fumatul este un factor central în etiologia multor boli. Rolul său în neoplasme, boli pulmonare și cardiovasculare a fost stabilit de mult. Asocierea între fumat și autoimunitate, ridicată ca ipoteză de mai multă vreme este abia în ultimii ani explicată. Fumatul pare să joace un rol patogenetic în multe boli autoimune, determinând apariția și dezvoltarea autoanticorpilor și influențând în multiple feluri dezechilibrul sistemului imun. Este mai puțin cunoscut faptul că fumatul afectează atât răspunsul imun înnăscut cât și pe cel adaptativ, determinând sinteza în exces a citokinelor inflamatorii precum TNF-a, IL-1, IL-6, IL-8 GM-CSF și reducând nivelul citokinelor antiinflamatorii precum IL-10. Există atât studii epidemiologice, cât și modele animale care demonstrează atât efecte protective asupra unor boli autoimune, cât și efecte declanșatoare sau agravante asupra altora. Fumatul determină stres oxidativ, dereglări în procesul de demetilare al ADN-ului, activarea unor gene imune și inducerea autoreactivității. Poate altera micromediul pulmonar și microbiomul local, fapt care determină declanșarea și sau agravarea unor boli autoimune. Este de asemenea evident, dar foarte greu de demonstrat, faptul că efectul fumatului variază de la o persoană la alta deoarece zestrea genetică e diferită de la o persoană la alta, dar poate fi și influențată diferit de factori externi. Relația complexă între factorii genetici, mecanismele patogenice, microbiom și fumat trebuie elucidată. Largi studii epidemiologice sunt necesare pentru a demonstra efectul fumatului asupra autoimunității.

SMOKING AND AUTOIMMUNITY

Simona Rednic[1]

[1]Discipline of Rheumatology, „Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

Smoking is a central factor in many pathological conditions. Its role in neoplasm, lung and cardiovascular diseases has been well established for years. The association between smoke habit and autoimmunity has been hypothesized a long time ago. Smoke has been found to play a pathogenic role in certain autoimmune disease as it may trigger the development of autoantibodies and act on pathogenic mechanism, possibly related with an imbalance of the immune system. However it is less acknowledged the cigarette smoking affects both the innate and adaptative immune arms inducing the synthesis of inflammatory cytokines such as TNF-a, IL-1, IL-6, IL-8 GM-CSF and decreasing the levels of anti-inflammatory cytokines such as IL-10. Indeed, both epidemiological studies and animal models have showed both protective effects as well as it can represent a risk factor for disease exacerbation or worsening. Smoke can provoke oxidative stress, may contribute to autoimmune diseases by dysregulating DNA demethylation, upregulating immune genes, thereby leading to autoreactivity. Moreover, it can alter the lung microenvironment and the local microbiome, which, in turn, may trigger the development of an autoimmune condition. It is also evident that the effects of smoke may vary from a person to another since different genetic background may significantly change the effects of smoke. Thus, the relationship between genetic factors, pathogenic mechanism, microbiome, and smoke needs to be elucidated. Large epidemiological studies are needed to further explore the accountability of smoking effect in the pathogenesis of autoimmune diseases.

CANAL 2 / *2ND CHANNEL*

SIMPOZION COMUN: SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PNEUMOLOGIE – SOCIETATEA ROMÂNĂ DE MEDICINĂ INTERNĂ /

JOINT SYMPOSIUM: ROMANIAN SOCIETY OF PNEUMOLOGY - ROMANIAN SOCIETY OF INTERNAL MEDICINE

SOMATIZAREA EMOȚIILOR ȘI IMPACTUL APUPRA RESPIRAȚIEI

Floarea-Mimi Nițu[1], Cristina Călărașu[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova, România

Somatizarea reprezintă dezvoltarea unei boli în absența unei cauze medicale. Pacientul este convins că ceea ce simte este real și reacționează excesiv la stimuli mici. Percepția realității este distorsionată.

Cauzele somatizării sunt multiple, de la predispoziții genetice și conflicte la locul de muncă sau cu cei apropiați, la norme socio-culturale care devalorizează suferința psihologică în comparație cu cea fizică. Femeile sunt mai predispuse spre a dezvolta tulburarea de somatizare.

Tulburarea de somatizare poate duce la anxietate, depresie și alte tipuri de tulburări psihice, la accentuarea gândurilor suicidale cauzate de depresie, la probleme în relații și la locul de muncă. Anxietatea este o stare de neliniște exagerată, de așteptare încordată, de teamă nedeterminată, o frământare și grijă excesivă (cf. DEX).

Atacurile de panică reprezintă apariții bruște sau intensificări bruște ale anxietății, acompaniate de cel puțin 4 până la 13 simptome somatice și/sau psihice. Apar în anumite situații sau au caracter spontan, declanșându-se parcă din senin

Diagnosticul tulburărilor de somatizare este foarte complex; trebuie excluse o multitudine de alte afecțiuni posibile.

Persoanele cu tulburări de somatizare pot fi ajutate prin psihoterapie (rațional-emotivă și cognitiv-comportamentală) cu conștientizarea convingerilor, gândurilor, motivelor, dorințelor, percepțiilor și evaluărilor distorsionate care produc un comportament dezadaptiv.

SOMATIZATION OF EMOTIONS AND IMPACT ON RESPIRATION

Floarea-Mimi Nitu[1], Cristina Calarasu[1]

[1]University of Medicine and Pharmacy, Craiova, Romania

Somatization is the development of a disease in the absence of a medical cause. The patient is convinced that his feelings are real and overreacts to small impulses. The perception of reality is distorted.

The causes of somatization are multiple, from genetic predispositions and conflicts at work or with relatives, to socio-cultural norms that devalue psychological suffering compared to physical. Women are more likely to develop somatization disorder.

Somatization disorder can lead to anxiety, depression and other types of mental disorders, increased suicidal thoughts caused by depression, relationship problems and in the workplace. Anxiety is a state of overreacting concern, tense waiting, indeterminate fear, turmoil and excessive care. (DEX)

Panic attacks represent sudden onset or sudden intensification of anxiety, accompanied by at least 4 to 13 somatic and / or mental symptoms. They appear in certain situations or have a spontaneous character, triggering suddenly.

The diagnosis of somatization disorders is very complex; a multitude of other possible conditions must be ruled out.

People with somatization disorders can be helped through psychotherapy (rational-emotional and cognitive-behavioral) with awareness of distorted beliefs, thoughts, motives, desires, perceptions and assessments that produce maladaptive behavior.

CANAL 2 / *2ND CHANNEL*

SIMPOZION COMUN: SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PNEUMOLOGIE SRP – SOCIETATEA ROMÂNĂ DE ALERGOLOGIE ȘI IMUNOLOGIE CLINICĂ (SRAIC)/

JOINT SYMPOSIUM: ROMANIAN SOCIETY OF PNEUMOLOGY – ROMANIAN SOCIETY OF ALLERGOLOGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY

ASTMUL SEVER EOZINOFILIC ALERGIC VS NON-ALERGIC - DOUĂ FAȚETE ALE ASTMULUI T2-ÎNALT

Carmen Panaitescu[1,2], Laura Haidar[1,2]

[1] Centrul de Terapii Genice și Celulare în Tratamentul Cancerului OncoGen, Spitalul Clinic Județean de Urgență „Pius Brînzeu", Timișoara, România
[2] Departamentul de Științe Funcționale, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș", Timișoara, România

Introducere: Astmul implică o interacțiune complexă de factori genetici, de mediu și imuni. Citokinele și alți mediatori inflamatori reprezintă efectorii inflamației alergice și orchestrează inflamația cronică. Terapiile cu anticorpi care vizează inflamația de tip 2 au fost recent introduse la pacienții cu astm sever. Anticorpii monoclonali anti-IgE (omalizumab) reprezintă una dintre opțiunile recomandate ca terapie suplimentară la pacienții care suferă de astm sever IgE-mediat. Cu toate acestea, în funcție de endotipul bolii, nu toți pacienții răspund favorabil la acest tratament, necesitând astfel medicină de precizie. Scopul acestui studiu a fost evaluarea clinică și funcțională a pacienților cu astm sever după 1 an de terapie anti-IgE.

Metode: S-au selectat pacienți cu astm sever, aflați sub tratament cu omalizumab. Pacienții s-au evaluat la prima vizită (test cutanat prick, IgE seric total și specific, testele funcționale pulmonare, evaluarea astmului). La vizitele ulterioare pacienții au fost examinați clinic, s-au efectuat teste funcționale pulmonare, autoevaluare prin chestionarul de control al astmului (ACT), s-au înregistrat utilizarea de medicamente și exacerbările astmului.

Rezultate: În anul precedent terapiei cu omalizumab, pacientii au prezentat agravarea stării clinice, cu simptome și exacerbări frecvente. La 16 săptămâni de terapie anti-IgE, scorul ACT și FEV1 s-au ameliorat semnificativ. La 52 de săptămâni, ameliorarea ACT a fost menținută, deși cea a funcției pulmonare a fost nesemnificativă.

Concluzii: După 1 an de terapie cu omalizumab, s-a înregistrat o ameliorare treptată a calității vieții pacienților, cu efecte modeste asupra FEV1. Medicina de precizie poate fi benefică pentru pacienții cu astm sever.

SEVERE ALLERGIC VS NON-ALLERGIC EOSINOPHILIC ASTHMA - TWO FACETS OF HIGH T2 ASTHMA

Carmen Panaitescu[1,2], Laura Haidar[1,2]

[1] Oncogen Centre for Gene and Cellular Therapies in the Treatment of Cancer, „Pius Brinzeu" Emergency Clinical County Hospital, Timisoara, Romania
[2] Department of Functional Sciences, „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Introduction: Asthma involves a complex interaction of genetic, environmental, and immune factors. Cytokines and other inflammatory mediators are the effectors of allergic inflammation and orchestrate the chronic inflammation. Therapies with antibodies targeting type 2 inflammation have been recently introduced for patients with severe asthma. Monoclonal anti-IgE antibody (omalizumab) is one of the options recommended as add-on therapy in patients suffering from severe IgE-mediated asthma. However, depending on disease endotype, not all patients respond favorably to this treatment, thus requiring precision medicine. The aim of this study was to clinically and functionally assess patients with severe asthma after 1 year of anti-IgE therapy.

Methods: A case series of patients with allergic asthma, undergoing treatment with omalizumab, was selected. Patient evaluation was performed upon the first visit (skin prick test, total and specific serum IgE, pulmonary function tests, and asthma evaluation). At each subsequent visit, patients underwent clinical examination, pulmonary function tests, and self-evaluation by asthma control test (ACT); medication use and asthma exacerbations were also recorded.

Results: In the year preceding add-on therapy with omalizumab, patients experienced worsening clinical status, with frequent symptoms and exacerbations. At 16 weeks of anti-IgE therapy, there was significant improvement of ACT score and FEV1. At 52 weeks, the ACT improvement was maintained, even though pulmonary function improvement was insignificant.

Conclusions: After 1 year of omalizumab therapy, there was a gradual improvement in patients' quality of life, with modest effects on FEV1. Precision medicine approaches are beneficial to patients with severe asthma.

ASTM NECONTROLAT, DIFICIL DE TRATAT SAU ASTM SEVER?

Ruxandra Ulmeanu[1,2], Silviu-Mihail Dumitru[1]

[1]Institutul Național de Pneumologie „Marius Nasta”, Bucureşti, România
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie, Oradea, România

La nivel mondial, astmul bronşic este cea mai frecventă patologie respiratorie cronică, în acest moment, conform Organizației Mondiale a Sănătății, aproximativ 339 de milioane de oameni au astm bronşic. Această patologie are o exprimare clinică variată, heterogenă, fiind descrise până la acest moment multiple fenotipuri. O mare parte dintre pacienții cu astm duc o viață normală datorită intervențiilor terapeutice dezvoltate în ultimii 50 de ani, însă există un subgrup de pacienți care în ciuda tratamentului convențional corect recomandat şi administrat au în continuare simptome brutale. Acesta este grupul pacienților cu astm sever. Pentru pacienții cu astm sever avem la dispoziție, în ultimii ani, o nouă clasă terapeutică, special creată, şi anume terapia biologică.

Pentru a ajunge la diagnosticul de astm sever suntem obligați să parcurgem un traseu anevoios, ce include stabilirea diagnosticului de astm necontrolat, stabilirea diagnosticului de astmul dificil de tratat şi excluderea acelor entități ce pot creea confuzie în scopul final, de a diagnostica astmul sever.

Această prezentare îşi propune să fie un ghid al acestui drum catre înțelegerea şi tratarea corectă a astmului sever.

UNCONTROLLED ASTHMA, SEVERE ASTHMA OR DIFFICULT TO TREAT?

Ruxandra Ulmeanu[1,2], Silviu-Mihail Dumitru[1]

[1]„Marius Nasta" National Institute of Pneumology, Bucharest, Romania
[2]University of Medicine and Pharmacy, Oradea, Romania

Worldwide, asthma is the most common chronic respiratory disease, at this time, according to the World Health Organization, about 339 million people have asthma. This pathology has a varied, heterogeneous clinical expression, multiple phenotypes have been described so far. A large proportion of asthma patients lead normal lives due to the therapeutic interventions developed over the last 50 years, but there is a subgroup of patients who, despite the correct treatment recommended and administered, still have brutal symptoms. This is the group of patients with severe asthma. For patients with severe asthma, we have at our disposal, in recent years, a new therapeutic class, specially created, namely biological therapy.

In order to reach the diagnosis of severe asthma we are forced to go through a winding path, which includes establishing the diagnosis of uncontrolled asthma, establishing the diagnosis of difficult to treat asthma and excluding those entities that can create confusion for the ultimate purpose of diagnosing severe asthma.

This presentation aims to be a guide on this path to the correct understanding and treatment of severe asthma.

CANAL 2 / *2ND CHANNEL*

BOLILE RARE DE PLĂMÂNI – ACTUALITĂȚI /

UPDATE IN RARE LUNG DISEASES

LIMFANGIOLEIOMIOMATOZA: CE ESTE ȘI CE CĂUTĂM?

Doina Todea[1]

[1] Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România

Limfangioleiomiomatoza (LAM) este o boală pulmonară rară caracterizată prin leziuni chistice extinse care afectează în principal femeile. La baza LAM se află afectarea țesutului pulmonar și reconstrucția chistică, cauzată de proliferarea anormală a celulelor musculare netede de la nivelul vaselor limfatice. LAM apare sporadic sau se asociază cu complexul scleroză tuberoasă. Cea mai comună manifestare clinică, dispneea, apare la majoritatea pacienților cu LAM, în aproximativ 10 ani de la debutul simptomelor și se agravează treptat odată cu dezvoltarea bolii. Declinul funcției pulmonare poate depăși scăderea tipică legată de vârstă, de la două până la patru ori mai mult. Unii pacienți pot prezenta pneumotorace recurent, colecții pleurale chiloase și hemoptizie ocazională. Transplantul pulmonar este opțiunea de tratament definitiv pentru pacienții care prezintă un stadiu avansat de LAM. Odată cu înțelegerea patogenezei LAM, terapiile vizate vor continua să crească pe scară largă. Sirolimus a fost aprobat pentru terapia cu LAM și everolimus a fost aprobat pentru tratamentul cu angiomiolipomului renal la pacienții cu LAM. În comparație cu alte medicamente, inhibitorii mTOR sunt un tratament eficient pentru LAM, iar efectele adverse sunt previzibile. Tratamentul cu inhibitori mTOR are rezultate promițătoare. Mai mult, sunt necesare studii clinice ample pentru a dovedi validitatea altor opțiuni posibile de tratament, cum ar fi blocante noi de estrogen, inhibitori de autofagie și altele.

LYMPHANGIOLEIOMYOMATOSIS: WHAT DO WE KNOW AND WHAT ARE WE LOOKING FOR?

Doina Todea[1]

[1]„Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

Lymphangioleiomyomatosis (LAM) is a rare lung disease characterized by extensive cystic lesions that primarily affects women. The basis of LAM is the damage of the lung tissue and the cystic reconstruction, which is caused by abnormal proliferation of the pulmonary lymphatic vessel smooth muscle cells. LAM occurs sporadically or associates with the tuberous sclerosis complex.

The most common clinical manifestation, dyspnea, occurs in most of LAM patients within 10 years of symptom onset, and it gets worse gradually with the development of the disease. Lung function decline can surpass typical age-related decline at rates by two to four times or more. Some patients develop the recurrent pneumothorax, chylous fluid accumulations and occasional haemoptysis. Lung transplantation is the definitive treatment option for patients who get an advanced stage of LAM. With the understanding of the pathogenesis of LAM, the targeted therapies will continue to be raised widely. Sirolimus were approved for LAM therapy and everolimus were approved for re-nal angiomyolipoma treatment in patients with LAM. Comparing to other drugs, mTOR inhibitors is an effective treatment for LAM, and the adverse effects are predictable.The treatment with mTOR inhibitors has promising results. Furthermore, extensive clinical trials are required to prove the validity of other possible treatment options, such as new estrogen blockers, inhibitors of autophagy and others.

PANICULITA NECROZANTĂ PRIN DAAT – O MANIFESTARE RARĂ A UNEI BOLI RARE

Lavinia Davidescu[1]

[1] Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie, Oradea, România

Deficitul de alfa-1 antitripsina (DAAT) este o afecțiune genetică autosomal dominantă, caracterizată prin scăderea nivelului seric și pulmonar de alfa-1 antitripsina, asociată cu un risc crescut de boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC) cu debut precoce, sub 40 de ani.

O manifestare rară a DAAT este paniculita necrozantă care evoluează cu leziuni ulcerativ-necrotice, de obicei la nivelul membrelor, dar poate avea și alte localizări; histopatologic se caracterizează printr-o necroză extinsă cu infiltrat inflamator neutrofilic predominant și citosteatonecroza în derm și hipoderm. Au fost raportate până în prezent mai puțin de 60 de cazuri, multe asociate cu valori scăzute ale Alfa1 antitripsinei și fenotip PI*ZZ. În ultimul deceniu, au fost publicate cazuri de paniculită necrozantă aociată DAAT cu valori la limita inferioară a normalului de AAT și fenotip PI*MZ sau MS.

Deoarece deficitul de alfa-1-antitripsină este subdiagnosticat, prevalența reală a paniculitei datorată DAAT este dificil de apreciat; un studiu recent raportează paniculita cu o prevalență de 0,9% din homozigoții PI*ZZ.

Tratamentul paniculitei necrozante asociate DAAT constă în administrare de Dapsonă și Colchicina care pot reduce inflamația asociată paniculitei; în caz de eșec, terapia de substituție enzimatică cu concentrat exogen de alfa-1 antitripsina (Prolastin®) în perfuzie intravenoasă săptămânal a fost raportată ca eficientă. Doza inițială recomandată este de 60 mg / kg o dată pe săptămână, poate fi ajustată ulterior în funcție de răspuns. Doza necesară și durata tratamentului variază și sunt limitate de costurile ridicate și disponibilitatea redusă.

NECROTIC PANNICULITIS DUE TO ALPHA1 DEFICIENCY-A RARE MANIFESTATION OF A RARE DISEASE

Lavinia Davidescu[1]

[1]Faculty of Medicine, University of Medicine and Pharmacy, Oradea, Romania

Alpha-1 Antitrypsin deficiency (AATD) is a genetic inherited autosomal dominant condition characterized by decreased serum and pulmonary level of alpha-1 antitrypsin, associated with an increased risk of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) early in life, under 40.

A rare manifestation of AATD is necrotic panniculitis, which evolves with ulcero-necrotic lesions that commonly affect limbs, which can also affect other localizations. Histopathology is characterized by extended necrosis with inflammatory infiltrations, composed primarily of neutrophils and fat necrosis in the dermis and hypodermis. So far, there have been reported less than 60 cases, many associated with low values of Alpha-1 Antitrypsin and PI*ZZ phenotype. In the last decade, there have been published cases of necrotic panniculitis associated with AATD, with values at the lower limit of normal of AAT and PI*ZZ phenotype or MS.

Because Alpha-1 Antitrypsin deficiency is underdiagnosed, it is hard to determine the real prevalence of necrotic panniculitis caused by AATD. A recent study determined the panniculitis prevalence to be 0.9 of the PI*ZZ homozygous.

Treatment of necrotic panniculitis associated with AATD consists of Dapsone and Colchicine administration. It can reduce inflammation associated with panniculitis. In case of treatment failure, enzymatic substitution therapy with concentrated exogen alfa-1 antitrypsin (Prolastin®), weekly intravenous infusion is reported to be efficient in the treatment. The initial recommended dosage is 60 mg/kg weekly that can be adjusted based on the response. Dosage and treatment duration varies and is limited by the high cost and limited supply of the treatment.

PACIENTUL CU SARCOIDOZĂ ÎN PERIOADA PANDEMIEI COVID-19

Ruxandra-Mioara Râjnoveanu[1,1], Ana Florica Chiș[1,2]

[1]Disciplina de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România
[2]Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie „Leon Daniello”, Cluj-Napoca, România

În ultimele luni, clinicienii se confruntă cu mai multe provocări decât de obicei din cauza pandemiei COVID-19, inclusiv tratarea pacienților cu sarcoidoză. S-a presupus că la acești pacienți prezența noului coronavirus poate crește riscul de consecințe nefavorabile și deces din mai multe motive: afectarea pulmonară preexistentă din cadrul sarcoidozei sau disfuncția imunologică care caracterizează dezvoltarea sarcoidozei. Comorbiditățile secundare tratamentului cu glucocorticoizi din sarcoidoză precum diabetul, hipertensiunea și obezitatea au fost factori de risc independenți pentru decesele asociate COVID-19. În cele din urmă, există îngrijorare cu privire la raportul risc-beneficiu al terapiilor imunosupresoare utilizate pentru managementul sarcoidozei. Așa cum este de așteptat în acest moment, datele provenite din studii sunt rare. Rezultatele preliminare ale unui sondaj cu peste 1600 de pacienți cu sarcoidoză nu au evidențiat un impact mai mare în contextul pandemiei cu COVID-19. Sub 2% din pacienți au raportat că au avut COVID-19. Majoritatea au putut fi tratați la domiciliu și niciunul nu a necesitat ventilație mecanică. Cercetătorii nu au putut identifica un risc crescut asociat cu rasa, utilizarea prednisonului sau tratamentului cu infliximab. De asemenea, utilizarea hidroxiclorochinei nu a fost considerată nici factor de protecție, nici factor de risc pentru infecție. Cu toate acestea, impactul tratamentelor utilizate în sarcoidoză asupra susceptibilității și a exprimării infecției cu COVID-19 necesită mai multe cercetări și date din viața reală. Între timp, clinicienii sunt ajutați de îndrumări practice privind modul de ajustare a terapiei imunosupresoare pentru tratamentul sarcoidozei în timpul pandemiei COVID-19.

SARCOIDOSIS PATIENTS DURING COVID-19 PANDEMIC

Ruxandra-Mioara Rajnoveanu[1,1], Ana Florica Chis[1,2]

[1]Department of Pneumology, „Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania
[2] „Leon Daniello" Clinical Hospital of Pneumology, Cluj-Napoca, Romania

In the last months clinicians are facing more challenges than usual due to the COVID-19 pandemic, including the management of patients with sarcoidosis. It was assumed that in these patients the presence of the novel coronavirus can increase the risk of poor outcomes and death for several reasons: the pulmonary involvement due to sarcoidosis in the majority of the cases or the immunologic dysfunction and dysregulation that characterize the development of sarcoidosis. Comorbidities secondary to the sarcoidosis glucocorticoid treatment like diabetes, hypertension and obesity were independent risk factors for COVID-19 related deaths. Finally, there is concern about the risk-benefit ratio of effective immunosuppressive therapies used for the management of sarcoidosis. As it is expected at this moment, data coming from studies are scarce. The preliminary results of a survey with over 1600 sarcoidosis patients responders showed that sarcoidosis or the medications prescribed for the treatment do not increase the risk of worse COVID-19 outcomes. Only less than 2% reported having COVID-19. Most were able to be treated at home and none required mechanical ventilation. Researchers were unable to identify an increased risk associated with race, use of prednisone, or treatment with infliximab. Also, the use of hydroxychloroquine was neither protective nor a risk factor for infection. Still, the impact of sarcoidosis treatments on the susceptibility to and disease expression of COVID-19 infection requires more research and real-life data. Meanwhile, clinicians are helped by practical guidelines, on how to adjust immunosuppressive therapy for the treatment of sarcoidosis during the COVID-19 pandemic.

CANAL 3 / *3RD CHANNEL*

FUMATUL, FACTOR DE RISC „MULTIDISCIPLINAR”/

SMOKING, A „MULTIDISCIPLINARY” RISK FACTOR

EFECTELE POLUĂRII ASUPRA SĂNĂTĂȚII RESPIRATORII – FACTORI DE RISC, MIJLOACE DE PREVENIRE ȘI TRATAMENT

Antigona Trofor[1], Ioana Buculei[1]

[1] Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași, România

Poluarea reprezintă o amenințare majoră pentru sănătatea publică. Expunerea la poluarea atmosferică este considerată a fi unul dintre factorii majori de risc care conduc la apariția a multiple boli, precum bolile pulmonare și bolile cardiovasculare. În funcție de dimensiunea și natura chimică a poluantului, acesta poate depăși apărarea aparatului respirator și pătrunde în țesuturile pulmonare, determinând astfel unele afecțiuni respiratorii. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) raportează șase poluanți majori ai aerului, respectiv pulberi în suspensie (PM), ozonul la nivelul solului, monoxidul de carbon, dioxizii de sulf, dioxizii de azot și plumbul. Informațiile obținute în urma realizării unor studii privind riscurile expunerii la poluarea atmosferică, precum și la poluarea din locuințe arată că cele mai frecvente boli cu o mortalitate crescută dezvoltate în urma expunerii sunt reprezentate de: infecții acute de tract respirator inferior la copii sub 5 ani, de bronhopneumopatia obstructivă cronică, și de neoplasmele bronhopulmonare la adulți. Impactul negativ al poluării asupra sistemului respirator este incontestabil. Există o gamă largă de intervenții ce pot fi implementate pentru a îmbunătăți calitatea aerului înconjurător. Acestea variază de la reglementări naționale și regionale la acțiuni locale, incluzând intervenții care influențează calitatea aerului pe o perioadă lungă de timp, precum și intervenții cu obiective pe termen scurt. Prezentarea propune trecerea în revistă a datelor existente în literatura de specialitate despre poluarea atmosferică și efectele acesteia asupra sănătății respiratorii, punând accent pe factorii de risc, mijloacele de prevenire și tratament.

RESPIRATORY HEALTH EFFECTS OF AIR POLLUTION – RISK FACTORS, PREVENTION AND TREATMENT

Antigona Trofor[1], Ioana Buculei[1]

[1] „Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iasi, Romania

Pollution is a major threat to public health. Exposure to air pollution is considered to be one of the major risk factors leading to multiple diseases, such as lung diseases and cardiovascular diseases. Depending on the size and chemical nature of the pollutant, it can overpass the defense of the respiratory tract and enter the lung tissues, causing some respiratory conditions. The World Health Organization (WHO) reports six major air pollutants: particulate matter (PM), ground-level ozone, carbon monoxide, sulfur dioxide, nitrogen dioxide, and lead. Data from studies on the risks of exposure to air pollution and household pollution shows that the most common diseases with increased mortality developed as a result of exposure are: acute lower respiratory tract infections in children under 5 years of age, chronic obstructive pulmonary disease, and lung cancer in adults. The negative impact of pollution on the respiratory system is undeniable. There is a wide range of interventions that can be implemented to improve air quality. These range from national and regional regulations to local actions, including interventions that influence air quality over a long period of time, as well as interventions with short-term objectives. The presentation reviews the existing literature data on air pollution and the effects of pollution on respiratory health, focusing on risk factors, prevention and treatment.

TUTUNUL CARE NU ARDE (HNBT) - NU ESTE ȘI GREȘEALA NOASTRĂ?

Florin Mihălțan[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

Tutunul încălzit reprezintă o nouă provocare pentru orice rețea de control a tutunului. România s-a bucurat de „privilegiul” de a fi țară pilot pentru lansarea unui astfel de produs. Folosind tot arsenalul deja familiar de la lansarea tutunului convențional, companiile de tutun au apelat la o multitudine de strategii susținând că acest produs este fără riscuri. În această prezentare vom arată toate modalitățile de promovare utilizate în țara noastră dar și acțiunile pe care le-a început Societatea Română de Pneumologie prin Secțiunea de Tabacologie pentru a contracara aceste activități. În același timp vom privi și greșelile de tactică pe care le-au făcut organizațiile mondiale și regionale în încercarea de a stopa promovarea acestor produse care încet încet tind să înlocuiască țigara tradițională.

BURNING TOBACCO (HNBT) - ISN'T IT OUR MISTAKE?

Florin Mihaltan[1]

[1]„Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Heated tobacco is a new challenge for any tobacco control network. Romania has enjoyed the "privilege" of being a pilot country for launching such a product. Using all the familiar arsenal since the launch of conventional tobacco, tobacco companies have resorted to a multitude of strategies claiming that this product is risk-free. In this presentation we will show all the promotion methods used in our country but also the actions started by the Romanian pneumology society through the tobacco section to counteract these activities. At the same time we will look at the tactical mistakes made by tobacco control lobbyist, world and regional organizations in an attempt to stop the promotion of these products that are slowly tending to replace the traditional cigarette.

IMPACTUL PROGRAMELOR EDUCAȚIONALE PENTRU RENUNȚARE LA FUMAT

Monica Marc[1], Andra Novacovici[2], Diana Manolescu[1], Cristian Oancea[1]

[1] Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România
[2] Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș”, Timișoara, România

Consumul de tutun reprezintă principala cauză de îmbolnăvire și moarte prematură în Europa, în fiecare an, peste 700.000 de europeni decedând din cauza afecțiunilor cauzate de fumat. Conform sondajului Eurobarometru, publicat în 2017, 26% dintre europenii cu vârsta peste 15 ani și 33 % dintre cei cu vârsta între 25 și 39 de ani, fumează. Prevalența fumatului este de peste 1 miliard de persoane, majoritatea provenind din țări cu venituri mici sau medii.

Se consideră că intervențiile de promovare a sănătății pentru prevenirea și renunțarea la fumat implică o abordare largă. Atragerea publicului de masă prin marketing social și intervenții în mass-media, educație individuală și personalizată și schimbarea mediului prin legislație.

Aceste metode includ principiile de a induce schimbări la nivel individual, o schimbare a normelor sociale în comunitate și eforturile socio-politice pentru promovarea sănătății populației. Ar fi mai eficient să punem în aplicare intervențiile care să se concentreze pe schimbările de atitudine socială și de mediu înainte de a încerca să ne concentrăm asupra schimbărilor comportamentale individuale, lucru dificil de obținut.

Totodată, asistăm și la o avalanșă de informații legate de tutun și riscul de COVID-19. O revizuire a studiilor efectuate de experți în sănătate publică convocați de OMS la 29 aprilie 2020 a constatat că fumătorii sunt mai susceptibili să dezvolte boli severe cu COVID-19, comparativ cu nefumătorii, iar situația pandemică necesită abordări specifice.

THE IMPACT OF EDUCATIONAL PROGRAMS FOR SMOKING CESSATION

Monica Marc[1], Andra Novacovici [2], Diana Manolescu[1], Cristian Oancea[1]

[1] „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania
[2] „Dr. Victor Babes" Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtisiology, Timisoara, Romania

Tobacco consumption is the main cause of illness and premature death in Europe, as over 700.000 of Europeans die from smoking related illnesses every year. According to the Eurobarometru survey, published in 2017, 26% of Europeans over the age of 15 and 33% of those aged between 25 and 39 smoke. Over 1 billion people smoke nowadays, the majority coming from low-and middle- income countries.

It is considered that health promotion measures for the prevention and cessation of smoking involve a broad approach. Attracting the mass public through social marketing and intervention in the mass-media, individual and personalized education and changing the environment through legislation should represent strict priorities.

These methods include the principles of inducing change at the individual level, a change in social norms in the community and socio-political efforts to promote the health of the population. It would be more effective to implement measures that focus on changes in social and environmental attitudes before trying to focus on shifts in individual behavior , which are difficult to achieve.

At the same time, we are witnessing an avalanche of information related to tobacco and the risk of infection with COVID-19. A review of studies conducted by public health experts convened by the WHO on 29 April 2020 found that smokers are more likely to develop severe forms of the COVID-19 disease than non-smokers, and the pandemic situation requires specific approaches.

CANAL 3 / *3RD CHANNEL*

COVID-19: ASPECTE CT ALE PLĂMÂNULUI ȘI CORELAȚII CLINICE / *COVID-19: CT ASPECTS OF THE LUNG AND CLINICAL CORRELATIONS*

REVIEW OF CHEST CT FINDINGS IN CORONA VIRUS PNEUMONIA

Mamdouh Mahfouz[1]

[1]Department of Radiology, Cairo University, Egypt

COVID-19 is an infectious disease that has quickly spread worldwide, causing a pandemic. The main clinical manifestation is pneumonia. The most important test for the diagnosis is represented by RT-PCR, but, given the limited sensitivity, further radiological examinations are necessary. We reviewed the literature to highlight the typical manifestations and advantages of chest computed tomography in COVID-19 pneumonia in order to assist clinical researchers in the management of this disease.

In COVID-19, CXR shows patchy or diffuse reticular–nodular opacities and consolidation, with basal, peripheral and bilateral predominance. A baseline CXR had a lower sensitivity compared to computed tomography

The most frequent CT findings of COVID-19 are sub pleural ground glass opacities and consolidation . The chest CT findings of COVID-19 showed certain characteristics because of the anatomical features of the human body and pathological changes caused by the virus. Therefore, chest CT is a valuable tool for facilitating the diagnosis of COVID-19 and may further elucidate assessment of disease severity. This will assist healthcare workers in diagnosing COVID-19 and assessing disease severity, facilitate the selection of appropriate treatment options, which is important for reducing the spread of the virus, saving lives, and controlling the pandemic

CANAL 3 / *3RD CHANNEL*

SIMPOZION COMUN: SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PNEUMOLOGIE – SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PEDIATRIE /

JOINT SYMPOSIUM: ROMANIAN SOCIETY OF PNEUMOLOGY – ROMANIAN SOCIETY OF PEDIATRICS

IMPACTUL COVID-19 ASUPRA BOLILOR PULMONARE CRONICE LA COPIL: CARE SUNT PERSPECTIVELE?

Laura-Larisa Dracea[1]

[1]Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii, Facultatea de Medicină, Universitatea „Transilvania", Brașov, România

Majoritatea sugarilor și copiilor cu COVID-19 au simptome ușoare.

Nu se știe cu exactitate dacă copiii cu astm bronșic, fibroză chistică sau bronhodisplazie pulmonară au risc crescut de complicații din cauza infecției cu SARS- CoV-2.

Din experiențele internaționale, sugestia este că nu există complicații sau riscuri majore la pacienții pediatrici, sugarii având în mod special un risc mult mai scăzut de a contracta virusul SARS-CoV-2 comparativ cu adulții.

În astmul bronșic, în care etiopatogenia are ca substrat inflamația alergică, rolul corticosteroizilor inhalatori pentru prevenția exacerbărilor este bine demonstrat. Aceasta scade expresia receptorilor ACE2 în spută și deci și afinitatea virusului SARS- CoV-2, rezultând un impact redus al COVID-19 în astmul controlat. Efectele medicației antivirale și imunomodulatoare în astm trebuie testată în studii randomizate controlate.

Sunt puține date despre prematurii cu boală pulmonară cronică și infecția cu SARS-CoV-2. În studiile din China, niciunul dintre sugarii sub vârsta de 1 an nu au fost serios afectați. Expresia redusă a receptorilor ACE2 în plămânul sugarului și imaturitatea sistemului imun reprezintă o ipoteză propusă ce explica aceste observații.

În fibroza chistică, centrele europene au raportat puține cazuri de COVID-19, fără evoluții nefavorabile. Mecanismele ce implică inflamația pulmonară scad impactul infecției cu SARS-CoV-2 (expresie scăzută de receptori ACE2, concentrația crescută de inhibitori ai serin proteazelor). Prevenția mai agresivă a exacerbărilor respiratorii la acești pacienți, măsurile de distanțare socială au diminuat riscul COVID-19.

COVID-19 poate afecta managementul pacienților cu boli pulmonare cronice. Se insistă asupra inovării de monitorizare la distanță, a telemedicinei.

IMPACT OF COVID-19 ON CHRONIC LUNG DISEASE IN CHILDREN: WHAT ARE THE PESRPECTIVES?

Laura-Larisa Dracea[1]

[1] Clinical Emergency Children Hospital, Faculty of Medicine, „Transilvania" University, Brasov, Romania

The majority of infants and children with COVID-19 have mild symptoms.

There is not well established if children with bronchial asthma, cystic fibrosis or bronchopulmonary dysplasia have high risk for complications duet o infection with SARS-CoV-2.

International data suggests that there are no major complications or risks in pediatric patients, infants having a lower risk to contracting the virus compared to adults.

Prevention of exacerbations in allergic asthma by using inhaled steroids is well demonstrated. This will decrease the expression of ACE2 receptors in sputum, lowering the affinity of SARS-CoV-2 for bronchial cells, leading to decreased impact of COVID-19 in controlled asthma. The effect of antiviral and antiinflammatory medication should be tested in RCTs.

There are few data about premature babies with chronic lung disease and SARS-CoV-2 infection. Reports from China showed that none of the infected infants were affected, even if premature. The reduced expression of ACE2 lung receptors and the immaturity of the immune system may be a possible hypothesis for this observations.

In cystic fibrosis, only a few cases of COVID-19 were reported, none of the European centers encountered adverse outcomes in children. Mechanisms that imply lung inflammation mechanisms, decrease the impact of SARS-CoV-2 infection (low exprssion of ACE2 receptors, increased inhibitors of serine proteases). Aggressive prevention of pulmonary exacerbation, social distancing measures decreased the risk of infection in these patients.

COVID-19 may impact the management of paediatric patients with chronic lung disease. There is growing interest for innovation in distance monitoring and telemedicine.

CANAL 3 / *3RD CHANNEL*

AFECTARE PULMONARĂ ACUTĂ, ARDS: DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT MULTIDISCIPLINAR ȘI EFECTELE COVID-19/

ACUTE LUNG INJURY, ARDS: DIAGNOSIS, PLURIDISCIPLINARY TREATMENT AND THE EFFECTS OF COVID-19

UPDATE ARDS. ARDS: DEFINIȚIE BERLIN. MODELUL CONCEPTUAL AL ARDS

Theo Trandafirescu[1]

[1] Spitalul Mount Sinai, New York, SUA

ARDS este tipul de leziune pulmonară difuză acută asociată cu factori de risc, caracterizat prin inflamație ce duce la creșterea permeabilității vasculare pulmonare și pierderea țesutului pulmonar aerat. Caracteristicile ARDS sunt hipoxemia și opacitățile radiologice bilaterale.

Tulburările fiziologice includ creșterea shuntului pulmonar, creșterea spațiului mort fiziologic, scăderea compliantei pulmonare.

Semnele morfologice sunt edemul pulmonar, inflamația, membrana hialină și hemoragia alveolară.

Managementul ARDS și CARDS (tip L și H): tratați condiția primară incitantă.

1) Asigurarea oxigenării și ventilației necesare

Evitarea și reducerea barotraumelor și a O2.

Utilizarea ventilației pulmonare protective prin controlarea volumelor și presiunilor pulmonare.

Presiune sau volum? Recrutare? PEEP?

2) Terapie Non-Ventilatorie

Managementul fluidelor IV și Corticosteroizi.

3) Managementul hipoxemiei severe

Steroizii în ARDS.

Metaanaliza prospectivă din grupul de lucru OMS Rapid Evidence Evaluation for COVID-19 Therapies (REACT) a reunit date din 7 studii (RECUPERARE, REMAP-CAP, CoDEX, CAPE COVID și 3 studii suplimentare).

Mortalitatea de 28 de zile a fost mai mică la pacienții randomizați la corticosteroizi.

Terapia pentru hipoxemia severă:

1) Ventilator: manevre PEEP și PI, Tinsp mai lung, APRV, HFOV;

2) Non-ventilator: paralitice, poziționare de pronare, inhalante pulmanare vasodilatatoare, ECMO.

Plasma sRAGE este asociat independent cu creșterea mortalității în ARDS.

Concluzii

Identificați ARDS utilizând parametrii convenționali.

Folosiți „protecția pulmonară ventilatorie”.

Evitați presiunile trans-alveolare ridicate.

Evitați colapsul alveolar ciclic.

Managementul conservativ de fluide IV.

Considerare terapiile extreme pentru hipoxemia severă.

Implementați terapia ARDS gradual începând cu tratamente mai puțin invazive până la cele puternic invazive.

UPDATE ON ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME (ARDS). ARDS: BERLIN DEFINITION. THE CONCEPTUAL MODEL OF ARDS

Theo Trandafirescu[1]

[1] Mount Sinai Hospital, New York, USA

ARDS is the type of acute diffuse lung injury associated with recognized risk factors, characterized by inflammation leading to increased pulmonary vascular permeability and loss of aerated lung tissue.

The hallmarks of the clinical syndrome are hypoxemia and bilateral radiographic opacities.

Physiological derangements include increased pulmonary right-to-left venous admixture, increased physiological dead space, decreased respiratory system compliance.

Morphological hallmarks are lung edema, inflammation, hyaline membrane, and alveolar hemorrhage.

Management of ARDS and CARDS (L and H Type): treat underlying condition.

1) Support oxygenation and ventilation

Mechanical ventilation; avoid/ minimize barotrauma and oxygen toxicity.

Use lung protective ventilation/ low tidal volumes/control plateau pressure.

Pressure or volume? Recruitment? Higher PEEP?

2) Supportive (non- ventilatory) therapy

Conservative fluid management/ Corticosteroids?

3)Management of severe hypoxemia:

Steroids in ARDS

The prospective meta-analysis from the WHO Rapid Evidence Appraisal for COVID-19 Therapies (REACT) Working Group pooled data from 7 trials (RECOVERY, REMAP-CAP, CoDEX, CAPE COVID, and 3 additional trials).

The 28-day mortality was lower in patients randomized to corticosteroids.

Therapy for life threatening hypoxemia

1) Ventilatory: higher PEEP manoeuvers, higher MAP, longer Tinsp, APRV, HFOV

2) Non-ventilatory: NM blockade, prone positioning, inhaled pulmonary vasodilator, ECMO.

Plasma sRAGE is independently associated with increased mortality in ARDS.

Conclusions

Identify ARDS using conventional parameters.

Use „lung protective approach".

Avoid high trans - alveolar pressure.

Avoid cyclic alveolar collapse.

Conservative fluid management.

Consider rescue therapy for severe hypoxemia.

Implement therapy from least invasive to most invasive.

AFECTAREA PULMONARĂ, ENDOTELITA COVID-19 ȘI TRATAMENTUL ANTICOAGULANT

Anca Coliță[1,2]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România
[2]Institutul Clinic Fundeni, București, România

Principala cauză de mortalitate la pacienții cu infecție cu coronavirus (COVID-19) este insuficiența respiratorie hipoxică secundară sindromului de detresă respiratorie acută (SDRA). Betacoronavirusul SARS-CoV-2 infectează gazda utilizând receptorul de conversie a angiotensinei 2 (ACE2), care este exprimat în mai multe organe, inclusiv plămân, inimă, rinichi și intestin. Receptorii ACE2 sunt, de asemenea, exprimați pe celule endoteliale (CE). Endoteliul vascular este un organ activ cu funcții paracrine, endocrine și autocrine, care este indispensabil pentru reglarea tonusului vascular și menținerea homoeostaziei vasculare.

Prezența virusului SARS-CoV-2 în CE sugerează că efectele virale directe, precum și inflamația perivasculară, pot contribui la injuria CE. Disfuncția endotelială este un determinant principal al disfuncției microvasculare prin deplasarea echilibrului vascular cu vasoconstricție, ischemie, inflamație cu edem tisular asociat și o stare procoagulantă. Țesutul endotelial al pacienților mai tineri este, de obicei, capabil să facă față bine infecției virale, situația este diferită pentru pacienții care suferă de hipertensiune arterială, diabet, insuficiență cardiacă sau boli coronariene, toate având în comun afectarea funcției endoteliale. Este probabil ca endotelita, leziunile endoteliale, disfuncția celulelor endoteliale și afectarea funcției microcirculatorii în diferite paturi vasculare să contribuie semnificativ la complicațiile care pun viața în pericol pacienților cu COVID-19: furtuna de citokine, coagulopatia specifică COVID-19 și în final afectarea multisistemică.

Gestionarea acestei stări hipercoagulabile este obligatorie și poate avea mai multe abordări: a) utilizarea de medicamente antiinflamatoare, cum ar fi corticosteroizii și anticorpii monoclonali, care vizează și inhibă calea IL-6 și cascada complementului, b) utilizarea de medicamente care reduc disfuncția endotelială, ar fi statinele și inhibitorii ACE și c) heparina cu greutate moleculară mică pentru a preveni formarea trombilor. Sunt necesare studii suplimentare pentru a evalua regimul anticoagulant optim și pentru a investiga alte strategii terapeutice cum ar fi inhibitorii agregării plachetare.

ACUTE LUNG INJURY, COVID-19 ENDOTELITIS AND ANTICOAGULANT TREATMENT

Anca Colita[1,2]

[1]„Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania
[2]Fundeni Clinical Institute, Bucharest, Romania

The leading cause of mortality in patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is hypoxic respiratory failure from acute respiratory distress syndrome (ARDS). Betacoronavirus SARS-CoV-2 infects the host using the angiotensin converting enzyme 2 (ACE2) receptor, which is expressed in several organs, including the lung, heart, kidney, and intestine. ACE2 receptors are also expressed by endothelial cells (EC). The vascular endothelium is an active paracrine, endocrine, and autocrine organ that is indispensable for the regulation of vascular tone and the maintenance of vascular homoeostasis.

The presence of SARS-CoV-2 virus within the EC suggests that direct viral effects, as well as perivascular inflammation, may contribute to EC injury. Endothelial dysfunction is a principal determinant of microvascular dysfunction by shifting the vascular equilibrium towards more vasoconstriction with subsequent organ ischaemia, inflammation with associated tissue oedema, and a pro-coagulant state. The endothelial tissue of younger patients is usually capable of coping well with the attacks launched by the virus, the situation is different for patients suffering from hypertension, diabetes, heart failure or coronary heart diseases, all of which have one thing in common – impaired endothelial function. It is likely that endothelitis, endothelial injury, endothelial cell dysfunction and impaired microcirculatory function in different vascular beds contributes markedly to life-threatening complications of COVID-19, such as cytokine storm with specific COVID-19 coagulopathy and multiple organs involvement.

The management of this hyper-coagulable status is mandatory and may have several treatment approaches: the use of anti-inflammatory drugs like corticosteroids and monoclonal antibodies that target and inhibit IL-6 pathway and complement cascade activation, the use of drugs that reduce endothelial dysfunction, like statins and ACE inhibitors and LMWH to prevent thrombi formation. Further studies are needed to assess the optimal anticoagulant regimen and to investigate other therapeutic strategies like platelet aggregation inhibitors.

DUMINICĂ, 8 NOIEMBRIE /
SUNDAY, NOVEMBER, 8TH 2020

CANAL 1 / *1ST CHANNEL*

SIMPOZION COMUN: SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PNEUMOLOGIE - SOCIETATEA DE NEUROLOGIE DIN ROMÂNIA /

JOINT SYMPOSIUM: ROMANIAN SOCIETY OF PNEUMOLOGY - ROMANIAN SOCIETY OF NEUROLOGY

AFECȚIUNI NEUROLOGICE ÎN CADRUL INFECȚIEI CU SARS-COV-2

Laura Crăciun[1], Delia Tulba[1], Teodora Bunea[1], Irene Davidescu1, Bogdan Ovidiu Popescu[1,2,3]

[1] Clinica de Neurologie, Spitalul Clinic Colentina, București, România
[2] Departamentul de Neuroștiințe Clinice, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București, România
[3]Laboratorul de Biologie Moleculară, Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare „Victor Babeș", București, România

COVID-19 este o boală virală extrem de contagioasă, cauzată de noul coronavirus, SARS- CoV-2. Asemenea majorității infecțiilor determinate de coronavirusuri, și cea cu SARS-CoV-2 se manifestă în principal prin infecții de tract respirator superior. Însă ceea ce deosebește COVID-19 este abilitatea de a afecta multiple organe, inclusiv sistemul nervos. Au fost recunoscute și raportate o diversitate de manifestări neurologice legate de infecția cu SARS-CoV- 2, iar dovezile în ceea ce privește severitatea și persistența lor sunt în creștere.

COVID-19 se poate asocia frecvent cu simptome neurologice, legate de afectarea sistemului nervos central sau periferic, precum cefalee, sindrom confuzional, tulburări de mișcare și tulburări senzitive, cum ar fi anosmia sau ageuzia. De asemenea, în cadrul actualei pandemii de COVID-19, au fost descrise encefalită, boli cerebrovasculare acute, encefalită acută necrotizantă, meningită sau neuropatii. Însă frecvența acestor complicații rămâne mai degrabă neclară.

Există și o anumită îngrijorare legată de efectele pe termen lung asupra unora dintre pacienți, cum ar fi deteriorarea cognitivă sau un risc mai crescut de boli neurodegenerative la ani sau chiar decenii distanță.

Dorim să raportăm experiența cu pacienții diagnosticați cu SARS-CoV-2 și internați pe secția de Neurologie a Spitalului Clinic Colentina din București. Am analizat retrospectiv datele clinice și paraclinice a 178 de pacienți internați pe secția noastră între lunile aprilie și august 2020. Datele demografice, manifestările clinice, comorbiditățile, aspectul imagistic și tratamentele efectuate au fost analizate.

NEUROLOGICAL MANIFESTATIONS IN PATIENTS DIAGNOSED WITH SARS-COV-2

Laura Crăciun[1], Delia Tulba[1], Teodora Bunea[1], Irene Davidescu1, Bogdan Ovidiu Popescu[1,2,3]

[1]Department of Neurology, Colentina Clinical Hospital, Bucharest, Romania
[2] Department of Clinical Neurosciences, „Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania
[3] Laboratory of Ultrastructural Pathology, „Victor Babes" National Institute of Pathology, Bucharest, Romania

COVID-19 is a highly infectious viral disease caused by the novel coronavirus SARS-CoV-2. As most infections caused by members of the coronavirus family, SARS-CoV-2 manifests itself with upper respiratory tract infections and flu-like symptoms of varying severity. However, Covid-19 is unique in its ability to cause a multi-organ disease, with involvement of the central and peripheral nervous system in some individuals. Indeed, a wide range of neurologic manifestations of SARS-CoV-2 infection have been recognized, and evidence of their severity and persistence is increasing.

A SARS-CoV-2 infection may present with high rates of neurological manifestations such as headache, confusion and sensory disturbances, namely anosmia and ageusia. Additionally, entities such as encephalitis, acute cerebrovascular diseases, acute necrotizing encephalopathy, meningitis and neuropathy have also been reported in the current pandemic. However, the frequency of these manifestations remains unclear.

There is also a growing concern that in a number of patients, long-term cognitive impairment will persist well after the recovery from acute illness. Furthermore, COVID-19 survivors may be at increased risk for developing neurodegenerative diseases years or decades later.

We report our own experience with patients diagnosed with SARS CoV2 and admitted to the Neurology Department of the Colentina Clinical Hospital in Bucharest. We retrospectively reviewed the clinical and paraclinical data of 178 patients who were admitted to our department between April and August 2020. Demographic data, clinical manifestations, comorbidities, radiological data and treatments were collected and analyzed.

ACIDENTUL VASCULAR CEREBRAL ISCHEMIC ȘI BOLILE PULMONARE NON ONCOLOGICE

Dan Iulian Cuciureanu[1,2], Cristina-Georgiana Croitoru[1,2]

[1]Clinica Neurologie I, Spitalul Clinic de Urgență „Prof. Dr. N. Oblu”, Iași, România
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași, România

Accidentele vasculare cerebrale ischemice (AVCI) rămân o problemă de sănătate primară prin impactul major asupra speranței de viață și asupra calității vieții persoanelor afectate. La nivel mondial, prevalența estimată a bolilor cerebrovasculare este de 794 la o sută de mii de locuitori. Deși este cunoscută asocierea dintre bolile pulmonare preponderent cronice si riscul crescut de evenimente cardiovasculare și cerebrovasculare, această legătură este din păcate insuficient studiată la nivel mondial și mai ales național.

Conform unei metaanalize, în anul 2017 prevalența mondială a bolilor cronice respiratorii a crescut cu 39,8% comparativ cu anul 1990, devenind a treia cauza de deces. Dintre aceste afecțiuni, bronhopneumopatia cronică obstructivă este asociată cu un risc de 3,8 ori mai mare de AVCI și de 4,7 ori mai mare de infarct miocardic. De asemenea, hipertensiunea pulmonară pare să crească riscul de AVCI de 1,5 ori.

Baza fiziopatologică a acestor asocieri constă pe de o parte în creșterea vâscozității sanguine, dar și în creșterea frecvenței artimiilor cardiace pe de altă parte. Din aceste mecanisie rezultă și posibile sancțiuni terapeutice particulare precum terapia anticoagulantă orală cronică administrată și în alte situații decât cele stipulate în protocoalele neurologice și cardiologice actuale.

Date fiind toate aceste considerente, autorii își propun trecerea în revistă a legăturilor dintre cele mai frecvente afecțiuni pneumologice cronice dar și acute și AVCI, precum și a principiilor de management care rezultă din aceste legături. Nu în ultimul rând, se va discuta conexiunea dintre infecția cu SARS-CoV-2 și evenimentele tromboembolice pulmonare și cerebrale.

NON ONCOLOGICAL RESPIRATORY DISEASES AND ISCHEMIC STROKE

Dan Iulian Cuciureanu[1,2], Cristina-Georgiana Croitoru[1,2]

[1] I[st] Clinic of Neurology, „Prof. DR. N. Oblu" Emergency Clinical Hospital , Iasi, Romania
[2] „Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iasi, Romania

Ischemic stroke remains a major health problem due to its impact on patients' quality of life and life expectancy. The worldwide prevalence of cerebrovascular diseases is 794 by 100.000. Despite the fact that the association between respiratory diseases and increased risk of cardiovascular and cerebrovascular events is well known, unfortunately, these connections are understudied both worldwide and especially at the national level.

According to a metanalysis, in 2017 the worldwide prevalence of chronic respiratory diseases has increased by 39.8 % in comparison with 1990 and became de third leading cause of death. From all chronic respiratory diseases, chronic obstructive pulmonary disease is associated with a 3.8-fold risk of ischemic stroke and 4.7-fold risk of myocardial infarction. Also, pulmonary hypertension seams to increase the risk of ischemic stroke by 1.5-fold.

The physiopathology behind these associations consists of blood increased viscosity and increased frequency of cardiac arrythmias. Thus, new management principles emerge such as oral chronic anticoagulants that may be prescribed in circumstances other than the ones stated in current neurological and cardiological protocols.

Taking into consideration all of the above, the authors aim to discuss the links between ischemic stroke and most frequent chronic and acute respiratory disorders. Last but not least, the attention will focus also on the connection between SARS-CoV-2 infection and thromboembolic pulmonary and cerebral events.

INSUFICIENȚA RESPIRATORIE ÎN BOLILE NEUROMUSCULARE – CE PUTEM FACE MAI MULT?!

Cristina Panea[1,2], Raluca Gurgu[1], Ionela Codiță[1], Vlad Tiu[1,2], Simona Petrescu[1,2]

[1] Clinica de Neurologie, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București, România
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București, România

Insuficiența respiratorie (IR) este o complicație obișnuită a bolilor neuromusculare (BNM) care poate agrava severitatea și mortalitatea acestora. Deficitul motor al diafragmului, a musculaturii intercostale și expiratorii sau complicațiile pulmonare generate de aspirație și tusea ineficientă pot explica insuficiența respiratorie în afecțiuni ca sindromul Guillain–Barré (SGB), scleroza laterală amiotrofică (SLA), miastenia gravis (MG), amiotrofia spinală (AMS), distrofia musculară Duchenne (DMD), polimiozita (PM) sau dermatomiozita (DM).

Momentul și metodele utilizate pentru evaluarea afectării respiratorii sunt esențiale pentru o intervenție adecvată. Testele respiratorii utilizate în mod curent – capacitatea vitală (CV) și capacitatea vitală forțată (CVF), ventilația maximă voluntară (VMV), oximetria nocturnă percutană (ONP), presiunea maximă inspiratorie (PMI), ultrasunete (US), volum expirator de vârf (VEV), presiunea expiratorie maximă (VEMS), capacitatea vitală totală (CVT) – sunt utile dar pot fi limitate de existența deficitelor mușchilor oro-faciali și de afectarea stării de conștiență.

Evaluarea nervului frenic prin stimulare electrică percutană pentru obținerea răspunsului motor al diafragmului este un test obiectiv, independent de colaborarea pacientului și care permite aprecierea funcției unităților motorii ale diafragmului.

Autorii prezintă experiența personală cu această metodă utilizată pentru evaluarea afectării respiratorii atât în boli degenerative cât și inflamatorii ale neuronului motor. Amplitudinea răspunsului motor se corelează cu capacitatea vitală forțată și are o valoare predictivă bună.

Evaluarea răspunsului motor al nervului frenic prin stimulare electrică este accesibilă în serviciile de neurologie care diagnostichează SLA și SGB și poate fi utilizată, alături de explorarea convențională (ca CV și CVF) pentru a evita limitările tehnice ale acesteia din urmă.

RESPIRATORY FAILURE IN NEUROMUSCULAR DISEASES – WHAT CAN WE DO MORE

Cristina Panea[1,2], Raluca Gurgu[1], Ionela Codita[1], Vlad Tiu[1,2], Simona Petrescu[1,2]

[1] Department of Neurology, Elias University Emergency Hospital, Bucharest, Romania
[2] „Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Respiratory failure (RF) is a common complication of acute or chronic neuromuscular diseases (NMDs) that may increase the burden of the existing disease and mortality. In Guillain–Barré syndrome (GBS), amyotrophic lateral sclerosis (ALS), myasthenia gravis (MG), spinal muscular atrophy (SMA), Duchenne muscular dystrophy (DMD), polymyositis (PM) or dermatomyositis (DM) the weakness of diaphragm, intercostal and expiratory muscles or concomitant pulmonary complications due to aspiration or inefficient cough may explain the respiratory failure.

The moment and methods used for evaluation of respiratory involvement are crucial for the proper intervention. Tests as forced vital capacity (FVC), slow vital capacity (SCV), , maximal voluntary ventilation (MVV), nocturnal percutaneous oximetry (NPO), maximal inspiratory pressure (MIP), ultrasound (US), peak-expiratory flow (PEF), maximal expiratory pressure (MEP), total vital capacity (TVC) are usefull but may be limited by the oro-facial deficits or the level of consciousness

Phrenic nerve evaluation by percutaneous electrical stimulation to elicit diaphragm motor responses is an objective, non-volitional test that can be used to assess the number of functional motor units in the diaphragm.

The authors present their experience by using this method to evaluate the degree of respiratory involvement in both degenerative or inflammatory motor neuron diseases. Abnormal amplitude of the motor response is correlated to forced vital capacity and has good predictive value for hypoventilation.

Phrenic nerve motor responses to percutaneous electrical stimulation is accessible in neurological centers that diagnose ALS and GBS and may be use along with the conventional approach (as FVC and SVC) in order to avoid the technical limitations.

CANAL 1 / *1ST CHANNEL*

SIMPOZION COMUN: SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PNEUMOLOGIE - SOCIETATEA DE NEUROLOGIE DIN ROMÂNIA /

JOINT SYMPOSIUM: ROMANIAN SOCIETY OF PNEUMOLOGY - ROMANIAN SOCIETY OF NEUROLOGY

CANCERUL PULMONAR CU CELULE MICI – CE TREBUIE SĂ ȘTIE UN PNEUMOLOG

Dana Clement[1]

[1] Institutul Regional de Oncologie, Iași, România

Cancerul pulmonar cu celule mici (SCLC) reprezintă aproximativ 15% din totalul neoplaziilor pulmonare și este principala cauză de deces prin cancer la bărbați și a doua cauza de deces prin cancer la femeile din întreaga lume. Prognosticul pacienților cu SCLC este sumbru, cu o rată de supraviețuire la 5 ani mai mică de 5% și o perioadă medie de supraviețuire globală de doar 2-4 luni pentru cei care nu primesc niciun tratament activ. Principalul factor de risc pentru SCLC rămâne fumatul, care este, de asemenea, si cauza încărcăturii mutaționale mari a acestei forme de cancer. Detectarea timpurie a SCLC este dificilă din cauza lipsei simptomelor specifice și a creșterii rapide a tumorii, ceea ce face ca abordările actuale de screening să fie ineficiente în diagnosticarea pacienților în stadiile incipiente ale bolii. Stadiul extins al bolii reprezintă aproximativ 65% din cazurile noi.

Opțiunile terapeutice pentru SCLC sunt limitate. Intervenția chirugicală sub formă de lobectomie este o opțiune potențială pentru stadiul TNM I (T1-2N0M0) fără implicare mediastinală sau supraclaviculară. Chimioterapia standard de primă linie este reprezentata de combinația de etopozid cu săruri de platină. În stadiul limitat este necesară, de asemenea, radioterapie concomitentă sau secvențială la nivelul toracelui și mediastinului. Dacă s-a obținut un răspuns complet, iradierea cerebrală profilactică (PCI) este indicată pentru a preveni dezvoltarea ulterioară a metastazelor la nivel cerebral. În stadiul extins, chimioterapia este tratamentul de bază în prima linie. Supraviețuirea mediană globală (OS) pentru pacienții cu stadiu extins SCLC tratați cu chimioterapie standard de primă linie este de aproximativ 10 luni. SCLC este de obicei sensibil la tratamentul inițial; cu toate acestea, majoritatea pacienților dezvoltă recurența bolii, adesea prin diseminare la distanță. Extrem de puține medicamente sunt aprobate ca fiind eficiente pentru tratamentul de linia a doua a SCLC. Din cauza eficacității modeste a tratamentelor convenționale disponibile, de-a lungul anilor s-au desfășurat cercetări intense în încercarea de a se descoperi noi abordări terapeutice.

În ultimii ani, terapia țintită și imunoterapia au fost, de asemenea, testate în

numeroase trialuri clinice, cu rezultate de multe ori dezamăgitoare, dar și cu unele rezultate încurajatoare.

Având în vedere că imunoterapia, terapia țintită și chimioterapia acționează prin mecanisme diferite, combinația acestor tratamente poate obține efecte terapeutice mai mari cu prețul unor efecte secundare similare. Cu toate acestea, succesul acestei strategii va depinde de utilizarea unor eventuali biomarkeri validați pentru a selecta pacienții cu cea mai mare probabilitate de a beneficia de o astfel de abordare terapeutică. În general, se pare că există speranță la orizont pentru pacienții cu SCLC după multe decenii de studii negative și strategii aparent promițătoare, dar care nu au îmbunătățit prognosticul acestor pacienți.

POLUAREA AERULUI: UN UCIGAȘ NEVĂZUT

Alina Croitoru[1,3], Ruxandra Ulmeanu[1,2]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România
[2]Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie, Oradea, România
[3]Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

Poluarea atmosferică reprezintă actualmente o problemă globală cu efect direct asupra stării de sănătate. Printre consecințele asupra aparatului respirator se numara si cancerul pulmonar. Agenția Internațională de Cercetare a Cancerului (IARC) a clasificat poluarea aerului ca si cancerigen uman de clasa I.

Inhalarea particulelor poluante și depunerea lor la nivel alveolar declanșează o cascadă de evenimente patologice care pot duce în final la apariția tumorilor pulmonare. Consecințele sunt semnificative, o mare parte din totalul deceselor prin boli respiratorii și cancer pulmonar fiind atribuite poluării aerului.

Combaterea acestor efecte nocive trebuie să includă atât măsuri din partea persoanelor particulare (de ex. opțiuni de călătorie) cât și din partea profesioniștilor din sistemul administrativ și de sănătate.

AIR POLLUTION: AN UNSEEN KILLER

Alina Croitoru[1,3], Ruxandra Ulmeanu[1,2]

[1]„Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucharest, Romania
[2]Faculty of Medicine, University of Medicine and Pharmacy, Oradea, Romania
[3] „Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Air pollution is currently a global problem with a direct effect on health. Among the consequences on the respiratory system is lung cancer. The International Cancer Research Agency (IARC) has classified air pollution as a Class I human carcinogen.

Inhaling pollutant particles and depositing them at the alveolar level triggers a cascade of pathological events that can ultimately lead to the appearance of lung tumours. The consequences are significant, a big part of all deaths due to respiratory diseases and lung cancer are attributed to air pollution.

Combating these harmful effects should include both measures by individuals (eg travel options) as well as by professionals in the administrative and health care system.

INFECȚIA COVID-19 - PROBLEMELE PACIENȚILOR CU NEOPLASM PULMONAR

Ruxandra Ulmeanu[1,2], Silviu-Mihail Dumitru[1]

[1]Institutul Național de Pneumologie „Marius Nasta”, Bucureşti, România
[2]Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie, Oradea, România

În România mai mult de 11000 de pacienți dezvoltă cancer pulmonar şi aproximativ 10000 își pierd viața prin cancer pulmonar. Acest număr trist face din cancerul pulmonar afecțiunea neoplazică cu cea mai mare rată a mortalității. Având în vedere caracteristicile tumorilor pulmonare, diagnosticul corect și complet este unul costisitor și anevoios. În conformitate cu recomandările Societății Europene de Oncologie Medicală, cheia diagnosticului în neoplaziile pulmonare este obținerea de țesut tumoral, iar bronhoscopia este standardul de aur pentru obținerea de țesut din tumorile pulmonare centrale. Însă bronhoscopia este o procedură cu un înalt risc de diseminare al agenților patogeni către cadrele medicale şi prin extensie către ceilalți pacienți. Gradul înalt de contagiozitate al SARS-CoV-2 și mortalitatea extrem de mare a pacienților ce au cancer pulmonar şi COVID-19 generează noi probleme în diagnosticul şi tratamentul acestor pacienți.

Infecția COVID-19 are o rată a fatalității semnificativ mai ridicată față de infecțiile virale respiratorii uzuale, în Romania rata fatalității atingând nivelul de 5%. Majoritatea fatalităților COVID-19 survin la pacienți în vârstă cu multiple comorbidități, dintre aceste comorbidități bolile neoplazice și mai cu seamă neoplasmul bronhopulmonar fiind factori de prognostic negativ semnificativi.

În această prezentare vă oferim perspectiva Departamentului de Endoscopie Bronșică din cadrul Institutului Național de Pneumologie „Marius Nasta” asupra acestui subiect.

COVID-19 INFECTION – PROBLEMS OF PATIENTS WITH LUNG CANCER

Ruxandra Ulmeanu[1,2], Silviu-Mihail Dumitru[1]

[1]„Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucharest, Romania
[2]Faculty of Medicine, University of Medicine and Pharmacy, Oradea, Romania

In Romania, more than 11.000 patients developed lung cancer and about 10.000 lost their lives to lung cancer. This sad number makes lung cancer the neoplasmic disease with the highest mortality rate. Given the characteristics of lung tumors, the correct and complete diagnosis is expensive and difficult. According to the recommendations of the European Society of Medical Oncology, the key to diagnosis in lung neoplasms is obtained tumoral tissue, and bronchoscopy is the gold standard for obtaining tissue from central lung tumors. But bronchoscopy is a procedure with a high risk of spreading pathogens to healthcare professionals and by extension to their patients. The high degree of contagion of SARS-CoV-2 and the extremely high mortality of patients with lung cancer and COVID-19 generate new problems in the diagnosis and treatment of these patients.

COVID-19 infection has a significantly higher fatality rate than common respiratory viral infections in Romania, the fatality rate reaching 5%. Most fatalities of COVID-19 occur in elderly patients with multiple comorbidities, among these comorbidities, neoplastic diseases and especially bronchopulmonary neoplasm, are significant negative prognostic factors.

In this presentation we offer the perspective of the Department of Bronchial Endoscopy within „Marius Nasta" National Institute of Pneumology, on this subject.

CANAL 1 / *1ST CHANNEL*

COOPERARE INTERDISCIPLINARĂ ȘI PNEUMOLOGIE/
INTERDISCIPLINARY COOPERATION AND PULMONOLOGY

DIABETUL ZAHARAT ȘI SINDROMUL DE APNEE OBSTRUCTIVĂ ÎN SOMN (SAOS)

Maria Moța[1], Diana Protasiewicz[1], Mihaela Vladu[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova, România

Introducere. Sindromul de apnee obstructivă în somn este o tulburare frecventă a somnului cauzată de colapsul intermitent parțial sau complet al căilor respiratorii superioare în timpul somnului, rezultând hipoxemie și hipercapnie intermitentă, fragmentarea somnului; SAOS are o prevalență de 17% în populația generală, atinge 40-70% la subiecții obezi și 58-86% la indivizii cu DZT2, deci semnificativ mai mare decât în populația generală.

Cum se diagnostichează SAOS: istoric și examen clinic; chestionarele de screening, sunt o metodă concisă și ușoară; pulsoximetrie, o metodă neinvazivă pentru monitorizarea saturației de oxigen; polisomnografia este standardul acceptat pentru diagnosticarea OSA. **Interconectări fiziopatologice între SAOS și disglicemie**: în DZT2 și DZ T1, hiperglicemia modifică răspunsul glomusului carotidian la stimulul hipoxic; la pacienții cu diabet, ateroscleroza carotidiană ar putea duce, de asemenea, la o atenuare a reactivității la hipoxemie, predispunând la SAOS; efectul neuropatiei autonome este, de asemenea, important (efect asupra controlului chimic al respirației prin modificarea semnalului chemoreceptorilor centrali și periferici); disfuncția endotelială, stresul oxidativ, inflamația sistemică, hipercoagulabilitatea, activarea simpatică, creșterea IR, dereglarea metabolică, modificările sistemului hormonal sunt alte mecanisme. **Concluzii:** SAOS cauzează episoade de hipoxie intermitentă, care pot duce la creșterea IR, a tonusului simpatic, a inflamației sistemice, toate fiind cauze care stau la baza apariției și dezechilibrării diabetului; stilul de viață sănătos, tratamentul antidiabetic, activitatea fizică regulată sunt recomandate împreună cu tratamentul standard al SAOS.

OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME (OSA) AND TYPE 2 DIABETES

Maria Mota[1], Diana Protasiewicz[1], Mihaela Vladu[1]

[1]University of Medicine and Pharmacy, Craiova, Romania

Introduction. Obstructive sleep apnea (OSA) is a prevalent sleep disorder caused by intermittent partial or complete collapse of the upper airway, during sleep resulting in intermittent hypoxemia and hypercapnia, sleep fragmentation; OSA has a prevalence of 17% in the general population, which reaches 40–70% in obese subjects and 58–86% in individuals with T2DM, therefore significantly higher than the total population.

How to diagnose OSA: history and clinical examination; screening questionnaires, are a concise and easy-method; pulse oximetry, a noninvasive method for monitoring a person's oxygen saturation; polysomnography is the accepted standard for diagnosing OSA.

Physiophathologic interconnections between OSA and dysglycemia: in T2DM and T1DM, hyperglycemia alters the responsiveness of the carotid body to the hypoxic stimulus; in the diabetic subjects, the carotid atherosclerosis could also lead to a dampening of the reactivity to hypoxemia, predisposing to the OSA; the effect of autonomic neuropathy is also important (effect on the chemical control of respiration by altering the signal of central and peripheral chemo receptors); endothelial dysfunction, oxidative stress, systemic inflammation, hypercoagulability, sympathetic activation, increased IR, metabolic dysregulation, changes in hormonal system are others mechanisms.
Conclusions: OSA causes episodes of intermittent hypoxia (IH) that can lead to an increase in IR, sympathetic tone, systemic inflammation, all of which underlie the development and maintenance of diabetes; healthy lifestyle, antidiabetic treatment, regular physical activity are recommended along with standard treatment of OSA.

CANAL 1 / *1ST CHANNEL*

PROVOCĂRI ACTUALE ÎN PNEUMOLOGIA PEDIATRICĂ/

CURRENT CHALLENGES IN PEDIATRIC PNEUMOLOGY

CAPCANE DE DIAGNOSTIC ÎN BOLILE RESPIRATORII LA COPIL

Carmen Zăpucioiu[1], Alexandru Ulmeanu[1,2], Simona Moșescu[1]

[1]Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu", București, România
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București, România

Atunci când un medic examinează un copil cu boală respiratorie, deseori se confruntă cu o serie de „capcane". Această situație se regăsește în embriogeneza aparatului respirator la copil. Alte aspecte pot ține de anamneza incertă oferită de apartinatori sau piste false în anamneza, făcute uneori cu intenție, prezența de pseudomanifestari clinice.

Astfel:

1. Junghiul toracic bazal poate fi înlocuit cu durere abdominală.

2. Manifestările extrarespiratorii, în special digestive, le pot masca pe cele respiratorii.

3. La nou-născut și sugar tusea poate lipsi, deși ea este un simptom constant în pneumoniile copilului mare și adultului.

4. Tusea poate agrava hipoxia, îngreuna alimentația și poate fi cauza de deshidratare.

5. De asemenea, febra într-o pneumonie sau pleurezie la nou-născut poate fi variabilă sau poate fi absentă, mergând până la hipotermie, ceea ce este un semn de mare gravitate sau pacientul poate prezenta instabilitate termică.

6. De multe ori motivul prezentării la medic la debutul unei pneumonii la sugarul mic poate fi apariția unei crize de apnee cu cianoză.

7. Afecțiunile cele mai frecvent întâlnite că fiind cu „capcane" sunt pneumonia, pleurezia, pneumotoraxul, aspirația de corpi străini, malformațiile pulmonare.

DIAGNOSTIC TRAPS IN CHILD RESPIRATORY DISEASES

[1]Carmen Zăpucioiu[1], Alexandru Ulmeanu[1,2], Simona Mosescu[1]

[1] „Grigore Alexandrescu" Children's Emergency Clinical Hospital, Bucharest, Romania
[2] „Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

When a doctor examines a child with respiratory disease, they often face a series of „traps". This situation is found in the embryogenesis of the respiratory system in children. Other aspects may be related to the uncertain anamnesis offered by relatives or even false leads in the anamnesis, which are sometimes done on purpose, as well as the presence of clinical pseudosymptoms.

Therefore:

1. The basal thoracic pain may be replaced by abdominal pain.

2. Extraspiratory manifestations, especially digestive ones, can mask the respiratory ones.

3. In the newborn and infant cough, which is a constant symptom of pneumonia in the older child and adult may be absent.

4. Coughing can aggravate hypoxia, make it difficult to eat and can cause dehydration.

5. Also, fever in pneumonia or pleurisy in the newborn may be variable or may be absent, leading to hypothermia, which is a sign of great severity - or the patient may have temperature instability.

6. Often the reason for coming to the doctor at the onset of pneumonia in young infants may be the appearance of an apnea episode with cyanosis.

7. The most common diseases that may present „traps" are pneumonia, pleurisy, pneumothorax, foreign body aspiration, and lung malformations.

FIBROZA CHISTICĂ – TRANZIȚIA DE LA BOALA COPILĂRIEI LA BOALA ADULTULUI

Simona Mosescu[1]

[1]Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu”, București, România

Fibroza chistică este cea mai frecventă boală monogenică, autozomal recesivă în rândul populației caucaziene, afectând ~ 100.000 de oameni pe glob. Este cauzată de mutația genei fibrozei chistice localizată pe brațul lung al cromozomului 7, ceea ce determină proteina CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) deficientaă, funcționând ca și canal de clor, aflată în membranele celulelor epiteliale exocrine. Sunt prioritar afectate: sistemul respirator și digestiv. Sunt peste 2000 de mutații descoperite , în prezent încadrate în 6 clase moleculare, utile clinic și terapeutic. Dezvoltarea arsenalului terapeutic a dus la creșterea semnificativă a speranței de viata, astfel ca din 2015, numarul adultilor cu FC depaseste numarul copiilor cu FC. Durata mediana de viață depășește 40 de ani în multe regiuni ale globului. Adultul prezintă însă manifestări severe predominant pulmonare. Lucrarea de față își propune să unească activitatea pediatrului cu cea a pneumologului, astfel ca pacientul cu FC să poată avea o speranțță de viață mai bună și o calitate a acesteia mai bună. Odată cu vârsta se asociază și alte complicații: diabet zaharat, boală hepatică, boală renală, osteopatie, dar prioritară și cu valoare prognostică rămâne afectarea pulmonară: pneumopatia cronică obstructivă progresivă. Sunt prezentate: fiziopatologia, datele moderne de biologie moleculară, manifestările clinice și imagistice și verigile terapeutice actuale inclusiv indicațiile pentru transplant pulmonar. De asemenea, la fel ca în perioada copilăriei, și adultul, de această dată independent, va fi încurajat să-și urmeze tratamentul cronic, obligatoriu, care este consumator de timp, dar care cu certitudine crește durata și calitatea vietii.

CYSTIC FIBROSIS - THE TRANSITION FROM CHILDHOOD DISEASE TO ADULT DISEASE

Simona Mosescu[1]

[1]„Grigore Alexandrescu" Emergency Hospital for Children, Bucharest, Romania

Cystic fibrosis is the most common monogenic, autosomal recessive disease in the Caucasian population, affecting ~ 100.000 people worldwide. Cystic fibrosis gene is situated on the long arm of Chromosome 7 and determine synthesis of a protein called CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) functioning as a chlorine channel in the membranes of exocrine epithelial cells. The following are primarily affected: the respiratory and digestive systems. There are over 2000 mutations discovered, currently included in 6 molecular classes, clinically and therapeutically useful. The development of the therapeutic arsenal has led to a significant increase in life expectancy, so that since 2015, the number of adults with CF exceeds the number of children with CF. The median lifespan exceeds 40 years in many regions of the globe. However, the adult has predominantly severe pulmonary manifestations. This paper aims to make a union between the work of the pediatrician with that of the pulmonologist, so that the patient with CF can have a better life expectancy and a better quality of life. With age, other complications are associated: diabetes, liver disease, kidney disease, osteopathy, but the priority and with prognostic value remains lung damage: progressive chronic obstructive pulmonary disease. Presented are: pathophysiology, modern molecular biology data, clinical and imaging manifestations and current therapeutic links including indications for lung transplantation. Also, as in childhood, the adult, this time independently, will be encouraged to follow the chronic, mandatory treatment, which is time consuming, but which certainly increases the duration and quality of life.

ASTMUL ALERGIC PEDIATRIC ÎN VREMEA PANDEMIEI SARS-COV-2

Mirela Luminița Pavelescu[1], Daniela Păcurar[1]

[1]Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu”, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

La sfârșitul anului 2019 a fost identificat un nou coronavirus, incriminat într-un numar mare de pneumonii în orașul Wuhan, în China. Acesta s-a răspândit rapid în întreaga lume, astfel încât în februarie 2020, OMS definește o nouă afecțiune, COVID-19, Sindrom de Detresă Respiratorie Acută Determinată de Infecția SARS-CoV-2. Deși copiii fac forme mai puțin severe decât adultii, ei pot fi infectați cu SARS-CoV-2, iar anumite condiții medicale preexistente pot reprezenta un risc pentru a dezvolta Sindromul Inflamator Multisistemic, acesta caracterizând formele severe de COVID-19. Sunt descrise mai multe mecanisme posibile pentru formele severe de COVID-19, însă deținem informații destul de limitate în ce privește impactul asupra aparatului respirator și mai ales a căilor respiratorii inflamate cronic. Bazat pe cunoștințele actuale, astmul alergic sever poate fi un factor de risc pentru infecția severă SARS-CoV-2, datorită inflamației cronice a căilor respiratorii dar, cu toate acestea, s-au raportat puține cazuri de copii cu astm alergic și care sa dezvolte forme severe de detresă respiratorie SARS-CoV-2. Nu este cunoscută o metodă care să confere protecție 100% împotriva SARS-CoV-2 și căutam argumente științifice și tehnici care să reducă riscul de evoluție către boală severă, care să ne ajute să protejăm pacienții cu boli cronice pe cât de mult posibil. Evitarea expunerii, masca, igiena corectă a tegumentelor reprezintă recomandările standard, riguroase, dar ce impact social și educațional au aceste masuri? Cum afectează ele calitatea vieții copiilor cu astm alergic? Cât putem reduce din ele fără a pune în pericol viețile pacienților?

PEDIATRIC ALLERGIC ASTHMA IN SARS-COV-2 PANDEMIC

Mirela Luminita Pavelescu[1], Daniela Păcurar[1]

[1]„Grigore Alexandrescu" Emergency Hospital for Children, „Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

At the end of 2019, it was identified a new coronavirus, involved in a large number of pneumonia in Wuhan, China. This spread rapidly to the entire world, so in February 2020, WHO defined a new disease – COVID-19, Acute Respiratory Distress Syndrome, caused by SARS-CoV-2 infection. Although children develop less severe forms of disease, they can be infected with SARS-CoV-2, and some previous medical conditions could be involved in Multisystemic Inflammatory Syndrome, this one being the most severe manifestation of SARS-CoV-2 infection. There are known many possible mechanisms for severe COVID-19, but we have limited information about the impact on chronic sore respiratory tract. Based on what we know, severe allergic asthma could represent a risk factor for severe infection SARS-CoV-2, because of the chronic sore of respiratory tract, however, only few cases of children with allergic asthma who developed severe respiratory distress SARS-CoV-2 have been reported. It is not known any method capable to offer a 100% protection and we are looking for scientific arguments and technics to reduce the risk for a severe disease, and to help us to protect patients with chronic diseases as much as possible. Avoid exposure, mask, rigorous skin hygiene, are standard recommendation, but what educational and social impact do they have? How do they affect quality of life for asthma patients? How much can we reduce them without endangering our patients´ lives?

SINDROM BUDD CHIARI – CAUZĂ RARĂ DE HIDROTORAX LA COPIL

Alexandru Ulmeanu[1,2], Simona Mosescu[1], Carmen Zapucioiu[1,2], Radu Nicolaescu[1], Laura Bălănescu[1,2]

[1] Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu”, București, România
[2] Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

Sindromul Budd Chiari este caracterizat prin obstrucția fluxului venos hepatic si reprezintă o entitate rară în patologia pediatrică. El se poate prezenta sub formă acută, cronică și fulminantă. Obstrucția fluxului venos hepatic produce creșterea presiunii sinusoidale și duce la dezvoltarea hipertensiunii portale. Leziunile hipoxice ale hepatocitelor pot induce necroza centrolobulară, iar extensia necrozei hepatocitare poate produce în evoluție leziuni hepatice ireversibile și ciroza.

Autorii prezintă cazul unei fete în vârstă de 1 ani si 8 luni ce se prezintă pentru pleurezie de mare cavitate dreaptă apărută în context febril. În dinamică după efecutarea drenajului pleural copilul începe să prezinte distensie abdominală importantă cu acumularea lichidului de ascită. Examinarea CT ulterioară evidențiază congestie venoasă intrahepatică cu trunchiuri venoase suprahepatice opacifiate tardiv și venă suprahepatică dreaptă fără priză de contrast, cantitate mare de lichid liber intraperitoneal și revărsat pleural bilateral în cantitate mică. Aspectul ecografic este sugestiv pentru stenoza de vene suprahepatice. Este evaluată prin screening pentru trombofilie ereditară și se constată prezența a 3 mutații cu risc moderat. Deoarece evoluția pe parcursul internării este nefavorabilă aceasta prezintă pierderi importante lichidiene, de proteine și dezechilibre hidroelectrolitice și acido-bazice importante se efectueaza de urgență venografie prin abord jugular drept. Se reuseste cu dificultate cateterizarea venei hepatice stângi și se practică cu succes venoplastie cu balon cu rezolvarea stenozei. Nu se reușește cateterizarea celorlalte vene hepatice. Evoluția pacientei a fost favorabilă fiind externată cu tratament anticoagulant la domiciliu. Este reevaluată tomografic dupa 1 an si 6 luni în care evoluția clinică a fost favorabilă: vena suprahepatică dreaptă cu calibru redus si opacifiere tardiva iar venele suprahepatice medie si stangă omogen opacifiate cu ram colateral prezent. Ficat omogen cu dimensiuni normale.

BUDD CHIARI SYNDROME - A RARE CAUSE OF HYDROTORAX IN CHILDREN

Alexandru Ulmeanu[1,2], Simona Mosescu[1], Carmen Zapucioiu[1,2], Radu Nicolaescu[1], Laura Balanescu[1,2]

[1]„Grigore Alexandrescu" Emergency Clinical Hospital for Children, Bucharest, Romania
[2]„Carol Davila" Universitaty of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Budd Chiari syndrome is characterized by obstruction of hepatic venous flow and is a rare entity in pediatric pathology. It can present in acute, chronic and fulminant form. Obstruction of hepatic venous flow increases sinusoidal pressure and leads to the development of portal hypertension. Hypoxic lesions of hepatocytes can induce centrilobular necrosis, and the extension of hepatocyte necrosis can progress to irreversible liver damage and cirrhosis. The authors present the case of a girl aged 1 year and 8 months who presents with fever and a right pleural effusion. After performing pleural drainage, the child begins to show significant abdominal distension with the accumulation of ascites fluid. Subsequent CT examination reveals intrahepatic venous congestion with late-opacified suprahepatic venous trunks and right suprahepatic vein without contrast, large amount of intraperitoneal fluid and a small bilateral pleural effusion. The ultrasound appearance is suggestive for suprahepatic vein stenosis. The patient was screened for hereditary thrombophilia and 3 mutations with moderate risk were found. The evolution during hospitalization is unfavorable, the child presents important fluid and protein losses and hydroelectrolytic and acid-base imbalances and venography is performed. Catheterization of the left hepatic vein and balloon venoplasty with stenosis reduction is successfully performed. Catheterization of the other hepatic veins fails. The patient's evolution was favorable, being discharged with anticoagulant treatment at home. It is re-evaluated with CT after 1 year and 6 months in which the clinical evolution was favorable: right suprahepatic vein with small caliber and late opacification and the middle and left suprahepatic veins are homogeneously opacified with collateral branch present. The liver has normal aspect and normal dimensions.

CANAL 2 / *2ND CHANNEL*

PNEUMOLOGIA ROMÂNEASCĂ DINCOLO DE PRUT/

ROMANIAN PNEUMOLOGY BEYOND PRUT

REZISTENȚA LA ANTIBIOTICE ÎN INFECȚIILE RESPIRATORII - ECUAȚIE CU MAI MULTE NECUNOSCUTE

Victor Botnaru[1]

[1]Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Rezistența la antibiotice crește într-un ritm alarmant. În Europa anual, se estimează 33.000 de decese din cauza infecțiilor bacteriene cu rezistență multiplă la medicamente (MDR). La nivel mondial germeni precum *Streptococcus spp., Pseudomonas aeruginosa și Mycobacterium tuberculosis* sunt frecvent implicați în infecții respiratorii, având adesea susceptibilitate redusă la mai multe clase de antibiotice. Datele din Republica Moldova relevă o situație îngrijorătoare în ceea ce privește germenii MDR în astfel de boli respiratorii precum pneumonia nosocomială, tuberculoza și bronșiectaziile. Astfel, au fost deja înregistrate primele cazuri de rezistență la bedaquilină, medicament recent introdus pentru tratamentul bolnavilor de tuberculoză. De asemenea, ratele de rezistență față de antibioticele beta-lactamice și fluorochinolonele de ultimă generație la germenii din grupul ESKAPE izolați la pacienții cu pneumonii nosocomiale ajung la 70% și 50% respectiv, iar rezistența extinsă a tulpinilor de *Pseudomonas aeruginosa* la pacienții cu bronșiectazii, ar putea deveni o provocare greu de depășit în viitorul apropiat. Rezistența germenilor față de antibiotice corelează cu nivelul consumului acestor medicamente, iar utilizarea nerațională este cauza majoră de apariție a rezistenței antimicrobiene. Bateria de antibacteriene disponibilă pentru tratamentul infecțiilor bacteriene multirezistente este limitată, ceea ce cauzează morbiditate și mortalitate sporite prin infecțiile respiratorii.

ANTIMICROBIAL RESISTANCE IN RESPIRATORY INFECTION – AN EQUATION WITH MULTIPLE VARIABLES

Victor Botnaru[1]

[1] „Nicolae Testemitanu" State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova

Antibiotic resistance is increasing at an alarming rate. Every year, an estimated 33,000 patients die due to multiple drug resistance (MDR) bacterial infections in Europe. Worldwide, *Streptococcus spp., Pseudomonas aeruginosa,* and *Mycobacterium tuberculosis* frequently are implicated in respiratory infections, often manifesting with reduced susceptibility to multiple classes of antibiotics. The data from the Republic of Moldova have revealed a disquieting situation with MDR germs in such respiratory disease like nosocomial pneumonia, pulmonary tuberculosis, and bronchiectasis. Thus, first cases of resistance to recently introduce drugs for the treatment of tuberculosis such as bedaquiline, have already emerged. As well the rates of resistance against beta-lactams and latest generation fluoroquinolones in germs from ESKAPE group isolated in patients with nosocomial pneumonias reach 70% and 50%, respectively. Extensive resistance of *Pseudomonas aeruginosa* strains in patients with bronchiectasis could become at overwhelming challenge in the upcoming future. Antibiotic-resistance correlate with the level of antibiotic consumption. Non-rational use of antibiotics is mostly responsible for making the bacteria resistant. The antibiotic treatment battery for existing or emerging hard-to-treat multidrug-resistant bacterial infections is limited, resulting in high morbidity and mortality report.

TRATAMENTUL ANTIBACTERIAN AL PNEUMONIILOR COMUNITARE ÎN PERIOADA PANDEMIEI COVID-19: PROVOCĂRI ȘI DIFICULTĂȚI

Doina Rusu[1,2]

[1]Disciplina Pneumologie și Alergologie, „Nicolae Testemițanu" Universitatea de Stat de Medicină și Faramacie, Chișinău, Republica Moldova
[2]Institutul de Pneumoftiziologie „Chiril Draganiuc", Chișinău, Republica Moldova

Pandemia cu virusul SARS-CoV-2 a devenit o problemă de sănătate publică de dimensiuni istorice. Contagiozitatea, afectarea preponderent respiratorie cu suprasolicitarea serviciilor de terapie intensivă și mortalitatea crescută la pacienții spitalizați au fost principalele provocări pentru sistemele medicale. Managementul clinic al infecției respiratorii acute din start s-a bazat pe recomandările ghidurilor actuale dedicate pneumoniilor comunitare, care presupun spitalizarea și antibioterapia empirică la pacienții care prezintă febră, tuse și consolidate bilaterale pulmonare. În pofida etiologiei virale, judecata clinică a medicilor rămâne și în continuare modulată de cunoștințele acumulate din pandemiile anterioare cu virusul gripei, în care suprainfecțiile bacteriene (confirmate la peste 1/3 pacienți) se făceau responsabile de evoluția agravată a bolii, de decese și de consumul resurselor sistemului medical. Deși incidența exactă a co-infecției bacteriene la pacienții cu COVID-19 nu este cunoscută, este unanimă opinia că aceasta este net-inferioară comparative cu gripa.

Totuși, în întreaga lume se înregistrează o prescripție extinsă și excesivă de antibiotice de spectru larg la majoritatea patienților cu COVID-19 (la circa 70%). Utilizarea antibioticelor a crescut dramatic în anul 2020, începând cu martie-aprilie, comparativ cu anul 2019, fapt modulat și de multiplele incertitudini legate de acest virus nou, de lipsa preparatelor antivirale cu eficiența demonstrată, la care se adaugă și anxietatea atât a medicilor, cât și a pacienților. Acest lucru este îngrijorător în contextul problemelor globale de utilizare crescută a antimicrobienelor și în condițiile rezistenței antimicrobiene progresive alarmant la nivel mondial. Societățile medicale, OMS vin cu recomandări întru reglementarea tratamentului antibacterian la pacienții COVID-19.

ANTIBACTERIAL TREATMENT OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA DURING THE COVID-19 PANDEMIC: CHALLENGES AND DIFFICULTIES

Doina Rusu[1,2]

[1]Department of Pneumology and Allergology, „Nicolae Testemițanu" State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldavia

[2]„Chiril Draganiuc" Institute of Pneumophtysiology, Chisinau, Republic of Moldavia

The SARS-CoV-2 pandemic becomes a public health problem of historic dimensions. Contagiousness, predominant respiratory involvement, overload of intensive care services and increased mortality in hospitalized patients were the main challenges for medical systems.

The standard clinical management in patients with fever, cough, and bilateral radiological consolidation is according the recommendations of current guidelines for community-acquired pneumonia, with hospitalization and empirical antibiotic therapy. Despite the viral etiology, a standard reflex by physicians to start antibiotic treatment is based on the experience with bacterial superinfection in influenza (reported in over 1/3 of cases) and associated with more severe illness, increased risk of death and greater use of healthcare resources.

However, there is an extensive and excessive prescription of broad-spectrum antibiotics worldwide in most patients with COVID-19 (in about 70%). The use of antibiotics increased dramatically through March and April 2020, compared to 2019. This was modulated by the multiple uncertainties related to this new virus, the lack of antiviral drugs with proven effectiveness, but also by the anxiety of doctors, as well as patients.

The global widespread and excessive prescription of antibiotics is an important problem in the context of alarming progressive antimicrobial resistance worldwide. WHO, medical societies address new recommendations regarding the use of antibiotics in COVID-19 patients.

REZECȚIE FIBROENDOSCOPICĂ COMBINATĂ DIATERMO-LASER ÎN NEOFORMAȚIUNILE BENIGNE ALE LARINGELUI, TRAHEII ȘI BRONHIILOR

Petru Gurău[1]

[1]Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”, Chișinău, Republica Moldova

Intervenții minim invazive în neoformațiunile benigne ale căilor respiratorii prezintă interes clinic major.

Rezecție combinată (diatermo-LASER) a fost efectuată la 55 de pacienți diagnosticați cu neoformațiuni benigne ale laringelui (39) și arborelui traheo-bronșic (16).

În 46 de cazuri, operația endoscopică a fost efectuată sub anestezie locală cu premedicație, în 9 cazuri – sub anestezie generală cu ventilare în jet la frecvență înaltă (VJFI).

În lucru s-a folosit fibrobronhoscop terapeutic și laserul Nd:YAG. După excizia diatermică a componentului exofitic al neoformațiunii s-a efectuat vaporizarea laser a leziunii restante.

În neoformațiunile laringiene, în toate cazurile (39), a fost obținut rezultatul scontat – ablația completă a leziunii vizibile. În 7 cazuri s-au efectuat intervenții repetate pentru leziuni recidivante: granulom nespecific – 3 din 6 cazuri (interval 1-6 luni); papilom - 4 din 11 cazuri (interval 5 luni - 5 ani). În tumorile traheo-bronșice rezultatul scontat (abația completă a leziunii vizibile) a fost obținut în 15 din 16 cazuri. Perioada de observare în dinamică după tratament reușit a variat între o lună și 80 de luni.

Rezultatele obținute permit să constatăm că utilizarea rezecției fibroendoscopice combinate diatermo-laser este o abordare efectivă în tratamentul neoformațiunilor benigne ale laringelui, traheii și bronhiilor mari în prezența unui component exofitic bine evidențiat, permițând obținerea unui efect curativ radical în tumorile limitate. Diatermoexcizia cu ajutorul ansei permite reducerea timpului intervenției, în timp ce ablația laser favorizează radicalismul operației. Printre avantajele abordării prin endoscopie flexibilă menționăm posibilitatea evitării anesteziei generale, fapt care permite obținerea unui efect economic pozitiv, intervenția fiind efectuată în condiții de ambulator.

FIBERENDOSCOPIC COMBINED DIATHERMY-LASER RESECTIONS IN BENIGN NEOPLASMS OF LARYNX, TRACHEA AND BRONCHI

Petru Gurau[1]

[1]„Timofei Mosneaga" Republican Clinical Hospital, Chisinau, Republic of Moldovia

Minimally invasive interventions for benign airway neoplasms are of major clinical interest.

Combined diathermy-laser resections were performed on 55 patients with benign neoplasms of larynx (39) and tracheobronchial tree (16).

In 46 cases endoscopic operations were performed under local anesthesia with premedication, in 9 cases – under general anesthesia with high frequency jet ventilation (HFJV).

After snare diathermy excision of the exophytic component of the tumor, Nd:YAG laser vaporization of the residual lesion was performed, flexible laser guide being introduced through the working channel of therapeutic fiber bronchoscope.

In larynx lesions, positive effect (complete ablation of the visible lesion) was obtained in all the cases (39). In 7 cases repeted interventions for recurrent lesions were performed: in 3 from 6 cases of nonspecific granuloma and in 4 from 11 cases of papilloma. In tracheobronchial tumors the expected result (complete lesion ablation) was obtained in 15 from 16 cases. Follow-up period after successful treatment varied from 1 to 80 months.

Obtained results permit us to state, that using of combined diathermy-laser resection is an effective minimally invasive approach for the treatment of benign neoplasms of the larynx, trachea and large bronchi in the presence of a prominent exophytic component, allowing obtaining a radical curative effect for limited tumors. Snare diathermy excision permits shortening of intervention time, and laser ablation favours radicalism of the operation. As advantages of the flexible endoscopic approach, we mention the possibility to avoid general anesthesia, that allows obtaining a positive economic effect, the intervention being performed as outpatient procedure.

CANAL 2 / *2ND CHANNEL*

SIMPOZION COMUN: SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PNEUMOLOGIE – SOCIETATEA ROMÂNĂ DE CARDIOLOGIE /

JOINT SYMPOSIUM: ROMANIAN SOCIETY OF PNEUMOLOGY – ROMANIAN SOCIETY OF CARDIOLOGY

TROMBOEMBOLISMUL VENOS ÎN COVID-19 - ANTICOAGULAREA DESCHIDE CALEA

Antoniu Octavian Petriș[1,2]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași, România
[2]Clinica de Cardiologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Spiridon”, Iași, România

Pandemia actuală a reamintit tuturor importanța tromboprofilaxiei în cursul infecțiilor severe. COVID-19 determină apariția unui status hipercoagulant, iar generarea unui tromboembolism venos (TEV) este una dintre consecințele acestei legături primejdioase inflamație-tromboză. S-a constat formarea trombilor la nivelul vaselor mici, cel mai frecvent din periferia pulmonară și, deseori, nu a fost identificată prezența unei infecții secundare semnificative. Mai mult, în pofida administrării dozelor profilactice de 4000 UI/zi pentru heparină cu greutate moleculară mică (HGMM) sau, dacă aceasta nu este disponibilă, de 5-8 U/kg/oră pentru heparină nefracționată, un număr mare de pacienți au dezvoltat complicații trombotice amenințătoare de viață. HGMM pot fi subdozate în cazul pacienților obezi. Faptul că HGMM ar avea proprietăți antiinflamatorii poate constitui un beneficiu suplimentar în contextul COVID-19. În general, e recomandată administrarea HGMM de două ori pe zi (unii clinicieni utilizează anticoagulare parenterală cu doză intermediară sau cu doză completă), pe cale subcutanată (ceea ce reduce utilizarea excesivă a echipamentului de protecție personală precum și expunerea personalului). Anticoagulantele orale directe (DOAC) nu au nevoie de monitorizare, ajută la planificarea externării și la gestionarea ambulatorie a cazului, dar nu se cunosc toate efectele adverse care pot surveni din interacțiunea DOAC-medicație antivirală. Profilaxia extinsă cu HGMM sau cu DOAC poate reduce riscul de apariție a TEV, dar poate aduce un risc hemoragic sporit. Dacă profilaxia farmacologică este contraindicată, trebuie luată în considerare profilaxia mecanică a TEV (compresie pneumatică intermitentă). La externare, administrarea de DOAC sau HGMM este preferată deoarece limitează interacțiunea ulterioară a a pacienților cu servicii medicale.

VENOUS THROMBOEMBOLISM IN COVID-19 - ANTICOAGULATION PAVES THE WAY

Antoniu Octavian Petris[1,2]

[1]„Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iasi, Romania
[2]Clinic of Cardiology, „Sf. Spiridon" Emergency County Clinical Hospital Iași, Romania

The current pandemic has reminded everyone the importance of thromboprophylaxis during severe infections. COVID-19 causes a hypercoagulant status and the generation of a venous thromboembolism (VTE) is one of the consequences of this dangerous inflammation-thrombosis link. Thrombus formation was found in small vessels, most commonly in the periphery of the lungs, and often no significant secondary infection was identified. Moreover, despite prophylactic doses of 4000 IU/day for low molecular weight heparin (HGMM) or, if not available, 5-8 IU / kg / hour for unfractionated heparin, a large number of patients developed life-threatening thrombotic complications. HGMM can be underdosed in obese patients. The fact that HGMM has anti-inflammatory properties may be an additional benefit in the context of COVID-19. It is generally recommended to take HGMM twice a day (some clinics use intermediate or full dose parenteral anticoagulation) subcutaneously (which reduces excessive use of personal protective equipment and personal exposure). Direct oral anticoagulants (DOAC) do not need monitoring, help with discharge planning and the outpatient management of the case, but not all adverse effects that may occur from the interaction of DOAC-antiviral medication are known. Extended prophylaxis with HGMM or DOAC may reduce the risk of VTE, but may increase the risk of bleeding. If pharmacological prophylaxis is contraindicated, mechanical prophylaxis of VTE (intermittent pneumatic compression) should be considered. At discharge, the administration of DOAC or HGMM is preferred because it limits the subsequent interaction of patients with medical services.

CANAL 2 / *2ND CHANNEL*

CAZURI CLINICE COMENTATE ÎN PNEUMOLOGIA PEDIATRICĂ /

COMMENTED CLINICAL CASES IN PEDIATRIC PNEUMOLOGY

CAZ DE INSUFICIENȚĂ RESPIRATORIE LA O ADOLESCENTĂ CU BOALĂ INFLAMATORIE

Marcela Ionescu[1,2], Lavinia Marin[1], Nicoleta Popescu[1], Georgiana Căpitănescu[1], Mihaela Bălgrădean[1,2]

[1] Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „M.S. Curie”, București, România
[2] Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

Sindromul de overlap DMJ/sclerodermie, deși rar în pediatrie, poate crea dificultăți, prin complicațiile pulmonare.

Prezentăm cazul unei adolescente de 15 ani, internată pentru tuse și febră, cu istoric de slăbiciune musculară a membrelor inferioare în ultimul an, asociind disfonie, dificultăți de deglutiție, dispnee și scădere ponderală. Examenul clinic: hipotrofie ponderală, facies hipomimic, deficit motor proximal, tahipnee, SpO2=90%, diminuarea murmurului vezicular în 1/3 inferioară a hemitoracelui drept, raluri crepitante și ronflante bilateral, tuse ineficientă, absența reflexului velopalatin, atrofia limbii, dizartrie, tulburare de deglutiție, ROT vii. Paraclinic: sindrom inflamator, enzimele musculare crescute. Imagistic: opacitate pulmonară în lobul inferior drept și tulburări de ventilație. EMG fiind neconcludentă, impune investigații suplimentare pentru excluderea cauzelor de sindrom de neuron motor central și periferic și disfuncție bulbară. Sub tratament antibioterapic și corticoterapie primele 5 zile, evoluția este favorabilă, cu scăderea febrei și ameliorarea ușoară a forței musculare și a tulburărilor de deglutiție. În evoluție, reapare febra, sindrom funcțional respirator sever, agravarea deficitului motor și apariția unor papule metacarpian bilateral, sugestive pentru papule Gottron. Reevaluarea arată creșterea enzimelor musculare, radiografia pulmonară si ecografia toracică indică opacitate în lobul inferior drept, însoțită de mică lamă lichidiană, alaturi de diminuarea transparenței pulmonare bilateral, confirmată de HRCT, care sugerează modificări de fibroza interstitiala. Probele funcționale respiratorii indică restricție severă, necesitând ventilație non-invazivă continuă- BiPAP cu oxigen. Repetarea EMG confirma traseu miogen, iar modificarile capilaroscopiei și anticorpii anti PM/SCL susțin diagnosticul de sindrom de overlap DMJ/sclerodermie.

Ne-am confruntat cu un caz de insuficiență respiratorie severă, în contextul unei boli inflamatorii.

A CASE OF RESPIRATORY FAILURE AT AN ADOLESCENT WITH AN INFLAMMATORY DISEASE

Marcela Ionescu[1,2], Lavinia Marin[1], Nicoleta Popescu[1], Georgiana Capitanescu[1], Mihaela Balgradean[1,2]

[1] „M.S. Curie" Emergency Hospital for Children, Bucharest, Romania
[2] „Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Overlap JDM/Scleroderma syndrome, although rare in pediatrics, can be challenging, due to pulmonary complications.

We present the case of a 15-years-old girl, admitted for cough and fever, with one-year history of lower limbs' weakness, later associating dysphonia, swallowing difficulties, dyspnea and weight loss. Physical examination: underweight, hypomimia, proximal muscle weakness, tachypnea, SpO2= 90% in room air, decreased breath sounds in the lower 1/3 right lung, bilateral crackles and rhonchi, ineffective cough, absence of palatine reflex, atrophy of the tongue, dysarthria, impairment of deglutition, hyperactive tendon reflexes. Paraclinical: inflammatory syndrome, elevated levels of muscle enzymes. Imaging: opacity in the right lower pulmonary lobe. The first EMG was inconclusive, requiring further investigations to exclude causes of central and peripheral motor neuron syndromes and bulbar dysfunction. Following antibiotherapy and corticotherapy during the first five days, the evolution was favorable, with decreasing fever and mild improvement of muscle tone and deglutition. In evolution, the fever reappeared, associating severe respiratory distress, worsening muscular weakness and bilateral metacarpal papules, suggestive for Gottron papules. The reevaluation revealed elevated muscle enzymes, the thoracic radiograph and ultrasonography showed opacity of the lower right lobe associated with pleural effusion, diminished bilateral transparency, confirmed by HRCT, suggesting interstitial fibrosis. Pulmonary function tests showed severe restriction, necessitating non-invasive ventilation- BiPAP with oxygen. Another electromyography revealing myogenic abnormalities, the nailfold capillaroscopy showing low density of capillaries and positive anti-PM/SCL antibodies sustained the diagnosis of JDM-scleroderma overlap syndrome.

We managed a case of severe respiratory failure, in context of preexistent inflammatory disease.

DIFICULTĂȚI DE MANAGEMENT AL UNEI PNEUMONII SEVERE LA COPIL

Ion-Alexandru Voropanov[1], Larisa Răduț[1], Radu Ghiorghiu[1], Iustina Violeta Stan[1]

[1]Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului „Alessandrescu-Rusescu”, București, România

Introducere: Destul de frecvent pacienții care primesc diagnosticul de pneumonie prezintă multiple comorbidități. Lucrearea de față vine să ofere câteva răspunsuri în ceea ce privește opțiunile paraclinice, investigațiile imagistice și opțiunile de tratament disponibile în fața unui pacient neurologic, cu multiple comorbidități, diagnosticat cu pneumonie cu pleurezie bazală.

Descrierea cazului: Prezentăm cazul unei adolescente în vârstă de 16 ani, cunoscută cu retard psihomotor sever, tetrapareză spastică și epilepsie în tratament, alimentată prin gavaj, care se prezintă clinicii noastre cu tuse productivă și febră (39 ^{0}C), avand în decursul ultimei luni două internări consecutive pentru diagnosticul de pneumonie.

Discuţii: Pacienta s-a prezentat cu stare generală mediocră, greutate de 17 kg, tuse productivă, diametrul antero-posterior toracic mic cu ampliații costale reduse bilateral, stetacustic murmur vezicular prezent bilateral, diminuat bazal stânga, cu raluri sibilante bilateral și submatitate în 1/3 inferioară stângă la care investigațiile paraclinice au decelat leucocitoză cu neutrofilie, sindrom biologic inflamator important și anemie hipocromă microcitară. S-au efectuat în urgență ecografie pulmonară și radiografie pulmonară stabilindu-se diagnosticul de pneumonie cu pleurezie bazală. Fiind totuși o pneumonie trenantă la un pacient neurologic cu pneumonii în antecedente, s-a efectuat CT pulmonar -ținându-se cont de riscurile precedurale, iar prin tehnici de reconstrucție și randare volumetrică 3D s-au stabilit diagnosticele de pneumonie necrozantă cu pleurezie și bronșiectazii.

Concluzii: Pacientul cu nevoi speciale, așa cum este pacientul neurologic reprezintă o provocare medicală, necesitând intervenție multidisciplinară și adecvarea investigațiilor și a tratamentului în funcție de comorbiditățile existente. Imagistica de înaltă rezoluție și post-procesarea, ne permit o diagnosticare mai exactă și o orientare eficientă a tratamentului.

DIFFICULTIES IN MANAGING SEVERE PNEUMONIA IN CHILDREN

Ion-Alexandru Voropanov[1], Larisa Radut[1], Radu Ghiorghiu[1], Iustina Violeta Stan[1]

[1]„Alessandrescu Rusescu" National Institute of Health for Mother and Child, Bucharest, Romania

Introduction: Quite often patients receiving the diagnosis of pneumonia have multiple comorbidities. The present paper provides some answers regarding the paraclinical options, imaging investigations and treatment options available in front of a neurological patient with multiple comorbidities, diagnosed with pneumonia with basal pleurisy.

Case presentation: We present the case of a 16-year-old girl, known with severe psychomotor retardation, spastic quadriplegia and epilepsy in treatment, gavage fed who presents to our clinic with productive cough and fever (39 ^{0}C). The teenager had two consecutive hospitalizations for the diagnosis of pneumonia in the last month.

Discussions: The patient presented with a mediocre general condition, weight of 17 kg, productive cough, small antero-posterior thoracic diameter with reduced thoracic excursions, stethacoustic vesicular lung sounds diminished left basal, with bilateral sibilant rales and dullness in the lower third of the left lung. The medical tests revealed leukocytosis with neutrophilia, significant biological inflammatory syndrome and hypochromic microcytic anemia.

Pulmonary ultrasound and chest X-ray were urgently performed, establishing the diagnosis of pneumonia with basal pleurisy. However, being a persistent pneumonia in a neurological patient with a history of pneumonia, CT was performed, taking into account the associated risks. The 3D reconstruction and volumetric rendering techniques established the diagnoses of necrotizing pneumonia with pleurisy and bronchiectasis.

Conclusions: The patient with special needs, such as the neurological patient, is a real medical challenge, requiring multidisciplinary intervention and the adequacy of investigations and treatment according to existing comorbidities. High-resolution imaging and post-processing allow us a more accurate diagnosis followed by an efficient treatment.

BRONȘIECTAZII NON-CF LA ADOLESCENTĂ CU BOALĂ CRONICĂ RESPIRATORIE

Victor Daniel Miron[1,2], Valentina Daniela Comanici[2], Mihai Craiu[1,2]

[1] Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București, România
[2]Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului „Alessandrescu-Rusescu", București, România

Bronșiectaziile non-CF (fără legătură cu fibroza chistică [Bn-CF]) reprezintă entități rare, evoluând cu un impact semnificativ asupra calității vieții în copilărie. Datorită evoluției dominate de exacerbări de creștere și de dezvoltare deficitare, acești copii au nevoie de abordare multidisciplinară, în centre specializate. În ultimul deceniu mai multe autorități [ERS, BTS, ATS, NICE, etc] au elaborat ghiduri pentru managementul acestor cazuri.

Bn-CF reprezintă extremitatea unui spectru evolutiv al unor afecțiuni ale căilor aeriene. fenomen generat de un ciclu de evenimente ce includ inflamație, colonizare bacteriană și infecție la acest nivel, cu dilatarea ireversibilă, patologică a căilor aeriene mici și mijlocii. La pacienții cu Bn-CF având cauze identificate, cele mai frecvente mecanisme sunt cele post-infecțioase (in 20-38% din cazuri), deficitele imune (in 3-24%), cauze congenitale (in 1-18%), boli auto-inflamatorii/ imune, post-inhalatorii, in compresii extrinseci, în astm etc.

În condițiile de viață și nutriție actuale ale copiilor din România, prin accesul larg la programe de profilaxie, prin creșterea performanțelor neonatologiei cu supraviețuirea unor prematuri extrem de mici și prin înființarea unor centre specializate pentru copii cu patologie respiratorie cronică, a fost consemnată o scădere marcată a Bn-CF postinfecțioase, crescând cele având cauze genetice. Un astfel de caz ilustrativ este expus, urmat de cazuistica centrului de pneumologie pediatrică de la INSMC.

În final se face un update al recomandărilor de diagnostic și monitorizare în vederea stabilirii procesului de tranziție al acestor adolescenți către specialiștii de pneumologie ce îngrijesc adulți cu maladii apărute în prima copilărie.

NON-CF BRONCHIECTASIS IN ADOLESCENTS WITH CHRONIC RESPIRATORY DISEASE

Victor Daniel Miron[1,2], Valentina Daniela Comanici[2], Mihai Craiu[1,2]

[1] „Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania
[2] „Alessandrescu-Rusescu" National Institute of Health for Mother and Child, Bucharest, Romania

Non-CF bronchiectasis (n-CFb]) represent rare cases and generate significant impact on quality of life in early childhood. Because disease natural history is dominated by exacerbations and failure to thrive, all these children need a multidisciplinary approach, in specialized centers. In last decade many authorities [ERS, BTS, ATS, NICE, etc.] have elaborated guidelines for such cases.

Bn-CF represents one end of a whole evolutive spectrum in airway diseases. The phenomenon is generated by a cycle of events including inflammation, bacterial colonization and local infection, with irreversible, pathological dilation of small airways. In n-CFb patients with identifiable causes, the most often scenario is post-infectious bronchiectasis (in 20-38% of cases), immune deficiency (in 3-24%), congenital causes (in 1-18%), auto-inflammatory/immune diseases, post-inhalator cases, in extrinsic compressions, in asthma etc.

In current life conditions of Romanian children, by a broad access in immunization schedules, by neonatal care increase in performance that allowed survival of extreme young preemie-babies and by setting dedicated respiratory diseases centers for children with chronic respiratory conditions, was noted a decrease of postinfectious n-CFb and a significant increase of genetic causes. A relevant case is presented, followed by a case-series followed in pediatric respiratory department from INSMC.

Finally, authors present an update of diagnostic and management guidance for n-CFb cases in order to increase awareness of adult pulmonologists that will take care of these patients in the near future.

CANAL 2 / *2ND CHANNEL*

MANAGEMENTUL INTERDISCIPLINAR ÎN REVĂRSATELE PLEURALE ȘI PERICARDICE/

INTERDISCIPLINARY MANAGEMENT IN PLEURAL AND PERICARDIAL EFFUSIONS

REVĂRSATUL LICHIDIAN PLEURAL, O PROVOCARE DE DIAGNOSTIC

Ionela Erhan[1], Ioana Ștefanescu[1]

[1]Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Dr. Carol Davila”, București, România

Revărsatul lichidian pleural este un diagnostic clinic și imagistic frecvent întâlnit în practica curentă pneumologică.

Afecțiuni multiple benigne sau maligne, pulmonare sau sistemice pot să fie responsabile de acumularea în exces de lichid în spațiul pleural prin diferite mecanisme fiziopatologice astfel încât pentru stabilirea etiologiei și a unei conduite terapeutice adecvate este necesară o evaluare complexă a pacientului cu integrarea datele anamnestico-clinice, imagistice și celor de laborator obținute în urma toracocentezei, analizei lichidului pleural sau biopsiei pleurale.

Evaluarea radiologica, inițial prin radiografie toracică, ulterior rafinată prin examinare computer tomografică și ultrasonografie, are un rol central în diagnosticul epanșamentului pleural, stabilirea cauzei acestuia precum și în ghidajul unor proceduri invzive în scop diagnostic sau terapeutic.

Ecografia toracică, un instrument diagnostic revoluționar frecvent folosit în ultimii ani pentru patologia pleurală, are un rol complex în abordarea revărsatului pleural fiind superioară radiografiei toracice simple în ceea ce privește diagnosticarea și cuantificarea acestuia, diferențierea de pahipleurită și orientarea către etiologie benignă/malignă. Este deosebit de utilă pentru pacienții în stare gravă, greu de mobilizat sau cei din ATI ventilați în poziție supină și nu în ultimul rând ghidajul ecografic al toracocentezei/ biopsiei pleurale reduce semnificativ riscul de complicații peri și post procedurale.

PLEURAL EFFUSION, A DIAGNOSTIC CHALLENGE

Ionela Erhan[1], Ioana Stefanescu[1]

[1]Dr. Carol Davila" Central Military Emergency University Hospital, Bucharest, Romania

Pleural effusion is a common *clinical and imagistic* diagnosis in routine medical practice of pulmonologists and can be due to different benign or malignant underlying diseases.

A complete approach of the patient with pleural effusion is based on symptoms, medical history, current or former medication, physical examination, proper imaging techniques, thoracocentesis with biochemical, bacteriological, cytological analysis of the effusion, a meticulous differential diagnosis and finally ,if necessary, pleural biopsy and should be performed in order to determine the cause and the appropriate treatment.

An important tool that has revolutionised the management of pleural diseases in the latest years is the use of thoracique ultrasonograhy.

Thoracic ultrasound has a complex role in the approach of pleural effusion beeing superior to plain chest X-ray in diagnosing and quantifying pleural effusions (particularly helpful for critically ill or ventilated patients in the supine position) and distinguishes pleural fluid from thickening, increases the likelihood of successful thoracocentesis reducing the risk of peumothorax and last but not least ultrasound features can distinguish malignant from benign effusions.

CHILOTORAXUL – TRATAMENT CHIRURGICAL MINIM INVAZIV, STUDIU RETROSPECTIV

Claudiu E. Nistor[1], Camelia Găvan[1], Daniel Pantile[1], Adrian Ciuche[1]

[1]Secția Clinică de Chirurgie Toracică, Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Dr. Carol Davila", București, România

Introducere: Autorii prezintă un studiu retrospectiv pe o perioadă de 10 ani (2009-2019) ce cuprinde chilotorax de diferite etiologii, precum și modalitățile lor de rezolvare chirurgicală, în secția noastră de chirurgie toracică.

Material și metodă: Este prezentată o scurtă trecere în revistă a informațiilor la zi legate de chilotorax, precum și conduita terapeutică în cazul acestor bolnavi. De asemenea, este redată modalitatea cea mai utilizată de rezolvare chirurgicală a acestei patologii amenințătoare de viață, prin sigilarea toracoscopică a ductului toracic asociată cu o metodă hibridă de pleurodeză.

Rezultate: Evoluția postoperatorie a pacienților supuși acestor proceduri chirurgicale a fost favorabilă, cu dispariția revărsatului pleural chilos. Acest lucru a fost posibil datorită efectuării în timp util a acestor operații.

Concluzii: Chirurgia toracoscopică a permis o bună expunere și abordare a ductului toracic permițând în același timp rapida și completa recuperare postopratorie a pacienților.

THE CHYLOTHORAX – MINIMALLY INVASIVE TREATMENT, RETROSPECTIVE STUDY

Claudiu E. Nistor[1], Camelia Gavan[1], Daniel Pantile[1], Adrian Ciuche[1]

[1]Department of Thoracic Surgery, „Dr. Carol Davila" Central Military Emergency University Hospital, Bucharest, Romania

Introduction: The authors present a retrospective study (2009-2019) including cases of chylothorax with different etiologies and their surgical treatment methods, operated at our thoracic surgery department.

Materials and method: The authors present a short review of the recent informations about the pleural chylous effusions and the commonly therapeutically aproach in these cases. They describe the most utilized method of treatment of this life –threatening pathollogy: thoracoscopic ligation of the thoracic duct asociated with a hybrid method of pleurodesis.

Results: Postoperative evolution was favorable in all these cases with complete resolution of the pleural chylous effusion. Doing these interventions at the right moment it was the key to success.

Conclusions: The thoracoscopic approach, even more difficult, allowed a good exposure of the thoracic duct, and a fast and complete postoperative recovery.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL MINIM INVAZIV ÎN PLEUROPERICARDITELE MALIGNE- STUDIU RETROSPECTIV

Claudiu E. Nistor[1], Camelia Găvan[1], Daniel Pantile[1], Adrian Ciuche[1]

[1]Secția Clinică de Chirurgie Toracică, Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Dr. Carol Davila", București, România

Obiectiv: Autorii prezintă un studiu retrospectiv din 2016 până în 2019 cu 146 de cazuri de pleuro-pericardite maligne. Ei împărtășesc experiența lor chirurgicală cu cele mai utilizate tehnici realizate prin abord minim invaziv.

Metodă: În cazurile prezentate, autorii au intervenit prin chirurgie minim invazivă realizată sub control endoscopic. Ei au efectuat ferestre pericardice atât prin abord toracoscopic cât și prin abord subxifoidian sub control pericardoscopic. Ambele tehnici chirurgicale au permis recoltarea de multiple biopsii pericardice precum și realizarea unor ferestre pericardice de drenaj al lichidului pericardic prin tehnici hibride utilizând atât bisturiul electric cât și endostaplerul endoGIA.

Pentru pleurodeză au utilizat talcul medical sau metode hibride ce asociază pleurodeza mecanică cu cea chimică cu betadină.

Rezultate: Autorii prezintă comparativ aspecte preoperatorii imagistice, aspecte intraoperatorii endoscopice și rezultatele postoperatorii pentru cele mai semnificative cazuri de pleuro-pericardite maligne incluse în studiu.

Concluzii: Chirurgia toracică minim invazivă este calea cea mai bună de rezolvare a pleuro-pericarditelor maligne permițând un diagnostic correct și un tratament adecvat, având în același timp rate scăzute de morbiditate și mortlitate față de chirurgia deschisă.

MINIMAL INVASIVE TREATMENT IN MALIGNANT PLEURO-PERICARDIAL EFFUSIONS – RETROSPECTIVE STUDY

Claudiu E. Nistor[1], Camelia Găvan[1], Daniel Pantile[1], Adrian Ciuche[1]

[1]Department of Thoracic Surgery, „Dr. Carol Davila" Central Military Emergency University Hospital, Bucharest, Romania

Objectives: The authors present a retrospective study from 2016 to 2019, with 146 cases of pleuro-pericardial malignant effusions. They share their surgical experience with the most utilized procedures through minimally invasive approach.

Methods: In these cases, the authors have performed a minimally invasive surgical technique under endoscopic control. They realized a pericardial window through both video-assisted thoracoscopy or subxiphoid approach under pericardoscopy. These techniques allowed multiple biopsy of the pericardium and a pericardial window by hybrid method using both electric scalpel and endostapler endoGIA.

For pleurodesis they have utilized medical talcum powder or a hybrid method (pleural abrasion associated with a chemical agent - betadine).

Results: The authors present a comparison between preoperative aspects (chest X-Rays and computed tomography), intraoperative endoscopic aspects and postoperative results for the pleuro-pericardial effusions included in their study.

Conclusions: Minimally invasive thoracic surgery is the best approach for pleuro-pericardial effusions, having the following advantages: this procedure leads to a correct diagnosis, an adequate treatment, and has lower mortality and morbidity rates when compared with open surgery.

CANAL 3 / *3RD CHANNEL*

CAZURI CLINICE COMENTATE DE O ECHIPĂ MIXTĂ PNEUMOLOG-RADIOLOG /

CLINICAL CASES COMMENTED BY A MIXT TEAM PNEUMOLOGIST-RADIOLOGIST

BIOPSĂM SAU NU NODULII PULMONARI?

Anca Macri[1], Ana Constantin[1]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Nodulii pulmonari cu dinamică radiologică progresivă au, în principiu, indicație de biopsie, pentru confirmarea etiologiei și adaptarea conduitei terapeutice.

Prin contrast, este prezentat un caz clinic în care biopsia nodulilor pulmonari nu este necesară; urmărirea aspectului computer tomografic în dinamică, analiza imaginilor CT în integralitatea lor și integrarea în contextul clinic și biologic sunt cheia elucidării diagnosticului în acest caz concret.

DO WE BIOPSY THE LUNG NODULES OR NOT?

Anca Macri[1], Ana Constantin[1]

[1]„Marius Nasta" Institute of Pneumophtysiology, Bucharest, Romania

Pulmonary nodules with progressive radiological dynamics have, in principle, an indication for biopsy, to confirm the etiology and adapt the therapeutic behavior.

By contrast, the authors present a clinical case in which biopsy of the lung nodules is not required; the follow-up of the computer tomographic aspect in dynamics, the analysis of CT images in their entirety and the integration in the clinical and biological context are the key to elucidate the diagnosis in this concrete case.

CANAL 3 / *3RD CHANNEL*

DE LA CANCERUL PROFESIONAL AL APARATULUI RESPIRATOR LA PANDEMIA COVID-19/

FROM OCCUPATIONAL RESPIRATORY CANCER TO THE COVID-19 PANDEMIC

ETIOPATOGENIA CANCERULUI PROFESIONAL AL APARATULUI RESPIRATOR

Marina Ruxandra Oțelea[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

În Uniunea Europeană, 22 de milioane de lucrători (15,8% din angajați) au fost expuși în anii ’90 la cei 120 de carcinogeni cu acțiunea dovedită la om. Având în vedere latența între expunerea la cancerigeni și momentul de depistare a neoplaziei, o creștere semnificativă a numărului de cazuri se prefigurează într-un viitor foarte apropiat și subiectul devine unul de mare actualitate.

O mare parte din persoanele care au fost expuse la carcinogeni au venit în contact cu factori de risc profesionali care afectează, în primul rând, aparatului respirator. Cele mai frecvente noxe profesionale cu potențial cancerigen sunt azbestul, fumatul pasiv, expunerea la particulele de siliciu liber cristalin, emisii ale motoarelor diesel, radon, crom hexavalent, vapori de smoală sau pulberi de lemn.

Lucrarea va prezenta metodologia de încadrare a unui factor de risc profesional într-una din categoriile de carcinogeni definite de Agenția Internațională de Studiu al Cancerului. Îndeplinirea criteriilor de cauzalitate sunt reprezentate de criteriile epidemiologice, de evidențele acumulate privind mecanismul patogenic din datele experimentale ale studiilor efectuate pe alte specii și de studiile existente pe populația umană privind absorbția, distribuția și metabolismul toxicelor, precum și cel al efecteleor genetice și epigenetice.

Translația în practică a cercetărilor epidemiologice și fiziopatologice va fi realizată prin enumerarea principalelor profesii expuse la risc și a modalității de identificare a expunerii profesionale la cei care s-au pensionat deja și care reprezintă grupa de vârstă cu cea mai mare probabilitate de apariție a cancerului profesional.

ETIOPATHOGENY OF THE OCCUPATIONAL CANCER OF THE RESPIRATORY SYSTEM

Marina Ruxandra Oțelea[1]

[1] „Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

In European Union, 22 millions of workers (15.8% of the total workforce) were exposed during the nineties to the 120 substances and physical agents that are carcinogenic to humans. Taking into account the latent period between exposure to carcinogens and the diagnostic of cancer, a significant increase in number of cases is expected in the near future and the topic becomes, nowadays, of major interest.

A large number of the persons who interacted with carcinogens were exposed to occupational hazards that involved the respiratory system. Among these, the most frequent respiratory hazards with carcinogenic potential were asbestos, passive smoking, crystalline silica particles, diesel exhaust, radon, hexavalent chromium, coal tar pitch, or wood dust.

The presentation will describe the methodology of the International Agency for Cancer used to include a hazard in one of the four categories of carcinogens. Briefly, the causality criteria will be presented: the epidemiological evidence, the mechanistic evidences from animal studies, and the human studies related to absorption, distribution, metabolism, genetic and epigenetic effects.

The clinical translation of the epidemiological and pathophysiological research will be illustrated with the most frequently risk occupations for pulmonary and pleural cancer, together with the common methods of identification of the occupational exposure in persons currently retired from work activity, who represent the age group with the highest probability of occupational cancer.

ACTIVITĂȚI ECONOMICE CU RISC CRESCUT DE EXPUNERE PROFESIONALĂ LA AGENȚI CANCERIGENI PULMONARI ÎN ROMÂNIA ÎN 2019

Dana Mateș[1], Felicia Steliana Popescu[1], Lavinia Călugareanu[1], Mihaela Negru[2], Violeta Calotă[1], Cătălin Staicu[1]

[1]Centrul Național de Monitorizare a Riscului din Mediul Comunitar, Institutul Național de Sănătate Publică, București, România
[2] Centrul Regional de Sănătate Publică București, Institutul Național de Sănătate Publică, București, România

Expunerea profesională la agenți cancerigeni este o cauză importantă de deces și dizabilitate în lume; în 2015 au fost estimate 666 000 de cazuri fatale de cancer profesional. Cea mai mare parte a agenților cancerigeni a fost descoperită pornind de la observarea unor cazuri de cancer apărute la locul de munca. Astăzi se știe că aproape jumătate dintre aceștia sunt de natură profesională. Agenția Internațională de Cercetare a Cancerului (IARC) a identificat 20 de agenți chimici pentru care există dovezi suficiente ca duc la apariția cancerului bronhopulmonar. În România, pentru unii dintre ei sunt reglementate valori limită de expunere, monitorizate periodic la locurile de muncă cu risc iar lucrătorii sunt supravegheați prin serviciile de medicina muncii.

Între anii 2018-2019 am centralizat date despre numărul lucrătorilor expuși la patru dintre cancerigenii pulmonari profesionali clasificați în grupa 1 IARC (pulbere respirabilă de silice cristalină, crom hexavalent, fibre ceramice refractare, hidrazină) și proporția lor raportată la totalul lucrătorilor angajați în diferite activități economice.

Peste 5000 de lucrători au fost expuși la unul sau mai mulți dintre cei patru agenți. Majoritatea lucrează în activitățile de fabricare a produselor din minerale nemetalice, construcții, fabricare a cimentului, construcții drumuri și autostrăzi. Sectoarele economice cu cea mai mare proporție de lucrători expuși au fost: fabricarea produselor din minerale nemetalice (5,3%), industria extractivă (1,9%) și industria metalurgică (1,7%).

Prin eliminarea sau reducerea acestor expuneri se estimează că în următorii 15 ani ar putea fi evitate 9-14% dintre cazurile de cancer pulmonar incidente în aceaste grupe de populație cu risc crescut.

ECONOMIC ACTIVITIES WITH HIGH RISK OF OCCUPATIONAL EXPOSURE TO LUNG CARCINOGENS IN ROMANIA IN 2019

Dana Mates[1], Felicia Steliana Popescu[1], Lavinia Calugareanu[1], Mihaela Negru[2], Violeta Calota[1], Catalin Staicu[1]

[1]National Center of Monitoring the Risk from Community Environment, National Institute of Public Health, Bucharest, Romania
[2]Regional Center of Public Health, National Institute of Public Health, Bucharest, Romania

Occupational exposure to carcinogens is a major cause of deaths and disability worldwide; in 2015, 666 000 cancer fatalities were associated with occupational exposure. Historically, the larger proportion of carcinogenic agents was discovered by direct observation of cancer cases at workplaces. Today it is recognized that half of the human carcinogens are occupational in nature. So far, the International Agency for Research on Cancer (IARC) identified 20 chemical for which there is sufficient evidence for human lung carcinogenicity. In Romania, for some of these agents occupational exposure limits are regulated and protocols for periodical monitoring of working environment and medical surveillance of exposed workers are established by law.

In 2018-2019 we collected data on the number of workers ever exposed to at least one of four occupational lung carcinogens classified in Group 1 (respirable silica, chromium VI, ceramic refractory fibers and hydrazine) and on the proportion represented among the total number of employed workers, in each major economic activity.

More than 5000 workers have been reported as being ever exposed to one or more chemicals. The larger number of workers was employed in the manufacturing non-metallic products, cement, construction products and in the road/highway construction. The major economic groups with the highest proportions of exposed employers were the manufacture of non-metallic products (5.3%), the extractive industry (1.9%) and the metallurgical industry (1.7%).

By eliminating or reducing exposure it is estimated that in the next 15 years, 9-14% of the total number of lung cancer occurring in these high-risk population groups, could be avoided.

AZBESTUL, O PROBLEMĂ FĂRĂ SFÂRȘIT

Bogdan Barbu [1], Laura Moise [1], Agripina Rascu [1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

Azbestul este supranumit „mineralul magic” datorită proprietăților sale fizico-chimice care îl fac de neînlocuit în structura a mii de produse; de la țevi de scurgere la izolații, de la plăcuțe de frână la automobile și plăcuțe de pardoseală, de la costume și articole de îmbrăcăminte ignifuge la structuri de azbociment, de la discurile de polivinil înregistrate cu muzică la foenuri, de la produse cosmetice pe bază de talc la bile de bowling *se întâlnește în toate aspectele vieții umane.*

Utilitatea lui economică vine la pachet cu producerea de boli benigne prin expunere cronică precum azbestoza, dar mai ales procese maligne: cancerul pulmonar și mezoteliomul, cancere ovariene, cancere gastro-intestinale și colorectale, cancer orofaringian și cancer renal.

Deși interzis în peste 60 de țări industrializate de prin anii 1970, azbestul continuă să fie folosit în cantități enorme în Rusia, India și China, producția mondială fiind estimată la peste 2 milioane de tone anual.

Pentru că trebuie să fie și un preț pentru această adicție la profitul economic în detrimentul sănătății umane peste 250.000 de vieți se pierd anual din cauza expunerii la azbest.

România, prin HG 124/2003, se aliniază politicilor sanitare și de mediu europene care scot azbestul în afara legii în perimetrul UE. Tot România, prin HG 734/2006, prelungește utilizarea produselor și structurilor conținând azbest „până la expirarea ciclului de viață al acestora”.

Persistența atracției economice a azbestului face ca acesta să fie o „problemă fără sfârșit” pentru medicina modernă.

ASBESTOS, AN ENDLESS PROBLEM

Bogdan Barbu [1], Laura Moise [1], Agripina Rascu [1]

[1] „Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Asbestos, nicknamed the „magic mineral" due to the physicochemical properties that make it irreplaceable, is found in the structure of thousands of products; from drain pipes to insulation, from brake pads for automobiles to floor tiles, from fireproof suits and clothing to asbestos-cement forms, from polyvinyl discs recorded with music to hairdryers, from cosmetics based on of talc to bowling balls, to name just a few utilities.

Its economic importance hangs in the balance with the effects on health after chronic exposure through the production of benign diseases (asbestosis, pleuresia) but mostly of malignant processes (lung cancer and mesothelioma, ovarian cancer, gastrointestinal cancer, and oropharyngeal cancer, kidney cancer).

Although banned in over 60 industrialized countries since the 1970s, asbestos continues to be used in Russia, India, and China, with world production estimated at over 2 million tons per year.

And because there must be a price for this addiction to economic gain to the detriment of human health, over 250,000 lives are lost annually due to exposure to asbestos.

Romania by GD 124/2003 aligns with European health and environmental policies that outlaw asbestos in the EU perimeter. However, Romania, by GD 734/2006, extends the use of asbestos-containing products and structures „until the expiration of their life cycle".

The persistence of the economic attraction for asbestos makes it an „endless problem" for modern medicine and a challenge for any specialist who is obliged to seek, recognize and investigate the professional factor in the presence of any pathology generated by asbestos.

ASPECTE LEGISLATIVE PRIVIND RECUNOAȘTEREA ETIOLOGIEI PROFESIONALE A CANCERULUI APARATULUI RESPIRATOR

Claudia- Mariana Handra[1]

[1] Medicina Muncii, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

Cele mai frecvente forme de cancer profesional sunt cancerul pulmonar, mezoteliomul și cancerul de vezica urinară, iar cancerul pulmonar reprezintă între 54 și 75% din totalul cazurilor de cancer profesional.

Recunoașterea etiologiei profesionale întâmpină de cele mai multe ori dificultăți, astfel că în ultimii 3 ani în România nu a fost înregistrat niciun caz nou de cancer profesional. Cauzele subdiagnosticării pot fi multiple: asocierea cancerului cu factori de risc cunoscuți, cu ignorarea expunerii profesionale la agenți cancerigeni; interval semnificativ de timp de la prima expunere la agentul cancerigen până la apariția tumorii; procese tehnologice și substanțe noi; expuneri neașteptate la noxe cancerigene.

Legislația privind securitatea și sănătatea în muncă asigură suportul necesar pentru protecția lucrătorilor împotriva riscurilor legate de prezența agenților cancerigeni.

Monitorizarea stării de sănătate a lucrătorilor de către medicii de medicina muncii reprezintă instrumentul de bază pentru prevenirea îmbolnăvirilor și trebuie continuată și după încetarea expunerii la un agent cancerigen, având în vedere timpul de latență mare între expunere și apariția bolii. Semnalarea și declararea cancerului profesional au implicații importante atât pentru pacient, cât și pentru ceilalți lucrători de la același loc de muncă.

Stabilirea etiologiei profesionale a cancerului necesită lucru în echipă și implicarea activă a medicilor de alte specialități (medic pneumolog, medic oncolog, medic de familie). Colaborarea interdisciplinară cu medicul de medicina muncii crește foarte mult șansa unui diagnostic precoce, cu consecințe benefice pentru pacient.

LEGISLATIVE ASPECTS REGARDING THE RECOGNITION OF THE PROFESSIONAL ETIOLOGY OF RESPIRATORY CANCER

Claudia- Mariana Handra[1]

[1] Discipline of Occupational Medicine, „Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

The most common forms of occupational cancer are lung cancer, mesothelioma, bladder cancer, and lung cancer, accounting for between 54 and 75% of all occupational cancers.

Recognition of professional etiology often encounters difficulties, so that in the last three years in Romania, no new case of occupational cancer has been registered. The causes of underdiagnosis can be multiple: the association of cancer with known risk factors, ignoring occupational exposure to carcinogens, the significant time interval from the first exposure to the carcinogen until the appearance of the tumor, technological processes, and new substances; unexpected exposures to carcinogens.

Occupational safety and health legislation provide the necessary support for protecting workers against the risks associated with the presence of carcinogens.

Monitoring workers' health by occupational physicians is an essential tool for disease prevention. It should be continued after cessation of exposure to a carcinogen, given the long latency time between exposure and disease. Reporting and declaring occupational cancer have important implications for both the patient and the other workers in the same workplace.

Establishing cancer's professional etiology requires teamwork and the active involvement of doctors of different specialties (pulmonologist, oncologist, family doctor). Interdisciplinary collaboration with the occupational physician dramatically increases the chance of early diagnosis, with beneficial consequences for the patient.

CANAL 3 / *3RD CHANNEL*

SIMPOZION COMUN: SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PNEUMOLOGIE – SOCIETATEA ROMÂNĂ DE HEMATOLOGIE /

JOINT SYMPOSIUM: ROMANIAN SOCIETY OF PNEUMOLOGY - ROMANIAN SOCIETY OF HEMATOLOGY

LIMFOMUL PRIMAR MEDIASTINAL CU CELULE B

Andrei Coliță[1]

[1] Spitalul Colțea, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

Limfoamele sunt cele mai frecvente neoplazii care implică mediastinul, 65% din cazuri fiind limfoame non-Hodgkin (LNH).

Limfomul primar mediastinal cu celule mari B (PMBCL) este un tip rar de LNH (2-3% din LNH), considerat istoric un subtip de limfom difuz cu celule B mari (LDCMB). Profilul clinic, imunofenotipic și de expresie genică îl diferențiază de alte subtipuri de LDCMB, prezentând similitudini cu limfomul Hodgkin cu scleroza nodulară (NSHL). Clasificarea OMS din 2008 a tumorilor țesuturilor hematopoietice și limfoide a recunoscut PMBCL ca o entitate distinctă. PMBCL este o tumoră rară, uniform distribuită la nivel global, care afectează mai frecvent femeile tinere (30-40 de ani).

Caracteristicile clinice sunt ale unei tumori voluminoase, rapid progresive în mediastinul anterior asociată cu simptome de compresie locală (dispnee, tuse, disfagie, sindromul venei cave superioare) și invazia locală a structurilor adiacente (plămân, perete toracic, pleură, pericard). Datorită prezentării relativ timpurii, aproximativ 80% dintre pacienți sunt diagnosticați în stadiul I/II.

Diagnosticul PMLBCL se face pe criterii clinice, morfologice (celule B mari, zone de fibroză) și imunofenotipice (expresia antigenelor liniei B: CD19, CD20, CD22, CD79a, PAX5 și CD45 asociate cu expresia slabă a CD30 + BCL2 +, CD23 +). Stadializarea se face conform sistemului Ann Arbor.

Tratamentul constă în imunochimioterapie cu/fără radioterapie de consolidare. Mai multe aspecte sunt încă în studiu: alegerea chimioterapiei inițiale, rolul radioterapiei mediastinale de consolidare și al imagisticii funcționale (FDG-PET) în ghidarea alegerilor terapeutice. Sunt în desfășurare studii clinice vizând terapiile noi în PBCML.

PRIMARY MEDIASTINAL B-CELL LYMPHOMA

Andrei Coliță[1]

[1] Colțea Hospital, „Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Lymphomas are the most common neoplasms involving the mediastinum with 65% of cases represented by non-Hodgkin lymphomas (NHL).

Primary mediastinal large B-cell lymphoma (PMBCL) is an uncommon subtype of NHL (2-3% of NHL), historically considered a subtype of diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL). Distinct clinical, immunophenotypical and gene expression profile differentiates it from other subtypes of DLBCL, showing similarities to nodular sclerosis Hodgkin's lymphoma (NSHL). The 2008 WHO classification of tumors of hematopoietic and lymphoid tissues recognized PMBCL as a distinct entity. PMBCL is an uncommon tumour uniformly distributed throughout the world that occurs predominantly during the third and fourth decades of life and is more common in women.

Clinical features are of a rapidly progressive bulky tumour in the anterior mediastinum associated with local compressive symptoms (early dyspnoea, cough, dysphagia, superior vena cava syndrome) and local invasion of adiacent structures (lung, chest wall, pleura, pericardium). Because of the relatively early presentation aproximatively 80% patients have stage I or Il at diagnosis.

The diagnosis PMLBCL is made on clinical, morphological (large B-cells, strands of fibres) and immunophenotypic (expression of B-cell-related Ag: CD19, CD20, CD22, CD79a,PAX5 & CD45 associated with weak CD30 + expression BCL2 +, CD23 +) criteria. Staging is made according Ann Arbor staging system.

Treatment consist of immunochemotherapy with/without consolidation radiotherapy. Several aspects are still under study: choice of initial chemotherapy, role of consolidation radiotherapy to the mediastinum and of functional imaging (FDG-PET) to guide treatment choices. Multiple clinical trials on novel therapies in PBCML are ongoing.

POSTERE / *POSTERS*

TUBERCULOZA CEREBRALĂ – O PROVOCARE DIAGNOSTICĂ

Dragoș Băiceanu [1], Mihaela Tănăsescu [1], Adriana Hristea[2], Florin Mihălțan[1]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România
[2]Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Matei Balș”, București, România

Introducere: Tuberculoza sistemului nervos central (TSNC) reprezintă 1% din totalul cazurilor de tuberculoză și este o cauză majoră de mortalitate și morbiditate. Tuberculomul cerebral (TC) constituie 30% din TSNC și este o provocare diagnostică, din cauza nespecificității clinice și imagistice.

Descrierea cazului: Pacient de sex masculin, 42 de ani, cunoscut cu ciroză hepatică toxic-nutrițională, efectuează CT-cerebral în urma unui episod lipotimic însoțit de hemipareză dreaptă, ce evidențiază multiple leziuni inelare parenchimatoase (substrat inflamator-infecțios/tumoral secundar). Ulterior, CT-ul-toraco-abdomino-pelvin descrie aspect de miliară și revărsat pleural drept. RMN-ul cerebral descrie leziuni inelare bilaterale infra/supratentoriale, ridicând suspiciunea de tuberculoame. Aspiratul bronșic relevă testul GeneXpert pozitiv. Se stabilește diagnosticul de TB miliară cu diseminare la nivelul SNC prin TC și se inițiază tratament antituberculos asociat cu corticoterapie sistemică. Reevaluarea imagistică la T2 descrie ameliorarea semnificativă a leziunilor pulmonare și parțial a celor cerebrale (reacție paradoxală), iar cea de la T12-finalul tratamentului, relevă netă regresie numerică și dimensională a leziunilor cerebrale.

Discuţii: Dificultatea diagnosticării rezidă din absența criteriilor clinico-paraclinice definitorii pentru tuberculoză. Puncția lombară în TC descrie pleiocitoză limfocitară, hipoglicorahie și hiperproteinorahie, cea din urmă fiind singura modificare la pacient. Imagistica ridică suspiciunea de tuberculoame, susținută initial doar de GeneXpert pozitiv în aspiratul bronșic. Abordarea terapeutică este complexă, la 2 luni apărând reacție paradoxală imagistică, tratamentul fiind extins până la 12 luni.

Concluzii: Diagnosticul TC rămâne o provocare pentru clinician din cauza nespecificității în multiplele situații din diagnosticul diferențial. Rata de supraviețuire este de peste 80% dacă diagnosticul este stabilit precoce și tratamentul instituit rapid.

CEREBRAL TUBERCULOSIS – A DIAGNOSTIC CHALLENGE

Dragos Baiceanu [1], Mihaela Tanasescu [1], Adriana Hristea[2], Florin Mihaltan[1]

[1] „Marius Nasta" National Institute of Pneumophtisiology, Bucharest, Romania
[2] „Prof. Dr. Matei Bals"National Institute of Infectious Diseases, Bucharest, Romania

Introduction: Central nervous system tuberculosis (CNST) accounts for 1% of all cases of tuberculosis and is a major cause of mortality and morbidity. Cerebral tuberculoma (CT) represents 30% of CNST and it is a diagnostic challenge due to clinical and imaging nonspecificity.

Case description: A 42-year-old male patient, known for alcoholic cirrhosis, performs cerebral-CT-scan after a lipothymic episode accompanied by right hemiparesis, which highlights multiple parenchymal ring-lesions (inflammatory-infectious substrate/secondary tumors). Subsequently, the thoracic-abdominal-pelvic-CT-scan reveals micronodular diffuse pulmonary infiltrate and right pleural effusion. Cerebral-MRI describes bilateral infra/supratentorial lesions, raising suspicion of tuberculomas. Bronchial aspiration reveals a positive GeneXpert-test. The miliary-TB with CNS dissemination by CT diagnosis is established, and antituberculous treatment associated with corticotherapy is initiated. The second-month re-evaluation shows significant improvement in pulmonary lesions and partial amelioration in cerebral lesions (paradoxical reaction) with the 12 month end-of-treatment reevaluation describing important numerical and dimensional regression of brain lesions.

Discussion: The difficulty of diagnosis lies in the absence of defining clinical-paraclinical criteria for tuberculosis. Lumbar puncture in CT shows lymphocytic pleocytosis, hypoglycorrhachia and hyper-proteinorachie, the latter being the only change in the patient's chart. The imaging raises suspicion of tuberculomas, initially supported only by positive GeneXpert-test in bronchial aspiration. The treatment is complex, paradoxical imaging reaction appearing at 2 months of therapy, extending the medication up to 12 months.

Conclusions: Cerebral Tuberculoma diagnosis remains a challenge for the clinician due to non-specificity in the multiple situations of differential diagnosis. The survival rate is over 80% if the diagnosis is established early and treatment instituted quickly.

EVOLUȚIA FAVORABILĂ A UNEI PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILITATE LA 6 LUNI DE TRATAMENT

Gabriel-Petrică Bălă[1], Dorin Vancea[1]

[1]Departamentul XIII- Disciplina de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”,Timișoara, România
[1]Clinica Universitară Pneumologie I, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș” Timișoara, România

Introducere: Pneumonita de hipersensibilitate reprezintă o boală pulmonară interstițială, produsă de expunerea repetată la o varietate de particule capabile să determine o reacție inflamatorie a parenchimului pulmonar. În majoritatea cazurilor agentul etiologic este de cauză necunoscută.

Descrierea cazului: Femeie în vârstă de 66 ani, mare fumătoare >50 PA, fără expunere profesională sau la domiciliu, pensionară de 6 ani, se prezintă în clinică acuzând tuse seacă iritativă, dispnee inspiratorie (grad 1-2 mMRC) semnalată în ultimele 2 luni, la care asociază febră 38.3C, frisoane, astenie fizică. Stetacustic pulmonar: murmur vezicular prezent bilateral, raluri crepitante bazal bilateral, fără alte modificări patologice pe aparate și sisteme. Spirometria a evidențiat o disfuncție restrictivă formă moderat-severă. HRCT evidențiză bilateral arii reticulare ce asociază bronșiolectazii de tracțiune, arii de densificare în sticlă mată la nivelul lobilor inferiori, minime modificări chistice aerice subpleurale, sugestive pentru o pneumopatie intestițială fibrozantă, inconsistentă pentru un pattern UIP. Pe baza investigațiilor clinice și imagistice se ridică suspiciunea de pneumonită de hipersensibilitate și se decide începerea tratamentului corticoterapic oral în asociere cu agenți imunosupresori. Evoluția pacientei la 6 luni de tratament este favorabilă cu regresia semnificativă a leziunilor pulmonare pe imagistica HRCT și creșterea valorilor probelor funcționale.

Discuţii: Pneumonita de hipersensibilitate reprezintă o provocare diagnostică și terapeutică. Deși este asociată cu un alergen inhalant, în majoritatea cazurilor agentul etiologic este de cauză necunoscută.

FAVORABLE EVOLUTION OF A HYPERSENSITIVITY PNEUMONITIS AT 6 MONTHS OF TREATMENT

Gabriel-Petrica Bala[1], Dorin Vancea[1]

[1]Department XIII – Discipline of Pulmonology, „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timișoara, Romania
[2]Pneumology University Clinic, „Dr. Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumoftiziology, Timișoara, Romania

Introduction: Hypersensitivity pneumonitis is an interstitial lung disease caused by repeated exposure to a variety of particles capable of causing an inflammatory reaction of the lung parenchyma. In most cases the etiological agent is of unknown cause.

Clinical case: A 66-year-old woman, heavy smoker> 50 PA, no occupational exposure or at home, 6-year-old pensioner, presents to the clinic accusing irritative dry cough, inspiratory dyspnea (grade 1-2 mMRC) reported in the last 2 months , associated with 38.3C fever, chills, physical asthenia. Pulmonary stetacoustic: bilateral vesicular murmur , bilateral basal crackling rales, without other pathological changes. The spirometry showed a moderate-severe restrictive dysfunction. HRCT bilaterally describes reticular areas associated with traction bronchiolectasias, „ground glass" densification areas in the lower lobes, minimal subpleural aerial cystic changes, suggestive of a fibrosing interstitial pneumonia, inconsistent with an UIP pattern. Based on clinical and imaging investigations, the suspicion of hypersensitivity pneumonitis is raised and it is decided to start oral corticosteroid therapy in combination with immunosuppressive agents. The evolution at 6 months of treatment is favorable with significant regression of the lung lesions on HRCT imaging and increasing values of the respiratory function tests.

Discussions: Hypersensitivity pneumonitis is a diagnostic and therapeutic challenge. Although it is associated with an inhalant allergen, in most cases the etiological agent is of unknown cause.

IMPORTANȚA ADERENȚEI LA TRATAMENT LA UN PACIENT CU BPOC

Gabriel-Petrică Bălă[1], Dorin Vancea[2]

[1]Departamentul XIII – Disciplina de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș" Timișoara, România
[2]Clinica Universitară Pneumologie I, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș", Timișoara, România

Introducere: Bronhopneumopatia obstructivă cronică reprezintă a3a cauză de mortalitate pe glob. Aceasta se caracterizează prin obstrucția cronică a căilor aeriene, asociată cu u răspuns inflamator al plămânului. Aderența scăzută la tratament reprezintă una din cauzele principale ale creșterii numărului de exacerbări și ale lipsei controlului bolii.

Descrierea cazului: Bărbat, 54 de ani, fost mare fumător (>50PA), muncitor oțelărie și care se încălzește cu biomasă, diagnosticat cu astm bronșic în urmă cu 15 ani, cu exacerbări repetate și frecvente prezentări în UPU, se prezintă acuzând dispnee de repaus (mMRC=3), tuse cu expectorație mucopurulentă. Stetacustic pulmonar prezintă: murmur vezicular diminuat global, cu raluri ronflante difuze pe ambele câmpuri pulmonare, wheezing la tuse. Paraclinic: RX toracic evidențiază orizontalizarea coastelor și spirometria evidențiază probe ventilatorii scăzute. Se instituie tratament CSO care determină îmbunătățirea probelor ventilatorii (creșterea FVC este de la 29.5%->56%, iar a FEV1 de la 23%->35%). Pacientul prezintă biologic un număr absolut de eozinofile de 383, care recomandă ca tratament de primă intenție asocierea CSI/LABA. Se instituie terapia combinată Salmeterol/Fluticazonă 50/500mcg 1inhalație x2/zi, iar după 7 zile de tratament creșterea FVC este de la 56%->83%, iar a FEV1 de la 35%->69%. Evoluția pacientului la 1 lună de tratament este în continuare ascendentă. Evoluția pacientului cu expunere la biomasă și noxe respiratorii, a fost spre BPOC cu multiple exacerbări eozinofilice.

Discuţii: Diagnosticul corect al pacientului cu boală respiratorie cronică este o componentă fundamentală pentru succesul terapeutic, iar ușurința administrării medicației inhalatorii și, implicit aderența la aceasta este esențială pentru menținerea controlului bolii.

THE IMPORTANCE OF ADHERENCE TO TREATMENT IN A PATIENT WITH COPD

Gabriel-Petrica Bal[1], Dorin Vancea[1]

[1]Department XIII - Discipline of Pneumology, „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania
[1]University Clinic of Pneumology, „Dr. Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumoftiziology, Timisoara, Romania

Introduction: Chronic obstructive pulmonary disease is the third leading cause of death worldwide. It is characterized by chronic airway obstruction, associated with an inflammatory response of the lung. Low adherence to treatment is one of the main causes of the increase in number of exacerbations and lack of control of the disease.

Clinical case: Male, 54 years old, former heavy smoker (> 50PA), steel worker and heating with biomass, diagnosed with asthma 15 years ago, with repeated exacerbations and frequent presentations in the emergency department, presented with resting dyspnea (mMRC = 3), cough with mucopurulent sputum. Pulmonary stetacoustic presents: globally diminished vesicular murmur, with diffuse snoring rales on both lung fields, wheezing at cough. Paraclinical: Chest X-ray highlights the horizontalization of the ribs and spirometry highlights low ventilatory tests. CSO treatment is instituted which determines the improvement of the ventilatory tests (the increase of FVC is from 29.5% -> 56%, and of FEV1 from 23% -> 35%). The patient biologically has an absolute number of eosinophils of 383, which recommends the combination of CSI / LABA as a first-line treatment. Salmeterol / Fluticasone 50 / 500mcg combination therapy is instituted 1 inhalation x2 / day and after 7 days of treatment the increase of FVC is from 56% -> 83%, and of FEV1 from 35% -> 69%. The evolution of the patient at 1 month of treatment is still ascending. The evolution of the patient with exposure to biomass and respiratory toxins was towards COPD with multiple eosinophilic exacerbations.

Discussions: The correct diagnosis of the patient with chronic respiratory disease is a fundamental component for therapeutic success, and the ease of administration of inhalation medication and, implicitly, the adherence to it, is essential for maintaining the control of the disease.

PANCA + VASCULITA CU AFECTARE PULMONARĂ ȘI RENALĂ LA O PACIENTĂ CU FIBROZĂ PULMONARĂ IDIOPATICĂ

Loredana Bălă[1], Monica Marc[1], Daniel Trăilă [1], Ovidiu Fira-Mlădinescu[2]

[1]Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș”, Timișoara, România
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Introducere: Poliangeita microscopică este o vasculită sistemică necrozantă negranulomatoasă care afectează în special vasele de calibru mic. Caracteristic este asociată cu prezența anticorpilor ANCA, aproximativ 60% din pacienți au p-ANCA (anti- MPO) pozitivi. Anticorpii anti citoplasma polinuclearelor neutrofile (ANCA) au fost raportați la 7% până la 10% dintre pacienții cu fibroză pulmonară idiopatică (FPI).

Descrierea cazului: Pacientă în vârstă de 64 ani, nefumătoare, cunoscută cu fibroză pulmonară idiopatică (FPI) din 2015, aflată pe tratament antifibrotic, având un istoric familial de pneumopatie interstițială difuză (PID) - sora diagnosticată în 2009 cu pneumonită de hipersensibilitate cronică (PH) s-a prezentat în Clinica de Pneumologie (iulie 2020) cu manifestări de insuficiență respiratorie agravată (dispnee cu ortopnee, saO2= 76% în aa.), hemoptizie minimă, astenie marcată. Stetacustic pulmonar: raluri crepitante bazal bilateral. Biologic: pacienta a prezentat: sindrom inflamator, anemie, valori crescute ale creatininei și hematurie miscroscopică. HRCT- ul a evidențiat multiple infiltrate alveolare de tip ground- glass localizate bilateral, bronsiolectazii de tracțiune și chisturi aerice subpleurale dispuse în straturi de honey combing. S-a suspectat existența unei infecții cu virusul SARS-COV-2 (rezultat negativ) cât și a unei exacerbări a fibrozei. Ulterior s-au recoltat : panel ac. ANA IgG negativi, ac. Anti catepsina G IgG negativi, ac. p-ANCA pozitivi, ac. anti MPO pozitivi, care au cofirmat vasculita.

Concuzii: Pacienții cu fibroză pumonară idiopatică ar trebui urmariți în dinamică pe parcursul evoluției bolii printr-un screening al anticorpilor ANCA.

PANCA + VASCULITIS WITH PULMONARY AND RENAL INVOLVEMENT IN A PATIENT WITH IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS

Loredana Bala[1], Monica Marc[1], Daniel Trailă [1], Ovidiu Fira-Mladinescu[2]

[1] „Dr. Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtisiology, Timisoara, Romania
[2] „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Introduction: Microscopic polyangiitis is a non-granulomatous systemic necrotizing vasculitis that mainly affects small vessels. Characteristic it is associated with the presence of ANCA antibodies, approximately 60% of patients have p-ANCA (anti-MPO) positive. Neutrophil polynuclear anti-cytoplasmatic antibodies (ANCA) have been reported in 7% to 10% among the reports of idiopathic pulmonary fibrosis (IPF).

Case description: A 64- years- old female patient, known whith idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) from 2015, on antifibrotic treatment, having a family history of interstitial lung diseases (ILD) -sister diagnosed in 2009 with hypersensitivity pneumonitis chronic (PH), presented in the Pneumology Clinic (July 2020) with manifestations of aggravated respiratory failure (dyspnoea whith orthopnea, saO2 = 76% in aa.), minimal hemoptysis, marked asthenia. Pulmonary stetacoustic : reveals medio- basal crakles. Biological: the patient presented inflammatory syndrome, anemia, elevated creatinine and miscroscopic hematuria. HRCT showed multiple alveolar infiltrates of ground- glass type located bilaterally tractions bronchiolectases and subpleural air cysts arranged in layers of honey combing. It was suspected infection with SARS-COV-2 virus (negative result) as well as an exacerbation of fibrosis. Later were collected: ac panel. ANA IgG negative, ac. anti catpsin G IgG negative, ac. p-ANCA positive, ac. positive anti MPO that confirmed vasculitis.

Conclusions: Patients with idiopathic pulmonary fibrosis should be monitored dynamically during the course of the disease by screening for ANCA antibodies.

IMPACTUL INFECȚIILOR PULMONARE LA PACIENȚII CU FIBROZĂ CHISTICĂ ÎN LIPSA SCREENING-ULUI NEONATAL

Ludmila Balanetchi [1,2], Rodica Selevestru [2,3], Svetlana Sciuca [2,3]

[1] Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii, Cluj-Napoca, România
[2] Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova
[3] Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova

Introducere. Identificarea precoce a microorganismelor patogene la pacienții cu fibroză chistică (FC) este foarte importantă, pentru a le putea asigura o calitate mai bună a vieții.

Scop. Evaluarea spectrului de infecții pulmonare la pacienții cu FC în lipsa screeningului neonatal în Republica Moldova.

Metode. Acest studiu retrospectiv include 68 de pacienți cu FC, care au fost monitorizați la Centrul de Fibroză Chistică din Moldova, cu vârsta cuprinsă între 2 luni – 40 de ani. Studiul s-a bazat pe analiza microbiologică a sputei pacienților, pe o perioadă de 10 ani (2009-2018).

Rezultate. Există o creștere a colonizării căilor respiratorii cu *S.aureus* la pacienții cu FC de la 58,5% la 68,42% pe parcursul a 10 ani. Infecțiile pulmonare cu *Ps.aeruginosa* au o frecvență ridicată, cu o creștere progresivă de peste 10 ani: 2009 – 48,8%, 2010 – 44,44%, 2011 – 47,27%, 2012 – 49,12%, 2013 – 61,67%, 2014 – 63,32%, 2015 – 60,65%, 2016 – 57,14%, 2017 – 57,35%, 2018 - 52,17%. Cercetarea bacteriologică a sputei a constatat la 1/3 din pacienți infecții pulmonare mixte cu *S.aureus* și *Ps.aeruginosa*. Infecția pulmonară cronică cu complex *Burkholderia cepacia* a fost detectată pentru prima dată în 2012 - 1,75% și în 2013 - 5,0%. Infecție pulmonară cu Stenotrophomonas maltophilia a fost găsită în 2013 la 2 pacienți (3,33%), iar la 3 pacienți – *Aspergillus*.

Concluzii. În absența screeningului neonatal, se ridică suspiciunea de fibroză chistică pe baza semnelor clinice, ceea ce contribuie la un diagnostic tardiv și crește riscul de infecții pulmonare cu germeni agresivi.

IMPACT OF LUNG INFECTIONS IN PATIENTS WITH CYSTIC FIBROSIS IN THE ABSENCE OF NEONATAL SCREENING

Ludmila Balanetchi [1,2], Rodica Selevestru [2,3], Svetlana Sciuca [2,3]

[1] Emergency Clinical Hospital for Children, Cluj-Napoca, Romania
[2] „Nicolae Testemitanu" State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova
[3] Clinic of Pneumology, Mother and Child Institute, Chisinau, Republic of Moldova

Background. Early identification of pathogen microorganisms in patients with cystic fibrosis (CF) is very important, to ensure a better quality of their life.

Aim. Evaluation of the spectrum of lung infections in CF patients in the absence of neonatal screening in the Republic of Moldova.

Methods. This retrospective study includes 68 patients with CF, which monitored at the Cystic Fibrosis Center in Moldova, with age between 2 months – 40 years. The study, based on microbiological analyses of the sputum of these patients, over a period of 10 years (2009–2018).

Results. There is an increasing of airway colonization with *S.aureus* in CF patients from 58,5% to 68,42% over 10 years. *Ps.aeruginosa* lung infections have a high frequency, with a progressive increase over 10 years: 2009 – 48.8%, 2010 – 44.44%, 2011 – 47.27%, 2012 – 49.12%, 2013 – 61.67%, 2014 – 63.32%, 2015 – 60.65%, 2016 – 57.14%, 2017 – 57.35%, 2018 – 52.17%. The bacteriological sputum research found at 1/3 of patients mixed lung infections with *S.aureus* and *Ps.aeruginosa*. Chronic lung infection with *Burkholderia cepacia complex* was detected for the first time in a CF patient in 2012 (1.75%) and in 2013 – 5.0%. *Stenotrophomonas maltophilia* was found in 2013 in 2 CF patients with pulmonary infection (3.33%), and in 3 patients – *Aspergillus* lung infection.

Conclusion. In the absence of neonatal screening, cystic fibrosis is suspected based on clinical signs, which contributes to a late diagnosis and increase the risk of lung infections with aggressive germs.

MANAGEMENTUL COMPLEX AL PACIENTULUI VÂRSTNIC POST-INFECȚIE SARS- COV-2

Mara Bălteanu[1], Alexandru Ichim[1], Mihaela Oprea[1], Gina Ciolan[1]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Infecția cu SARS-CoV-2 reprezintă o provocare pentru clinician, atât în faza acută, în care deprecierea funcției respiratorii a pacientului poate apărea și evolua surprinzător de repede, cât și în faza post-acută, când pacientul, în special acela care a avut nevoie suport ventilator timp îndelungat, necesită recuperarea complexă a funcțiilor respiratorie, motorie, neurologică si cardiacă.

Prezentăm cazul unui pacient în vârsta de 82 de ani, fără antecedente patologice semnificative, diagnosticat cu o formă severă de infecție cu SARS-CoV-2 pentru care a necesitat suport ventilator timp de 10 zile, precum și tratament antiviral, corticosteroid sistemic, anticoagulant și antibiotic. După 30 de zile de la primul test RT-PCR pozitiv pacientul se consider vindecat din punct de vedere al infecției cu SARS-CoV-2, dar insuficiența respiratorie severă impune transferul în Secția Pneumologie a Institutului „Marius Nasta” pentru continuarea tratamentului.

La admiterea în secție, pacientul este imobilizat în pat, nu poate susține ortostatismul sau poziția șezând, prezintă hipotrofie și hipotonie la nivelul musculaturii membrelor, dispnee de repaus, murmur vezicular diminuat bilateral, raluri subcrepitante bilateral, SaO2=66% in aa si repaus, 90% cu supliment de oxigen 10l/min. După 30 de zile de corticoterapie sistemica, tratament anticoagulant și kinetoterapie respiratorie, pacientul poate susține ortostatismul și este capabil să se autoîngrijească.

Concluzie: SARS-CoV-2 este un virus care afectează dinamica sistemului sanitar atât în faza acută, când lupta medicului se adresează salvării vieții pacientului, cât și pe termen lung, pentru ameliorarea și menținerea calității vieții pacientului care a trecut printr-o forma critică a infecției cu SARS-CoV-2.

COMPLEX MANAGEMENT OF THE ELDERLY PATIENT AFTER SARS-COV-2 SEVERE INFECTION

Mara Balteanu[1], Alexandru Ichim[1], Mihaela Oprea[1], Gina Ciolan[1]

[1]„Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

SARS-CoV-2 infection is a challenge for the clinician, both in the acute phase, in which the impairment of the patient's respiratory function can occur and evolve surprisingly quickly, and in the post-acute phase, when the patient, especially one who needed long-term ventilator support, requires complex recovery of respiratory, motor, neurological and cardiac functions.

We present the case of a 82-year-old patient, diagnosed with severe form of SARS-CoV-2 infection for which he needed ventilatory support for 10 days, as well as antiviral treatment, systemic corticosteroid, anticoagulant and antibiotic. After 30 days from the first positive RT-PCR test, the patient is considered cured in terms of SARS-CoV-2 infection, but severe respiratory failure requires transfer to the Pulmonology Department of the „Marius Nasta" Institute for further treatment.

Upon admission to the ward, the patient is immobilized in bed, cannot support orthostatism or sitting position, has hypotrophy and hypotonia in the limb muscles, resting dyspnea, bilaterally diminished vesicular murmur, bilateral subcrepitant rales, SaO2 = 66% in aa and rest, 90% with oxygen supplement 10l / min. After 30 days of systemic corticosteroid therapy, anticoagulant treatment and respiratory physiotherapy, the patient can support orthostatism and is able to take care of himself.

Conclusion: SARS-CoV-2 is a virus that affects the dynamics of the health system both in the acute phase, when the physician's struggle is to save the patient's life and also for long term, to improve and maintain the quality of life of the patient who has gone through a critical form of infection.

IMPACTUL INFECȚIEI CU SARS-COV-2 ASUPRA PACIENȚILOR CU BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI

George Barna[1], Emanuela Tudorache[1]

[1]Departamentul de Pneumologie, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș", Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș", Timișoara, România

Anul 2020 este marcat de apariția pandemiei cu coronavirus care are un impact devastator asupra supraviețuirii pacienților afectați și asupra bugetelor sistemelor de sănătate la nivel mondial. SARS-CoV-2 este un ARN virus care face parte din familia Coronaviridae și are preponderent un tropism respirator.

Persoanele cu multiple comorbidități au un prognostic mai rezervat, atât în ceea ce privește evoluția bolii, cât și supraviețuirea. O populație afectată in mod special, este cea a pacientilor cu boală cronică de rinichi (BCR), mai ales cei aflați în stadii avansate ale afecțiunii. La aceștia, infecțiile sunt a doua cauză de mortalitate, imediat după afecțiunile cardiovasculare.

Acest studiu urmărește mortalitatea la pacienții cu SARS-CoV-2 și BCR, și dacă aceasta este influențată sau nu de hemodializă.

S-a urmărit evoluția a 24 de pacienți, 16 bărbati și 8 femei, cunoscuți cu BCR, în diferite stadii de evoluție și infectați cu SARS-CoV-2. Aceștia au fost împărțiți în două grupuri. Un grup este format din pacienți cu BCR în program de hemodializă, iar celălalt grup este format din pacienți cu BCR în stadiile 2-4.

Analiza rezultatelor a arătat că nu există o corelație între creșterea mortalității și efectuarea hemodializei. S-a observat, totuși, o corelație puternică a mortalității cu anumite comorbidități (cum ar fi sepsis) și cu necesitatea internării pe secția ATI. Studiul are anumite limitări, cea mai importantă fiind numărul mic de pacienți incluși. Studii mai ample ar fi necesare, pentru a identifica și alți factori care ar putea influența rezultatele.

THE IMPACT OF SARS-COV-2 INFECTION ON PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

George Barna[1], Emanuela Tudorache[1]

[1]Department of Pneumology, „Dr. Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtisiology, „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

The year 2020 is marked by the beginning of the coronavirus pandemic, which has a devastating impact on the survival of the affected patients as well as on the healthcare budgets of countries worldwide. SARS-CoV-2 is an RNA virus, part of the Coronaviridae family and has a marked respiratory tropism.

People with multiple comorbidities have a worse prognostic, both regarding the evolution of the disease and the survivability. A group especially affected is represented by the patients with chronic kidney disease (CKD), especially those in the more advanced stages. For these patients, infections are the second most common cause of mortality, right after cardiovascular events.

This study examines the mortality in patients with SARS-CoV-2 and CKD, and if the mortality is influenced or not by hemodialysis.

We followed the evolution of 24 patients, 16 male and 8 female, known with CKD in different stages and infected with SARS-CoV-2. They were split in two groups. One group was made up of patients with CKD included in the hemodialysis program, and the other group was made up of patients with CKD in stages 2-4.

Analyzing the results showed that there was no corelation between hemodialysis and a higher mortality rate. There was, however, a strong correlation between the mortality rate and some comorbidities (such as sepsis), or the necessity of admission in ICU. This study has some limitations, the most important being the small number of patients included. More ample studies would be necessary, to identify other factors that could influence the results.

IMPORTANŢA MANIFESTĂRILOR EXTRARESPIRATORII ÎN MANAGEMENTUL PACIENŢILOR CU FIBROZĂ CHISTICĂ

Viorel Biciuscă[1], Ileana Bazavan[1], Mihai Olteanu[1], Alin Iulian Silviu Popescu[1], Ramona Teodorescu[1], Diana Maria Trasca [1], Patricia Durand[2], Corina Dovan[3], Sorina Stan[3], Gabriela Oancea[3], Ileana Octavia Petrescu[3], Floarea Mimi Nițu [1]

[1]Disciplina de Medicină Internă – Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova, România
[2]Spitalul Clinic Municipal „Filantropia", Craiova, România
[3]Spitalul Clinic Județean de Urgență, Craiova, România

Fibroza chistică este o boală genetică, cu transmitere autosomal recesivă, caracterizată prin polimorfism clinic remarcabil şi cu risc mare de deces. Manifestările respiratorii domină tabloul clinic, fiind prezente la toți bolnavii. Manifestările gastrointestinale (ileusul meconial, insuficiența pancreatică exocrină cu sindromul de malabsorție şi maldigestie, sindromul de obstrucție intestinală distală, prolapsul rectal, refluxul gastroesofagian) sunt cele mai precoce şi comune manifestări şi se datorează deshidratării conținutului intestinal intraluminal. Manifestările hepatobiliare (steatoza hepatică, hepatopatia cronică, colestaza intra - și extrahepatică) influențează decisiv prognosticul vital al acestor pacienți prin ciroza hepatică care apare la peste 5% dintre pacienții cu fibroză chistică. Manifestările cutanate (anomaliile transpirației, dermita nutrițională, keratodermia palmoplantară) permit diagnosticarea acestei afecțiuni prin efectuarea testului sudorii, care a rămas investigația standard pentru diagnosticul pozitiv. Manifestările endocrine (intoleranța la glucoză, rahitismul vitamino D-dependent) induc o modificare negativă a statusului nutrițional şi o degradare mai rapidă a funcției pulmonare. Manifestările renale (injuria renală acută, litiaza renală, boala cronică de rinichi, nefropatia cu depozite mezangiale de IgA, amiloidoza) se asociază cu un prognostic nefavorabil, iar tulburările de reproducere la bărbați şi infertilitatea la femei capătă o semnificație majoră în perioada adolescenței și de adult tânăr, atunci când aceştia îşi întemeiază o familie. Manifestările imunologice (articulare, vasculitice, serologice) complică evoluția unui procent redus dintre acesti pacienți, presupunând lărgirea planului de explorări ai paletei de mijloace terapeutice.

În concluzie, manifestările extrapulmonare favorizează diagnosticarea precoce şi prezice evoluția nefavorabilă a fibrozei chistice.

THE IMPORTANCE OF THE EXTRA-RESPIRATORY MANIFESTATIONS IN THE MANAGEMENT OF THE PATIENTS WITH CYSTIC FIBROSIS

Viorel Biciusca[1], Ileana Bazavan[1], Mihai Olteanu[1], Alin Iulian Silviu Popescu[1], Ramona Teodorescu[1], Diana Maria Trasca[1], Patricia Durand [2], Corina Dovan[3], Sorina Stan[3], Gabriela Oancea[3], Ileana Octavia Petrescu[3], Floarea Mimi Nitu [1]

[1]Departament of Internal Medicine - Pneumology, University of Medicine and Pharmacy, Craiova, Romania
[2] „Filantropia" Municipal Clinical Hospital, Craiova, Romania
[3] Emergency County Clinical Hospital, Craiova, Romania

Cystic fibrosis is a rare genetic disease, with autosomal recessive transmission, characterized by a remarkable clinical polymorphism and high chances of death. The respiratory manifestations dominate the clinical presentation, being present in all the patients. The gastrointestinal manifestations (meconium ileus, exocrine pancreatic insufficiency with the maldigestion and malabsorption syndrome, distal intestinal obstruction syndrome, rectal prolapse, gastroesophageal reflux), which are the earliest and most common manifestations, are due to dehydration of the intestinal intraluminal content. Hepatobiliary manifestations (hepatic steatosis, chronic hepatopathy, intra- and extrahepatic cholestasis) can decisively influence the vital prognosis of these patients by developing liver cirrhosis which occurs in over 5% of patients with cystic fibrosis. Cutaneous manifestations (sweating abnormalities, nutritional dermatitis, palmoplantar keratoderma) allow the diagnosis of this condition by performing the sweat test, which remains the standard investigation for the diagnosis of patients with cystic fibrosis. Endocrine manifestations (glucose intolerance, vitamin D-dependent rickets) contribute to a negative change in nutritional status and a faster degradation of lung function. Renal manifestations (acute renal injury, kidney stones, chronic kidney disease, nephropathy with mesangial IgA deposits, amyloidosis) can be associated with an unfavorable prognosis. Reproductive disorders in men and infertility in women have major significance during adolescence and young adulthood, when these patients are trying to start a family. Immunological manifestations (articular, vasculitis, serological) may complicate the evolution of a small percentage of these patients, the appearance of these manifestations involving the expansion of the exploration plan and the range of therapeutic means. In conclusion, the extrapulmonary manifestations can contribute both to the early diagnosis of the disease and to the outline of an unfavorable evolution.

ROLUL MANIFESTĂRILOR PULMONARE ÎN DIAGNOSTICUL POZITIV AL FIBROZEI CHISTICE

Viorel Biciuscă[1], Ileana Bazavan[1], Mihai Olteanu[1], Alin Iulian Silviu Popescu[1], Ramona Teodorescu[1], Diana Maria Trasca[1], Patricia Durand[2], Corina Dovan[3], Sorina Stan[3], Gabriela Oancea[3], Ileana Octavia Petrescu[3], Floarea Mimi Nițu[1]

[1]Disciplina de Medicină Internă – Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova, România
[2]Spitalul Clinic Municipal „Filantropia", Craiova, România
[3]Spitalul Clinic Județean de Urgență, Craiova, România

Fibroza chistică (FC) este afecțiunea genetică cu transmitere autosomal recesivă, care afectează în principal plămânii. Un studiu clinic efectuat pe 16 pacienți internați în SCJU Craiova, într-o perioadă de 10 ani, a arătat că majoritatea pacienților au fost de sex masculin (raportul B:F=12:4), cu o vârstă medie de debut a bolii de 3,63 ± 2,72 ani şi o vârstă medie în momentul diagnosticării de 12,31 ± 6,27 ani. Modalitățile clinice de debut au fost manifestările digestive la 37,5%, respiratorii la 25%, asocierea wheezingului cu diareea cronică la 25% și hipotrofie staturală asociată cu diaree şi tuse cronică la 12,5%. Manifestările respiratorii de la debutul bolii au fost: tusea la 12 pacienți, expectorația, dispneea si wheezingul la 10 dintre aceştia. Toți pacienții au prezentat în timp exacerbări ale bolii pulmonare cronice. Confirmarea diagnostică s-a stabilit prin testul sudorii și analiza genetică a alelelor de pe brațul lung al cromozomului 7. Principalele modificări radiologice prezente la aceşti pacienți au fost: accentuarea interstițiului peribronhovascular (75%), dilatațiile bronșice apical bilateral (25%), condensările pulmonare (12,5%) și hiperinflația pulmonară (12,5%); 12,5% aveau aspect radiografic normal. Evaluările spirometrice au evidențiat disfuncție ventilatorie obstructivă la 25% dintre pacienți și disfuncție ventilatorie mixtă la 12,5%. Modalitățile clinice de debut, întâlnite la pacienții din acest studiu, asociate cu un rezultat pozitiv al testului sudorii sau cu prezența a 2 alele patologice au făcut posibil diagnosticul pozitiv de FC.

THE ROLE OF PULMONARY MANIFESTATIONS IN THE POSITIVE DIAGNOSIS OF CYSTIC FIBROSIS

Viorel Biciuscă[1], Ileana Bazavan[1], Mihai Olteanu[1], Alin Iulian Silviu Popescu[1], Ramona Teodorescu[1], Diana Maria Trasca[1], Patricia Durand[2], Corina Dovan[3], Sorina Stan[3], Gabriela Oancea[3], Ileana Octavia Petrescu[3], Floarea Mimi Nițu[1]

[1]Departament of Internal Medicine - Pneumology, University of Medicine and Pharmacy, Craiova, Romania
[2] „Filantropia" Municipal Clinical Hospital, Craiova, Romania
[3] Emergency County Clinical Hospital, Craiova, Romania

Cystic fibrosis (CF) is a genetic disease, with autosomal-recessive transmission which mainly affects the lungs. One clinical study performed on 16 patients admitted to ECCH Craiova over a period of 10 years showed that most patients were males (M:F ratio=12:4), with a mean age of clinical onset of 3.63 ± 2.72 years old and a mean age at the moment of diagnosis of 12.31 ± 6.27 years old. The main clinical modalities of onset were: the digestive manifestations at 37.5%, respiratory manifestations at 25%, the association of wheezing with chronic diarrhea at 25% and stature hypotrophy associated with chronic diarrhea and chronic cough at 12.5%. At onset of illness, the incidence of the main respiratory manifestations encountered in these patients was: cough in 12 patients, sputum, dyspnea, and wheezing in 10 patients. All the patients developed exacerbations of the chronic lung disease. The positive diagnosis was established based on the sweat test and the genetic analysis of the alleles on the long arm of the chromosome 7. The main radiological changes founded in these patients were: accentuation of the peribronchovascular interstitium (75%), bilateral apical bronchial dilatations (25%), pulmonary opacities with the appearance of pulmonary condensation (12.5%) and pulmonary hyperinflation (12.5%). The normal radiographic appearance was present in 12.5%. The analysis of the values of the spirometric parameters registered in these patients showed obstructive ventilatory dysfunction syndrome in 25% of patients and mixed ventilatory dysfunction in 12.5%. The association of the main clinical modalities of onset founded in the patients from this clinical study, with a positive result of the sweat test or with the presence of 2 pathological alleles made possible the positive diagnosis of CF.

REABILITAREA PULMONARĂ ÎN PECTUS EXCAVATUM – PREZENTARE DE CAZ

Diana Bivol[1], Paraschiva Postolache[2]

[1] Institutul Regional de Oncologie, Iaşi, România
[2] Secţia Clinică de Recuperare Medicală Respiratorie, Spitalul Clinic de Recuperare, Universitatea de Medicină şi Farmacie „Grigore T. Popa", Iaşi, România

Pectus excavatum este o malformație congenitală a toracelui care are mai multe mecanisme etiopatogene. Această patologie beneficiază de reabilitarea respiratorie (RR), un proces complex, multidisciplinar, care se adresează tuturor pacienților cu boală pulmonară cronică.

Prezentăm cazul unui bărbat în vârstă de 43 de ani, nefumător, diagnosticat cu pectus excavatum la vârsta de 5 ani, când s-a efectuat sternochondroplastia, ulterior fiind diagnosticat cu chisturi pulmonare, pentru care s-a practicat lobectomie dreaptă inferioară.

RR la pacienții cu malformații congenitale implică educație medicală, schimbarea stilului de viață, antrenarea musculaturii respiratorii, beneficiile constând în: îmbunătățirea capacității de efort și a stării emoționale, reducerea dispneei, anxietății, depresiei, numărului și severității exacerbărilor și a spitalizărilor, creșterea calității vieții și îmbunătățirea reintegrării psiho-sociale.

Pacientul a fost supus programului de RR și a beneficiat de educație medicală, kinetoterapie respiratorie şi antrenament al musculaturii respiratorii, cu reducerea dispneei și a expectorației și creșterea capacității de efort.

Această malformație poate trece neobservată la naștere, dar se accentuează pe măsura înaintării în vârstă, determinând compresia organelor intratoracice. Deși pacientul a suferit o intervenție chirurgicală de corecție în copilărie, aceasta a recidivat accentuând deformarea sternului, ducând la un aspect inestetic și la modificarea funcției pulmonare.

PULMONARY REHABILITATION IN PECTUS EXCAVATUM – CASE REPORT

Diana Bivol[1], Paraschiva Postolache[2]

[1] Regional Institute of Oncology, Iasi, Romania
[2] Clinic of Pulmonary Rehabilitation, Clinical Hospital of Rehabilitation, „Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iasi, Romania

Pectus excavatum is a congenital chest malformation that has several etiopathogenic mechanisms. This pathology is suitable for respiratory rehabilitation (RR), a complex, multidisciplinary process that addresses to all patients with chronic pulmonary disease.

We report the case of a 43-year-old male, nonsmoker, diagnosed with pectus excavatum by the age of 5. Sternochondroplasty was performed, but later surgical reoccurs when is diagnosed with pulmonary cysts (lower right lobectomy).

RR in patients with congenital malformations involves medical education, changing lifestyle, training the respiratory musculature and the benefits are: improving the capacity of effort and emotional state, reducing dyspnea, anxiety, depression, the number and severity of exacerbations and hospitalization, increasing the quality of life and improving psycho-social reintegration.

The patient underwent the RR program and benefited of respiratory kinetotherapy, respiratory muscular training with decreasing dyspnea and expectoration and increasing effort capacity.

This malformation can go unnoticed at birth, but it increases getting older, causing the compression of intrathoracic organs. Although the patient underwent correction surgery in childhood, it relapsed with reoccurrence of the excavation, leading to an inesthetic appearance and pulmonary function alteration.

PNEUMONITA DE HIPERSENSIBILITATE DIFICULTĂȚI DE DIAGNOSTIC

Adriana-Ionela Bojor[1]

[1]Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș”, Timișoara, România

Pneumonita de hipersensibilitate este o pneumopatie interstițiala difuză, consecința unei reacții alergice alveolare față de diferiți alergeni inhalați, la indivizii susceptibili, la inhalări repetate și se manifestă ca o inflamație granulomatoasă a parenchimului pulmonar. Cunoscută și ca alveolită extrinsecă, și clasificată drept acută, subacută sau cronică. Totuși, aceste categorii nu sunt ușor demarcate și delimitarea lor a fost variabilă în multe studii. Deoarece imagistic și histopatologic fibroza este principalul determinant al prognosticului s-a decis clasificarea HP: fibrotic (inflamator plus fibroză sau pur fibrotică) sau nefibrotic (adică pur inflamator).

Prezentăm cauzul unui adult, vânzătoare, din mediul urban, care s-a prezentat pentru episoade recurente de dispnee și tuse neproductivă. Anamneza de expunere amănunțită pentru alergeni, diversitatea leziunilor imagistice pe HRCT, alveolita limfocitară la lavajul bronhoalveolar, prezența sindromului restrictiv și diminuarea factorului de transfer, au stat la baza diagnosticului de pneumonită de hipersensibilitate. Ameliorarea simptomatologiei respiratorii sub tratament corticoterapic, dar cu efecte adverse majore și sistarea după trei luni de tratament.

Deși pneumonita de hipersensibilitate este caracteristic asociată cu un alergen inhalat, expunerile pot să nu fie identificate, în ciuda unei evaluări minuțioase la pacienții cu caracteristici ale pneumonitei de hipersensibilitate.

HP reprezintă o provocare diagnostică și terapeutică nu doar în cadrul pneumopatiilor interstițiale difuze, ci și a altor sindroame clinice care pot apărea ca urmare a inhalarii agenților organici.

Diagnosticul necesită un înalt nivel de suspiciune și impune o abordare multidisciplinară prin dificultățile de diagnostic diferențial.

HYPERSENSITIVITY PNEUMONITIS DIAGNOSIS DIFFICULTIES

Adriana-Ionela Bojor[1]

[1]„ Dr. Victor Babeș" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtysiology, Timisoara, Romania

Hypersensitivity pneumonitis is a diffuse interstitial pneumonia, consequence of alveolar allergic reaction to various inhaled allergens, in susceptible individuals, manifests itself as a granulomatous inflammation of the lung parenchyma. HP was historically termed "extrinsic allergic alveolitis", categorized as acute, subacute, or chronic. However, these categories are not easily demarcated, and their delineation has been variable and arbitrary in many studies. Because the presence of radiographic or histopathological fibrosis is the primary determinant of prognosis, it was decided to categorize HP as either fibrotic (inflammatory plus fibrotic or purely fibrotic) or nonfibrotic (purely inflammatory).

We present the cause of an adult, saleswoman, from an urban environment, who presented for recurrent episodes of dyspnea and unproductive cough. Detailed history of allergen exposure, diversity of imaging lesions on HRCT, lymphocytic alveolitis at bronchoalveolar lavage, the presence of restrictive syndrome and the decrase of the transfer factor, were the basis for the diagnosis of hypersensitivity pneumonitis. Improvement of respiratory symptoms under corticosteroid treatment, but with major side effects and interruption after three months of treatment.

Although HP is characteristically associated with an inhaled antigen, exposures may not be identified, despite careful evolution in patients with caracteristics of hypersensitivity pneumonitis.

HP is a diagnostic and therapeutic challenge not only in diffuse interstitial pneumonia, but also in other clinical syndromes that may occur as a result of inhalation of organic agents.

The diagnosis requires a high level of suspicion and requires a multidisciplinary approach through the difficulties of differential diagnosis.

EMPIEM PLEURAL BILATERAL. BRONHOPNEUMONIE LA O PACIENTĂ TÂNĂRĂ CU SUSPICIUNE SARS-COV-2

Daniela Boldeanu[1], Bianca Gergely Domokos Hancu[2], Emanuel Palade[2], Iulia Ioana Bogdan[1], Alexandru-Eduard Stan[1], Maria Rațiu[1]

[1] Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie „Leon Daniello", Cluj-Napoca, România
[2] Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, România

Pacientă în vârstă de 23 de ani, fără antecedente personale patologice semnificative, se transferă de la SCBI acuzând: dispnee de repaus, tuse seacă alternativ productivă cu expectorație mucopurulentă, febră (38 C) și junghi toracic stâng, simptome ce au debutat în urmă cu 2 săptămâni. Anterior, pacienta s-a prezentat în UPU unde s-a efectuat consult cardiologic ce decelează colecție pericardică circumferențială și în urma efectuării CT-ului toracic nativ s-au pus în evidență colecții pleurale închistate latero-toracic și paravertebral cu conținut paralichidian, discreta atelectazie a parenchimului pulmonar adiacent, focar de condesare cu bronhogramă aerică la nivelul lingulei și adenopatii mediastinale. Având în vedere contextul pandemiei și simptomatologia s-a infirmat infecția cu SARS-CoV-2 prin 2 teste RT-PCR. Pe parcursul internării la SCBI s-a inițiat ventilație noninvazivă tip CPAP și tratament antibiotic cu evoluție staționară, motiv pentru care se transferă în serviciul nostru. Biologic prezintă leucocitoză cu neutrofilie și limfopenie, anemie moderată, sindrom inflamator, hepatocitoliză ușoară. S-a efectuat toracocenteză dreaptă cu evacuare de lichid serocitrin, exudat. În urma consultului de chirurgie toracică, pacienta se transferă pe această secție unde se efectuează toracoscopie, drenaj pleural, decorticare pulmonară stângă și montare de tuburi de dren toracic bilateral și se inițiază antibioterapie. În evoluție starea generală se alterează, iar CT-ul toracic relevă mic pneumotorace închistat laterotoracic anterior stâng, colecții pleurale bilaterale mici, condensare pulmonară cu elemente de retracție de la nivelul segmentului lingular inferior. Se reintervine chirurgical și se practică decorticare plămân drept și montare tuburi de dren care ulterior se suprimă iar evoluția postoperatorie este favorabilă sub tratament antibiotic.

Particularități: consum de narghilea, suspiciune SARS-CoV-2, prezența bilaterală a leziunilor.

BILATERAL PLEURAL EMPYEMA. BRONCHOPNEUMONIA IN A YOUNG FEMALE WITH SARS-COV-2 SUSPICION

Daniela Boldeanu[1], Bianca Gergely Domokos Hancu[2], Emanuel Palade[2], Iulia Ioana Bogdan[1], Alexandru-Eduard Stan[1], Maria Ratiu[1]

[1]„Leon Daniello" Hospital of Pneumology, Cluj-Napoca, Romania
[2]„Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

23 year-old female, with no medical background, is transferred from the Local Infectious Diseases Unit, complaining of shortness of breath while resting, dry cough with occasional purulent expectoration, fever, sharp pain in the left thorax, in the last 2 weeks. At first she presented to the ER, where a cardiologic consult revealed a circumferential pericardic effusion, a CT scan was performed, revealing bilateral paravertebral and laterothoracic cysted pleural effusions with liquid densities, with subtle atelectasis of the adiacent lung parenchyma, a consolidation with aeric bronchogram in the lingula, and also enlarged mediastinal lymph nodes. Considering the actual pandemia and the patient's symptoms, she was tested for SARS-CoV-2 infection,with negative result. While admitted in the Infectious Diseases Unit non-invasive ventilation (CPAP) was performed, along with antibiotic treatment, with good clinical evolution, thus being transferred afterwards to our unit. Blood samples showed leukocytosis with neutrophilia and lymphopenia, moderate anemia, raised inflammatory markers. A right thoracocentesis was performed, draining serous fluid, exudate. Afterwards, the patient is admitted to the Thoracic Society Unit, where the surgeon performed a thoracoscopy, left pulmonary decortication with bilateral drainage and antibiotherapy. Since her evolution started to worsen, another CT was performed, showing a small left anterior cysted pneumothorax, small bilateral pleural effusions, consolidation with retractile zones in the inferior lingula. Surgery is again performed with right pulmonary decortication and drainage, with good clinical evolution under antibiotherapy.

Particularities: hookah usage; bilateral lesions, SARS-CoV-2 suspicion.

GRIPA A(H3) COMPLICATĂ CU BRONHOPNEUMONIE. CHIST PULMONAR SUPRAINFECTAT OPERAT

Daniela Boldeanu[1], Bianca Gergely Domokos Hancu[2], Emanuel Palade[2], Alexandru-Eduard Stan[1], Iulia Ioana Bogdan[1], Maria Rațiu[1]

[1] Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie „Leon Daniello", Cluj-Napoca, România
[2] Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, România

Pacienta în vârstă de 41 de ani, cunoscută cu hipotiroidism sub tratament substitutiv,s-a internat în serviciul nostru pentru tuse seacă intermitent productivă, dispnee, febră, frisoane, asteno-adinamie, iar gazometria arterială relevă alcaloza respiratorie. S-a efectuat CT toracic ce evidențiază focare de condensare cu bronsiectazii incluse la nivelul LSD, LM, LID, LIS şi colecție pleurală închistată în stânga. Se stabileşte diagnosticul de gripă AH3 complicată cu bronhopneumonie şi insuficiență respiratorie acută, dar cu evoluție favorabilă. După 9 zile pacienta revine, acuzând: tuse seacă, frisoane, febra (37.8) şi cefalee intermitentă. Obiectiv nu prezenta modificări patologice iar probele biologice relevă: sindrom inflamator, uşoară anemie hipocromă normocitară, neutrofilie, limfopenie, D-Dimeri reacționați, FA, GGT, LDH reacționate, hipocalcemie, hiposideremie. Având în vedere contextul pandemiei şi simptomatologia, se infirmă infecția cu SARS-CoV-2 prin RT-PCR. La CT-ul cu substanță de contrast s-a pus în evidență anterior în LSS paracardiac o formaîiune chistică, bine delimitată, fără captare a substanței de contrast, cu densități lichidiene, dar şi persistența focarelor de condensare decelate în internarea anterioară, reduse în dimensiuni. În cadrul consultului de chirurgie toracică s-a efectuat puncție toracică a formațiunii chistice cu evacuarea de puroi. Astfel, pacienta s-a transferat pe secția chirurgie toracică unde, după localizarea ecografică a colecției pleurale şi puncție diagnostică se plasează un tub de dren cu evacuarea unei cantități mari de puroi şi detrit. Evoluția postoperatorie este favorabilă şi pacienta se externează cu stare generală bună.

Particularitatea cazului: prezența gripei AH3 complicată cu bronhopneumonie. Contextul epidemiologic şi suspiciunea infecției cu SARS-CoV-2. Chist pulmonar suprainfectat.

INFLUENZA A(H3) COMPLICATED WITH BRONCHOPNEUMONIA. SURGICALLY REMOVED PULMONARY CYST

Daniela Boldeanu[1], Bianca Gergely Domokos Hancu[2], Emanuel Palade[2], Alexandru-Eduard Stan[1], Iulia Ioana Bogdan[1], Maria Ratiu[1]

[1]„Leon Daniello" Hospital of Pneumology, Cluj-Napoca, Romania
[2]„Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

41 year old hypothyroidian female, on hormonal substitute treatment, is admitted in our unit with intermittent productive cough, shortness of breath, fever, chills, fatigue, tiredness, while the ABG sample showed a respiratory alkalosis. A chest CT was performed, showing multiple consolidations with bronchiectasis in the entire right lung and in the lower left lobe, and a left encysted pleural effusion. Follow-up set the diagnosis to Influenza A (H3) complicated with bronchopneumonia and acute respiratory failure, but with a favorable evolution. 9 days afterwards, the patient returns with dry cough, chills, fever, intermittent headache. The physical examination was within normal limits, but blood samples showed raised inflammatory markers, slight anemia, leukocytosis with neutrophilia and lymphopenia, hypocalcemia, hyposideremia, raised AF, GGT, LDH, D-Dimer. Considering the symptoms and the actual coronavirus pandemia, she was tested by RT-PCR, the tests being negative. A contrast-enhanced CT showed a well-defined cystic mass in the upper left lobe, with liquid densities and no contrast uptake, and also diminished consolidations from the previous scan. The thoracic surgeon performed a puncture of the cystic mass, draining pus. Afterwards, she was admitted to the thoracic surgery unit, where, under ultrasonography guidance, a thoracocentesis is performed, draining a large quantity of pus and detritus. Post-op evolution was favorable and the patient was released in good clinical condition.

Particularity of the case: Influenza A(H3) complicated with bronchopneumonia. Suspected infection with SARS-CoV-2 in the present epidemiological context. Superinfected pulmonary cyst

GRIPA A COMPLICATĂ CU BRONHOPNEUMONIE ȘI PLEUREZIE BILATERALĂ. SUPURAȚIE PULMONARĂ SECUNDARĂ OPERATĂ

Daniela Boldeanu[1], Bianca Gergely Domokos Hancu[2], Emanuel Palade[2], Alexandru-Eduard Stan[1], Iulia Ioana Bogdan[1], Maria Rațiu[1]

[1] Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie „Leon Daniello", Cluj-Napoca, România
[2] Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, România

Pacient în vârstă de 36 de ani, fără antecedente personale patologice, se transferă de la SCBI unde s-a prezentat pentru tuse cu expectorație mucopurulenta-aspect verzui alternativ hemoptoică, dispnee, frisoane, durere hemitorace stâng, accentuată la tuse şi decubit lateral stang. CT-ul toracic efectuat în UPU evidențiază focar extins de condensare pulmonară bazal în LIS şi lingular inferior, colecție pleurală stângă în cantitate medie, ulterior stabilindu-se diagnosticul de gripă tip A. Dezvoltând fenomene de insuficiență respiratorie acută, pacientul se transferă pe ATI, iar gazometria arterială evidențiază acidoza mixtă cu hipoxemie şi lactat crescut. Se inițiază fizioterapie respiratorie-CPAP şi antibioterapie cu evoluție uşor favorabilă, pacientul transferându-se ulterior în serviciul nostru. La preluare, stetacustic pulmonar murmurul vezicular diminuat global, abolit bazal stâng cu raluri crepitante bazal, biologic: leucocitoză, sindrom inflamator, sindrom de colestază, hiposideremie. CT-ul toracic nativ decelează colecție pleurală stângă în cantitate mare, atelectazie completă a câmpului pulmonar stâng cu devierea mediastinului spre dreapta, colecție pleurală dreaptă, multiple focare de condensare pulmonară la nivelul câmpului pulmonar drept, cu bronhograma şi alveograma. În urma efectuării toracocentezei se evacuează aproximativ 1,5 lichid pleural sero sangvinolent, exsudat iar în urma consultului chirurgical şi montării tubului de dren se evacuează 2000 ml lichid cu aspect uşor serohemoragic. Pacientul refuză transferul pe secția chirurgie toracică în vederea intervenției chirurgicale de decorticare, şi se externează cu ameliorarea simptomatologiei. Ulterior pacientul se prezintă în UPU pentru exacerbarea simptomatologiei şi este internat pe secția chirurgie toracică, se practică pleurotomie minimă stângă şi mai apoi pleurectomie parietală subtotală, decorticare pulmonară, lobectomie inferioară stângă cu evoluție favorabilă.

INFLUENZA A COMPLICATED WITH BRONCHOPNEUMONIA, BILATERAL PLEURAL EFFUSION. SURGICALLY REMOVED SECONDARY PULMONARY SUPPURATION

Daniela Boldeanu[1], Bianca Gergely Domokos Hancu[2], Emanuel Palade[2], Alexandru-Eduard Stan[1], Iulia Ioana Bogdan[1], Maria Ratiu[1]

[1]„Leon Daniello" Hospital of Pneumology, Cluj-Napoca, Romania
[2]„Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

36 year-old male, with no medical background, is transferred from the Infectious Diseases Hospital, where he presented with productive cough with greenish sputum, shortness of breath, chills, pain in the left hemithorax, exacerbated by coughing and left decubitus. A CT scan showed a large pulmonary consolidation in the left inferior lobe, another one in the lower lingula, a moderate left-sided pleural effusion. The following investigations set the diagnosic to Influenza A. Because of the marked respiratory failure, mixed acidosis with hypoxemia and high lactate levels the pacient was moved to the ICU. Antibiotics and CPAP were started, with good clinical evolution, the pacient being afterwards transferred to our hospital. On admission, the breath sounds were globally diminished, and absent in the lower left area, accompanied by crackles; Blood samples showed leuocytosis with raised inflammation markers. The CT showed a left moderate pleural effusion along with a small right one, complete atelectasis of the left lung with mediastinal shift to the right, multiple consolidations with aeric bronchogram in the right parenchyma. A thoracocentesis is performed, evacuating 1500 ml sero-hemorrhagic exudate pleural fluid, followed by a thoracostomy, evacuating an additional 2000ml fluid. The pacient refused the admission to the thoracic surgery unit for decortication and was released with improved clinical status. Subsequent the pacient presents back to the ER for worsening symptoms, is admitted to the thoracic surgery unit, where a minimal left pleurotomy is performed, followed by a subtotal parietal pleurectomy, decortication and a left inferior lobectomy, with good clinical evolution.

AFECTAREA TIROIDIANĂ ÎN CONTEXTUL INFECȚIEI CU SARS-COV-2

Eugenia Corina Budin[1,2], Cătălina Flencheș[1], Corina Mărginean[1], Gabriela Jimborean[1,3]

[1] Departamentul de Pneumologie, Spitalul Clinic Județean, Mureș, România
[2] Departamentul de Fiziopatologie, Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie „George Emil Palade", Târgu Mureș, România
[3] Departamentul de Pneumologie, Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie „George Emil Palade", Târgu Mureș, România

Introducere: Infecția cu Sars-CoV-2 este însoțită de afectare endocrinologică, care s-a dovedit a fi un predictor important al mortalității în contextul acestei infecții virale. Afectarea tiroidiană la bolnavii cu COVID-19 a fost mai frecvent regăsită în literatura de specialitate ca și scădere a funcției tiroidiene, cu valori scăzute ale TSH, fT3 și fT4, scăderea cortisolemiei și dezechilibrarea diabetului zaharat. Afectarea histopatologică tiroidiană a fost evidențiată prin afectarea celulelor parafoliculare și a epiteliului folicular, fără însă a fi afectată morfologia foliculară.

Material și metodă: Prezentăm cazul unei paciente de 40 de ani, cunoscută cu tiroidită Hashimoto, sub tratament cu levotiroxină în doze mari, infectată cu SARS-CoV-2 în afara teritoriului României, care prezintă ca și simtomatologie frisoane, rinoree apoasă, febră 38,3 grade Celsius, dureri toracice, anosmie, odinofagie, grețuri, fără modificări semnificative la tomografia computerizată a toracelui.

Rezultate: Testul RT-PCR SARS-CoV-2 pozitiv, s-a inițiat tratament cu lopinavir/ritonavir, hidroxiclorochină, anticoagulant, antipiretice, simptomatice, cu evoluție favorabilă si negativarea testului după 14 zile. La externare, pacienta prezintă anxietate marcată nejustificată, tremor extrem, valoarea TSH 34. Conduita de tratament endocrinologic a fost modificată, cu evoluție bună și scăderea progresivă a valorilor TSH (9,79 după 15 zile).

Concluzii: Infecția cu SARS-CoV-2 determină, adiacent afectărilor cunoscute la nivelul aparatului respirator, și modificări la nivelul celorlalte aparate și sisteme. Astfel, inflamația sistemică descrisă în contextul acestei patologii afectează bolile endocrinologice preexistente, cu modificarea semnificativă a parametrilor clinici și paraclinici.

THYROID DAMAGE IN THE CONTEXT OF SARS-COV2 INFECTION

Eugenia Corina Budin[1,2], Catalina Flenches[1], Corina Marginean[1], Gabriela Jimborean[1,3]

[1] Department of Pneumology, Clinical County Hospital, Targu Mures, Romania
[2] Department of Pathophysiology, „George Emil Palade" University of Medicine, Pharmacy, Sciences and Technology, Targu Mures, Romania
[3] Department of Pneumology, „George Emil Palade" University of Medicine, Pharmacy, Sciences and Technology, Targu Mures, Romania

Introduction: SARS-CoV-2 infection is accompanied by endocrinological impairment, which has been shown to be an important predictor of mortality in the context of this viral infection. Thyroid damage in patients with COVID-19 was more commonly described in the literature as a decrease in thyroid function, with low levels of hyroid stimulating hormone (TSH) , free triiodothyronine (T3) and thyroxine (T4) , decreased cortisolemia and imbalance of diabetes mellitus. Thyroid histopathological impairment was evidenced by damage to parafollicular cells and follicular epithelium, but follicular morphology was not affected.

Material and method: We present the case of a 40-year-old patient, known with Hashimoto thyroiditis, under treatment with levothyroxine in high doses, infected with SARS-CoV-2 outside the territory of Romania, who presents chills, aqueous rhinorrhea, 38.3 Celsius degrees fever, chest pain, anosmia, odinophagia, nausea and no significant changes to the chest computed tomography.

Results: Rt-PCR SARS-CoV-2 positive test, treatment with lopinavir/ritonavir, hydroxychloroquine, anticoagulant, antipyretic, symptomatic, with favorable evolution and negative test after 14 days. Upon discharge, the patient experiences unwarranted marked anxiety, extreme tremor, TSH value of 34 µUI/ml. The conduct of endocrinological treatment was modified, with good development and progressive decrease in TSH values (9.79 after 15 days).

Conclusions: SARS-CoV-2 infection causes changes in other systems adjacent to known damage to the respiratory system. Thus, systemic inflammation described in the context of this pathology affects pre-existing endocrinological diseases, with significant change in clinical and paraclinical parameters.

TUBERCULOZA ENDOBRONȘICĂ O PROVOCARE CONTINUĂ

Teodora Butnaru[1], Anca Macri[1], Florin Dumitru Mihălțan[1], Ancuța Constantin[1]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Introducere: Tuberculoza bronho-pulmonară este o boală infecțioasă cu transmitere interumană cauzată de Mycobacterium Tuberculosis. Frecvența atingerii bronșice în cursul tuberculozei pulmonare secundare este estimată la 18% dintre persoanele infectate. Tuberculoza poate realiza leziuni ale căilor aeriene principale subglotice şi leziuni în bronșiile periferice.

Patogenia stenozelor tuberculoase traheo-bronșice recunoaște ca mecanism principal implantarea directă a bacililor la nivelul bronșiei. Depistarea lor precoce se face cu ajutorul unei echipe multidisciplinare, din care fac parte serviciile de chirurgie toracică si cele de endoscopie intervențională. Tratamentul de elecție este reprezentat de tratamentul chirurgical cu viză curativă.

Prezentarea cazului: Se expune cazul unui femei de 20 de de ani, diagnosticată cu tuberculoză pulmonară formă nodular-ulcerată localizată la nivelul lobilor superiori, cu diseminare bronhogenă LIS, asociind și formă endobronșică. Pacienta a urmat tratament tuberculostatic timp de 8 luni, ceea ce a dus la vindecarea tuberculozei, însă cu persistența unei stenoze punctiforme la nivelul unei ramuri segmentare LIS. Examinarea CT de la acel moment a evidențiat o zonă de condensare triunghiulară retrostenotică, fapt ce a pus în discuție indicația chirurgicală de excizie a teritoriilor cu modificări cicatriceale.

Ulterior, datorită degradării clinice, cu apariția la distanță a mai multe episode de pneumonii retrostenotice şi imagistice, prin progresia dimensională a condensării retrostenotice, s-a ridicat suspiciunea unei sechestrații pulmonare și s-a impus rezecția chirurgicală prin lobectomie inferioară stângă, cu evoluție favorabilă și recuperare completă. Rezultatul examenului patologic molecular a detectat complexul M. Tuberculosis.

Concluzii: Cazul a fost considerat reprezentativ datorită evoluției clinice neașteptate, în cazul unei paciente tinere, fără comorbidități și a modificărilor imagistice survenite, ce au ridicat suspiciunea unor patologii cu un prognostic mai puțin favorabil.

ENDOBRONCHIAL TUBERCULOSIS A CONTINUOUS CHALLENGE

Teodora Butnaru[1], Anca Macri[1], Florin Dumitru Mihaltan[1], Ancuta Constantin[1]

[1]„Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

Introduction Bronchopulmonary tuberculosis is an infectious disease with interhuman transmission caused by Mycobacterium Tuberculosis. The frequency of bronchial involvement during pulmonary tuberculosis is estimated in 18% of infected individuals. Tuberculosis can cause damage to the main subglottic airways and damage to the peripheral bronchi.

The pathogenesis of tracheobronchial tuberculous stenosis recognizes as the main mechanism the direct implantation of bacilli in the bronchus. Their early detection is done with the help of a multidisciplinary team, which includes thoracic surgery and interventional endoscopy services. The treatment of choice is surgical treatment with a curative visa.

Presentation of the case: We present the case of a 20-year-old woman, diagnosed with pulmonary tuberculosis, nodular-ulcerated form located at the level of the upper lobes, with bronchogenic lower left lobe dissemination, associating also endobronchial form. The patient underwent tuberculostatic treatment for 8 months, which led to the cure of tuberculosis, but with the persistence of a punctiform stenosis. CT examination at that time revealed an area of retrostenotic condensation, which called into question the surgical indication of excision of territories with scar changes.

Subsequently, due to clinical and radiographic deterioration, the suspicion of pulmonary sequestration arose and surgical resection was imposed by left lower lobectomy, with favorable evolution and complete recovery. The result of the molecular pathological examination detected the M. Tuberculosis complex.

Conclusions: The case was considered representative due to the unexpected clinical evolution and radiographic abnormalities, in the case of a young patient without comorbidities, which raised the suspicion of pathologies with a less favorable prognosis.

O ANALIZĂ A CAZURILOR DE INFECȚIE CU TB, HIV ȘI HIV-TB LA POPULAȚIA RROMĂ ÎN OLTENIA (2005-2015)

Cristina Călărașu[1,2], A. Cupșa[1], Floarea Mimi Nițu[2], Florentina Dumitrescu[2], V.I. Grecu[1], Alina Popa (Miulescu) [2, 3]

[1]Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Victor Babeș”, Craiova, România
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova, România
[3]Spitalul de Pneumoftiziologie Leamna, Dolj

Introducere: Tuberculoza (TB) afectează în principal cele mai vulnerabile segmente de populație din România, cu risc mai mare de expunere din cauza condițiilor de viață și risc mai mare de a dezvolta boala activă din cauza sănătății precare. Rromii, un grup vulnerabil din cauza sărăciei, sunt afectați și de procente mai mari de TB. 75% dintre rromi trăiesc în sărăcie, față de 32,2% dintre români.

Material și metodă: Studiul s-a desfășurat la Spitalul „Victor Babeș”, Craiova, Policlinica PNF Craiova și Centrul Regional de Monitorizare și Evaluare a infecției HIV/SIDA Craiova.

Am analizat 3 loturi de pacienți similare ca structura: un lot de 413 pacienti cu TB (9,66% rromi), un lot de 207 pacienti cu coinfectie HIV-TB (8,21% rromi), și alt lot cu 207 pacienți cu infecție HIV (13,52 % rromi). Am utilizat date din foile de observație și fișele de monitorizare ale acestora (2005-2015) din baza de date a centrelor din regiunea Olteniei.

Rezultate: Am analizat variabilele demografice, clinico-biologice, radiologice și diagnostice ale pacienților rromi din cele 3 loturi. Am reținut următoarele date semnificative: 71,7% dintre pacienți erau din mediul rural iar 61,7% erau femei. Doar 8 din 85 de rromi erau angajați, restul cu ajutor social sau fără ocupație. Aproximativ 53% aveau malnutriție și 37% erau fumători. Din loturile cu HIV, 69% erau IGG pozitiv pentru Toxoplasma și 44% aveau Hepatita B. În loturile cu TB 75% aveau modificări radiologice extinse uni sau bilateral, 50% cu microscopie și cultura pozitive. 14 pacienți aveau recidive ale TB.

AN ANALYSIS OF CASES OF TB, HIV AND HIV-TB INFECTION IN THE ROMA POPULATION IN OLTENIA (2005-2015)

Cristina Calarașu [1,2], A. Cupșa[1], Floarea Mimi Nitu[3], Florentina Dumitrescu[3], V.I. Grecu[1], Alina Popa (Miulescu) [2, 4]

[1]„Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtysiology, Craiova, Romania
[2]University of Medicine and Pharmacy of Craiova, Romania
[3]Leamna Hospital of Pneumophtysiology, Dolj

Introduction: Tuberculosis (TB) mainly affects the most vulnerable segments of the population in Romania, with a higher risk of exposure due to living conditions and a higher risk of developing active disease due to poor health. Roma, a vulnerable group due to poverty, are also affected by higher percentages of TB. 75% of Roma live in poverty, compared to 32.2% of Romanians.

Material and method: The study took place at the „Victor Babes" Hospital in Craiova, the PNF Craiova Polyclinic and the Craiova Regional Center for Monitoring and Evaluation of HIV / AIDS infection.

We analyzed 3 groups of patients, similar in structure: a group of 413 patients with TB (9.66% Roma), a group of 207 patients with HIV-TB coinfection (8.21% Roma), and another group with 207 patients with HIV infection (13.52% Roma). We used data from observation sheets and their monitoring sheets from the database of centers in the Oltenia region (2005-2015).

Results: We analyzed the demographic, clinical-biological, radiological and diagnostic data of the Roma patients from the 3 groups. We retained the following significant data: 71.7% of patients were from rural areas and 61.7% were women. Only 8 out of 85 Roma were employed, the others were social assisted or without employment. About 53% were malnourished and 37% were smokers. Of the HIV groups 69% were IGG positive for Toxoplasma and 44% had Hepatitis B. In the TB groups 75% had extensive radiological changes unilaterally or bilaterally, 50% with positive microscopy and culture. 14 patients had recurrences of TB.

ASPECTE DE HIPERDIAGNOSTIC ALE PNEUMONIEI COMUNITARE LA PACIENȚII CU INSUFICIENȚĂ CARDIACĂ PREEXISTENTĂ

Virginia Cașcaval[1], Valentin Calancea[1], Diana Fetco-Mereuță[1], Livi Grib[1], Natalia Caproș[1], Cornelia Talmaci[1], Natalia Antonova[1], Sergiu Matcovschi[1], Tatiana Dumitraș[1]

[1]Departamentul de Medicină Internă, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere. Dificultățile de diagnostic ale pneumoniei comunitare (PC) la pacienții cu insuficiență cardiacă preexistentă (IC) pornesc din similitudinea manifestărilor clinice ale ambelor boli și, în consecință, poate duce la hiperdiagnosticul sau hipodiagnosticul pneumoniei.

Scop și obiective. De a elucida particularitățile clinice și paraclinice ale hiperdiagnosticului PC la pacienții cu IC preexistentă.

Metode. Au fost analizate retrospectiv fișele medicale și rapoartele de autopsie ale 61 de pacienți decedați, internați în Departamentul de Medicină Internă, între anii 2016 și 2019, cu diagnosticul clinic de PC și IC. Pacienții au fost împărțiți în două grupuri: grupul 1 (n = 11) a inclus pacienții la care nu a fost confirmat la autopsie diagnosticul de PC (hiperdiagnostic) și grupul 2 (n = 50) cu o coincidență a diagnosticului clinic și morfopatologic al PC.

Rezultate. CURB-65>2 puncte (63,6% vs 92%) și scorul SIRS>2 (45,4% vs 82%) au fost mai frecvent evaluate în grupul 2 ($p<0,05$). Conform clasificării NYHA, majoritatea pacienților din ambele grupuri au avut clasa III (56% vs 45,4%) și, respectiv, IV (28% față de 36,3%) a IC. A existat o corelație pozitivă a hiperdiagnosticului cu prezența sputei muco-purulente ($rs = 0,28$; $p<0,05$) și o corelație negativă cu culturile de sânge pozitive ($rs = -0,25$; $p<0,05$) și dilatarea cavităților cordului la ecocardiografie ($rs = -0,27$; $p>0,05$).

Concluzii. Hiperdiagnosticul PC a fost observat în 18% din cazuri și a avut o corelație pozitivă semnificativă cu expectorațiile muco-purulente și o corelație negativă cu culturile de sânge pozitive.

HYPERDIAGNOSIS ASPECTS OF COMMUNITY-ACQUIERED PNEUMONIA IN PATIENTS WITH PREEXISTING HEART FAILURE

Virginia Cascaval[1], Valentin Calancea[1], Diana Fetco-Mereuta[1], Livi Grib[1], Natalia Capros[1], Cornelia Talmaci[1], Natalia Antonova[1], Sergiu Matcovschi[1], Tatiana Dumitras[1]

[1]Department of Internal Medicine, „Nicolae Testemitanu" State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova

Background. Diagnostic difficulties of community-acquired pneumonia (CAP) with preexisting heart failure (HF) develop from similarity of clinical manifestations of both diseases and in consequence can lead to hyperdiagnosis or hypodiagnosis of pneumonia.

Aims and objectives. To reveal clinical and paraclinical features of CAP hyperdiagnosis in patients with preexisting HF.

Methods. We retrospectively analised case histories and autopsy reports of 61 deceased patients, admitted to the Department of Internal Medicine, between years 2016 and 2019, with clinical diagnosis of CAP and HF. The patients were divided in two groups: group 1 (n=11) included patients in whom the autopsy diagnosis of CAP was not confirmed (hyperdiagnosis) and group 2 (n=50) with a coincidence of the clinical and morphopathological diagnosis of CAP.

Results. CURB-65 >2 points (63.6% vs 92%) and SIRS score >2 (45.4% vs 82%) were more frequently assessed in group 2 ($p<0.05$). According to NYHA classification, most patients in both groups had class III (56% vs 45.4%) and IV (28% vs 36.3%) of HF, respectively. There was a positive correlation of hyperdiagnosis with muco-purulent sputum ($rs=0.28$; $p<0.05$) and a negative correlation with positive blood cultures ($rs=-0.25$; $p<0.05$) and the dilation of the heart cavities on echocardiography ($rs=-0.27$; $p>0.05$).

Conclusions. Hyperdiagnosis of CAP was revealed in 18% of cases and had a significant positive correlation with muco-purulent expectorations and a negative correlation with positive blood cultures.

INFECȚIA CU MYCOPLASMA PNEUMONIA LA COPIII NĂSCUȚI PREMATURI CU DISPLAZIE BRONHOPULMONARĂ

Mariana Ceahlău[1], Aliona Cotoman[1,2], Rodica Selevestru[1], Svetlana Șciuca[1,2]

[1]Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova
[2]Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova

Displazia bronhopulmonară (DBP) a copilului născut prematur este determinată de efectele nocive ale oxigenului și ventilației artificiale a plămânilor în perioada postnatală și instalarea unor fenomene cu caracter cronic în țesutul pulmonar. În prezent DBP este considerată boala polietiologică. Factorul determinant în dezvoltarea DBP este nașterea prematură. Există factori care contribuie la dezvoltarea DBP: plămâni imaturi, efecte toxice ale oxigenului administrat, tulburări respiratorii, barotrauma din ventilația asistată, infecția pulmonară, edemul pulmonar.

Scop. Studierea frecvenței infecției cu *Mycoplasma pneumonia* la copiii cu displazie bronhopulmonară.

Metode. Au fost examinați 25 copii cu displazie bronhopulmonară, care s-au născut prematur și au fost expuși oxigenoterapiei în perioada postnatală. Lotul de control a inclus 27 copii născuți prematur care nu au realizat DBP. Copiii au fost examinați pentru infecția cu *Mycoplasma pneumonia* prin teste imunoenzimatice („Humana”, Germania) cu determinarea titrului de anticorpi specifici IgM și IgG.

Rezultate. Etiologia infecției *Mycoplasma pneumonia* a fost confirmată printr-un titru majorat de anticorpi IgM la 14,8%: 95%CI 4,2-33,7 copii cu DBP, identic cu lotul control și un RR 1,0%: 95%CI 0,47-2,1, (χ^2=0,0, p>0,05). Anticorpii antimicoplazma majorați IgG au fost depistați la fiecare al 5-lea copil (20%: 95%CI 6,8-40,7) cu DBP, comparativ cu copiii lotului martor într-un procent mai mic -18,5%: 95%CI 6,3-38,1 și RR 1,05%: 95%CI 0,5-2,1, (χ^2 =0,02, p>0,05).

Concluzie. Infecția cu *Mycoplasma pneumonia* frecvent persistă la copiii născuți prematur și ar putea fi atribuită riscurilor pentru instalarea displaziei bronhopulmonare la acești copii.

MYCOPLASMA PNEUMONIA INFECTION IN PREMATURE INFANTS WITH BRONCHOPULMONARY DYSPLASIA

Mariana Ceahlau[1], Aliona Cotoman[1,2], Rodica Selevestru[1], Svetlana Sciuca[1,2]

[1]„Nicolae Testemitanu" State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova
[2]Mother and Child Institute, Chisinau, Republic of Moldova

Bronchopulmonary dysplasia (BPD) of a premature baby is caused by the harmful effects of oxygen and artificial ventilation of the lungs in the postnatal period and the installation of chronic phenomena in the lung tissue. BPD is currently considered polyetiologic disease. The determining factor in the development of BPD is premature birth. There are factors that contribute to the development of BPD: immature lungs, toxic effects of administered oxygen, respiratory disorders, barotrauma from assisted ventilation, lung infection, pulmonary edema.

Aim. Study of the frequency of *Mycoplasma pneumonia* infection in children with bronchopulmonary dysplasia.

Methods. We examined 25 children with bronchopulmonary dysplasia, who were born prematurely and were exposed to oxygen therapy in the postnatal period. The control group included 27 premature babies who did not achieve BPD. Children were examined for *Mycoplasma pneumonia* infection by enzyme-linked immunosorbent assay („Humana", Germany) to determine the titer of specific IgM and IgG antibodies.

Results. Etiology of *Mycoplasma pneumonia* infection was confirmed by increased titer of IgM antibodies at 14.8%: 95% CI 4.2-33.7 children with BPD, identical to the control group and an RR 1.0%: 95% CI 0, 47-2.1, (χ2=0.0, p> 0.05). IgG-increased antimycoplasma antibodies were detected in every 5th child (20%: 95% CI 6.8-40.7) with DBP, compared to children in the control group in a lower percentage -18.5%: 95 % CI 6.3-38.1 and RR 1.05%: 95% CI 0.5-2.1, (χ2=0.02, p>0.05).

Conclusion. *Mycoplasma pneumonia* infection frequently persists in premature babies and could be attributed to the risks of developing bronchopulmonary dysplasia in these children.

BRONHOPNEUMOPATIA OBSTRUCTIVĂ CRONICĂ - CORELAȚII ÎNTRE FUMĂTORI ȘI EX-FUMĂTORI

Izabela Lucica Chino[1], Ștefan Mihăicuță[1], Rodica Potre Oncu[1], Nicoleta Bertici[1], Ioana Țineghe[1], Alexandra Lehocz[1], Adelina Neiconi[1], Carla Glăvan[1], Ludmila Pîslaru[1], Larisa Dobrescu[1]

[1]Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș”, Timișoara, România

Introducere: Conform raportului Organizației Mondiale a Sănătății, bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC) este a 3-a cauză de deces la nivel mondial.

Material și metodă: Acesta este un studiu observațional, retrospectiv. Lotul de studiu a fost alcătuit din 1438 de pacienți (lotul 1-pacienți foști fumători și lotul 2-pacienți fumători) cu diagnosticul de bronhopneumopatie obstructivă cronică din Clinica de Pneumologie a Spitalului “Victor Babeș” Timișoara, în perioada 2014-2019. Toate analizele statistice au fost realizate în Statistic Package for the Social Sciences versiunea 20.

Rezultate și discuţii: Există diferențe în ceea ce privește distribuția pe sexe, loturile fiind constituite preponderant din pacienți de sex masculin (79,4% în primul lot și 70% în lotul secund). Privind durata tabagismului, intervalul de timp de la debutul fumatului, respectiv până la întreruperea fumatului, s-a înregistrat o valoare medie respectiv maximă superioară în primul lot (14,36 ± 11,23 ani vs. 11,25 ± 9,79). Din punct de vedere al parametrilor respiratorii (capacitatea vitală forțată, volumul expirator maxim în prima secundă și indicele de permeabilitate bronșică) s-au înregistrat valori medii superioare în cazul pacienților fumători (VEMS 59,77 ± 21,19% vs. 60,66 ± 20,65%). S-au observat diferențe statistic semnificative (valoarea P<0.001) în ambele loturi, privind următoarele patologii: cardiopatia ischemică cronică, hipertensiunea arterială esențială și dislipidemie.

Concluzie: Acest studiu confirmă faptul că apariția bronhopneumopatiei obstructive cronice este asociată cu un consum prelungit de tutun și de asemenea că prevalența BPOC este mai mică în cazul foștilor fumători (cei care au renunțat la fumat de minim 10 ani).

CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE - CORRELATIONS BETWEEN SMOKERS AND EX-SMOKERS

Izabela Lucica Chino[1], Stefan Mihaicuta[1], Rodica Potre Oncu[1], Nicoleta Bertici[1], Ioana Tineghe[1], Alexandra Lehocz[1], Adelina Neiconi[1], Carla Glavan[1], Ludmila Pislaru[1], Larisa Dobrescu[1]

[1] „Dr. Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtysiology, Timisoara, Romania

Introduction: According to the World Health Organization report, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is the third leading cause of death worldwide.

Methods: This is an observational, retrospective study. The study group consisted of 1438 patients (group 1-former smokers and group 2-smokers) with chronic obstructive pulmonary disease from „Dr. Victor Babes" Hospital's Pulmonology Clinic, Timișoara, during 2014-2019. All statistical data analysis were performed in the Statistical Package for the Social Sciences version 20.

Results and discussions: There are differences regarding distribution by sex, the groups consist mainly of male patients (79.4% in the first group și 70% in the second group). Based on the duration of smoking, the time interval from the beginning of smoking, respectively until the cessation of smoking, higher average and maximum value was registered in the first group (14.36 ± 11.23 ani vs. 11.25 ± 9.79). From the point of view of respiratory parameters (forced vital capacity, maximum expiratory volume in the first second and bronchial permeability index), higher average values were recorded in the case of smoking patients (VEMS 59.77 ± 21.19% vs. 60.66 ± 20.65%). Statistically significant differences (P value <0.001) were observed in both groups, regarding the following pathologies: chronic ischemic heart disease, hypertension and dyslipidemia.

Conclusion: This study confirms that the occurrence of chronic obstructive pulmonary disease is associated with prolonged tobacco use and also that the prevalence of COPD is lower in former smokers (those who have quit smoking for at least 10 years).

UN TRATAMENT DE SUCCES AL UNEI PNEUMONITE ÎN ORGANIZARE, CAZ CLINIC

Izabela Lucica Chino[1], Rodica Potre Oncu[1]

[1]Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș”, Timișoara, România

Introducere: Pneumonita în organizare reprezintă între 2-10% din bolile interstițiale, mai mult de jumătate din cazuri fiind idiopatice.

Descrierea cazului: Pacientă în vârstă de 53 de ani, fără antecedente patologice semnificative prezintă de o lună tuse neproductivă, dispnee la efort moderat, transpirații profuze, febră, inapetență, fatigabilitate. Examenul obiectiv evidențiază raluri crepitante mediobazal stângă, SpO2=87% în aa. Biologic se constată un sindrom inflamator, leucocitoză cu neutrofilie, monocitoză și trombocitoză. Examenul radiologic relevă un focar de condensare parahilar și retrocardiac stânga pe fond de congestie alveolară nesistematizată. Având în vedere starea generală influențată, cu persistența simptomatologiei după tratament antibiotic, se decide efectuarea unui computer tomograf de torace nativ care a ridicat suspiciunea unei pneumonite în organizare. S-a efectuat fibrobronhoscopie și lavaj bronhoalveolar care au evidențiat leucocite în cantitate moderată. Probele funcționale respiratorii au decelat un sindrom obstructiv distal și difuziunea alveolo-capilară la limita inferioară a normalului. S-a inițiat tratament corticoterapic oral cu prednison 45 mg/zi timp de 4 săptămâni, cu scădere progresivă a dozelor.

Discuţii: Remisiunea bolii este de obicei rapidă, uneori poate să apară rezoluția spontană a leziunilor. Prognosticul este favorabil, însă pot rămâne mici sechele fibroase pulmonare și pot apărea frecvent recăderi ale bolii. Deși tratamentul cu corticosteroizi orali este eficient, nu se poate anticipa care pacienți vor avea o recădere a bolii după reducerea dozelor sau încetarea tratamentului.

Concluzii: Acest caz demonstrează faptul că lipsa îmbunătățirii clinice sub tratament antibiotic corespunzător la un caz de pneumonie recurentă va necesita efectuarea unor investigații suplimentare în vederea stabilirii unui diagnostic corect.

SUCCESSFUL TREATMENT OF ORGANIZING PNEUMONITIS, CLINICAL CASE

Izabela Lucica Chino[1], Rodica Potre Oncu[1]

[1] „Dr. Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtysiology, Timisoara, Romania

Introduction: Organizing pneumonitis represents 2-10% of interstitial lung diseases, more than half of the cases being idiopathic.

Case description: A 53-year-old patient with no significant pathological history was admitted for non-productive cough, moderate dyspnea, excessive sweating, fever, loss of appetite, fatigue. Clinical examination reveals medio-basal crackles, SpO2 = 87% in aa. Biologically there is an inflammatory syndrome, leukocytosis with neutrophils, monocytosis and thrombocytosis. Radiological examination reveals condensation on left perihilar and retrocardiac region with non-systemic alveolar congestion. Due to pacient severe condition, with persistent symptoms after antibiotic therapy, we decided to perform a native chest computer tomography that raised suspicion of organizing pneumonitis. Fibrobronchoscopy and bronchoalveolar lavage were performed, showing moderate amounts of leukocytes. Pulmonary functional tests revealed a distal obstructive syndrome and alveolo-capillary diffusion at the lower limit of normal. We started oral corticosteroid therapy with prednisolone 45 mg/day for 4 weeks, with progressive dose reduction.

Discussions: Remission of the disease is usually rapid, sometimes spontaneous resolution of the lesions may occur. The prognosis is favorable, but pulmonary sequelae may remain and relapses of the disease may occur frequently. Although treatment with oral corticosteroids is very effective it is not possible to predict which patients will relapse after reducing or stopping treatment.

Conclusions: This case demonstrates that the absence of clinical improvement under proper antibiotic treatment in a recurrent pneumonia will require further investigations in order to establish the correct diagnosis.

ABCESUL PULMONAR LA PACIENȚII CU BOLI IMUNODEPRIMANTE ASOCIATE – COMPLICAȚII ȘI ATITUDINE TERAPEUTICĂ

Carla Patricia Ciarnău[1]

[1]Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș”, Timișoara, România

Introducere: Abcesul pulmonar reprezintă o infecție la nivelul parenchimului pulmonar, localizată, cavitară, de natură microbiană, conținând material necrotic. În urma tratamentului administrat aproximativ 75-80% din cazuri se vindecă, 5% se cronicizează și 10% decedează.

Prezentare de caz: Pacientă în vârstă de 65 ani, cunoscută cu *Poliartrită reumatoidă cronică (în tratament cu Metotrexat si Tocilizumab), Diabet Zaharat Insulinonecesitant, Tulburare anxios-depresivă*, prezintă de aproximativ 2 săptămâni tuse seacă, ulterior muco-purulentă, transpirații, astenie, dispnee la eforturi mici, fatigabilitate marcată cu stare generală sever alterată, fiind afebrilă. Investigațiile biologice sugerează un sindrom inflamator acut, iar cele imagistice relevă o macroopacitate medio-pulmonară și bazală dreaptă, cu structură heterogenă și nivele hidroaerice. Aspiratul bronșic: Staphylococcus Aureus (MRSA). Se inițiază antibioterapie conform antibiogramei, însă starea pacientei se deteriorează rapid, abcesul pulmonar evacuându-se în pleură. Este intubată oro-traheală și drenată pleura prin aspirație continuă, evacuându-se 2000 ml lichid purulent. Evoluția pacientei este lent favorabilă, fiind extubată după 5 zile, ulterior se suprimă și drenajul aspirativ continuu. Fibro-bronhoscopia: absența leziunilor sugestive de cancer, fără prezență de corp străin. După 5 săptămâni de tratament, se constată o cavitate restantă enormă (diametru 16/8 cm cu pereți groși) conturându-se astfel perspectivele cronicizării abcesului pulmonar, ținând cont de terenul patologic și vârsta pacientei.

Discuţii și concluzii: Deoarece antibioterapia, în cazul pacienților cu imunodeficiențe, a abceselor gigante și a infecției cu Staphylococcus aureus sau Pseudomonas aeruginosa, este adesea ineficientă, ducând la deces sau la cronicizarea abcesului, soluția chirugicală trebuie luată în considerare.

PULMONARY ABSCESS IN PATIENTS WITH ASSOCIATED IMMUNOSUPPRESSIVE DISEASES – COMPLICATIONS AND THERAPEUTIC ATTITUDE

Carla Patricia Ciarnău[1]

[1] „Dr. Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Disease and Pneumology, Timisoara, Romania

Introduction: Pulmonary abscess represents an infection of the lung parenchym, located, cavitary, of a microbial nature, containing necrotic material. Following the right treatment 75-80% of cases are cured, 5% become chronic and approximate 10% die.

Case presentation: Female, 65 years old, known with *Chronic rheumatoid arthritis (in treatment with Methotrexate and Tocilizumab), Type 2 Diabetes, Depressive anxiety disorder*, presents for about 2 weeks dry cough, then purulent-mucus cough, sweating, asthenia, dyspnea at low effort, marked fatigue with severely altered general condition, being afebrile. Biological investigation suggest an acute inflammatory syndrome, and imaging reveal a right mid-lung and basal macroopacity, with heterogeneous structure and hydroaerial levels. In bronchial aspirate: Staphylococcus Aureus (MDR). Antibiotic therapy is initiated according to the antibiogram, but the patient`s condition quickly deteriorates, the lung abscess draining into the pleura. She is intubated oro-traheal and the pleura is drained by continous apiration, evacuating 2000 ml of purulent fluid. The patient`s evolution is slowly favorable, being extubated after 5 days, later the continuous aspiration drainage is suppressed. Fibro-bronchoscopy: absence of suggestive lesions of cancer or foreign body. After 5 weeks of treatment there is an enormous outstanding cavity (16/8 cm diameter with thick walls), thus outlining the perspectives of chronic lung abscess, taking into account the pathological terrain of the patient and her age.

Discussions and conclusions: Because the antibiotics, in patients with immunodeficiency, giant abscesses and infection with Staphylococcus aureus or Pseudomonas aeruginosa, are often ineffective, leading to death or chronic abscess, the surgical solution must be considered.

PNEUMOPATIA INTERSTIȚIALĂ DIFUZĂ INDUSĂ MEDICAMENTOS – PREZENTARE DE CAZ

Roxana Cocoș[1], Noemi Porojan Suppini[1,2], Zsolt Vastag[1], Ovidiu Fira-Mladinescu[1,2]

[1] Clinica Universitară Pneumologie II, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș" Timișoara, România
[2] Disciplina de Pneumologie, Departamentul XIII, Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș" ,Timișoara, România

Amiodarona este un agent antiaritmic foarte eficient și de aceea utilizat pe scară largă pentru tratarea tahiaritmiilor supraventriculare și ventriculare. Totuși, efectele adverse ale tratamentului cu amiodaronă sunt numeroase și independente de doză, dintre acestea cea mai gravă fiind toxicitatea pulmonară. Mecanismele de producere ale acesteia sunt încă incomplet elucidate, existând mai multe forme de afectare pulmonară interstițială difuză.

Bărbat în vârstă de 69 de ani, cunoscut cu fibrilație atrială paroxistică recurentă, pe tratament cu amiodaronă inițiat de câteva luni, hipertensiune arterială, diabet zaharat tip 2, status post-detresă respiratorie acută încadrată în urmă cu trei ani ca postgripală, este internat pe secția de pneumologie cu dispnee la eforturi mici, febră, fatigabilitate, tuse seacă. Investigațiile paraclinice au evidențiat o insuficiență respiratorie acută hipoxemică și un răspuns inflamator sistemic puternic exprimat, iar tomografia toracică a arătat prezența de opacități de tip bronhopneumonic diseminate aleator pulmonar bilateral. Examenul microbiologic și cel virusologic nu au putut stabili vreo legătură patogenică cu un agent infecțios. Ca atare s-a ridicat suspiciunea de toxicitate pulmonară indusă de amiodaronă, pacientul răspunzând favorabil la întreruperea medicației incriminate și administrarea sistemică de corticosteroizi. După 3 luni, în contextul sistării corticoterapiei orale impusă de efectele adverse, reinițierea contrar avizului medical a tratamentului cu amiodaronă chiar în doze mici a indus o afectare pulmonară și mai severă ca precedenta.

În concluzie, deși diagnosticul de pneumopatie interstițială difuză indusă medicamentos este preponderent unul de excludere, pragul de suspiciune clinică este recomandat să fie scăzut la orice pacient cu elemente anamestice și clínico-imagistic compatibile.

DRUG-INDUCED DIFFUSE INTERSTITIAL PNEUMONIA - CASE PRESENTATION

Roxana Cocoș[1], Noemi Porojan Suppini[1,2], Zsolt Vastag[1], Ovidiu Fira-Mladinescu[1,2]

[1] Department of Respiratory Medicine II, „Dr. Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumology, Timisoara, Romania
[2] XIII[th] Department – Respiratory Medicine, „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Amiodarone is a widely used antiarrhythmic agent for supraventricular and ventricular tachyarrhythmias. The side effects of amiodarone are numerous and dose-independent and the most serious of which is pulmonary toxicity. The mechanisms of its production are still incompletely elucidated, there are several forms of diffuse interstitial lung damage.

A 69-year-old man, known with recurrent paroxysmal atrial fibrillation, on treatment with amiodarone initiated for several months, hypertension, type 2 diabetes, status post acute respiratory distress that three years ago was classified as caused by an influenza virus, is hospitalized on pneumology department with dyspnea, fever, fatigue, dry cough. Paraclinical investigations revealed an acute hypoxemic respiratory failure and a strongly expressed systemic inflammatory response, and chest tomography showed the presence of bronchopneumonic opacities randomly disseminated bilaterally to the lung. Microbiological and virological examination could not establish any pathogenic link with an infectious agent. As such, the suspicion of pulmonary toxicity induced by amiodarone was raised, the patient responding favorably to the discontinuation of the incriminated medication and the systemic administration of corticosteroids. After 3 months, in the context of cessation of oral corticosteroid therapy imposed by adverse effects, the resumption of medical treatment of amiodarone, even in small doses, induced an even more severe lung damage than before.

In conclusion, although the diagnosis of drug-induced diffuse interstitial pneumonia is predominantly one of exclusion, it is recommended that the clinical suspicion be increased in any patient with compatible case history and clinical-imaging elements.

PROVOCĂRI ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL FIBROZEI CHISTICE LA ADULT- CAZURI CLINICE

Ana Constantin[1], Anca Macri[1]

[1]Institutul Național de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Fibroza chistică este cea mai frecventă boală genetică autosomal recesivă a populației de origine caucaziană, cauzată de o varietate de mutații care apar la nivelul genei CFTR, care determină afectarea transportului transmembranar al ionilor de Na^+ si Cl^- și care are impact negativ asupra supraviețuirii și calității vieții pacienților. Având în vedere gama largă de mutații care pot apărea la nivelul genei CFTR și omniprezența canalelor de Na^+ și Cl^-, afectarea în cadrul bolii este polimorfă și deseori multisistemică, frecvent fiind afectate tractele respirator superior și inferior, digestiv și genital.

Diagnosticarea bolii la adult este o provocare. De obicei, adulții prezintă și forme mai puțin severe, iar tabloul clinic este similar cu cel al altor patologii pulmonare cronice. Consecințele sunt subestimarea numărului de pacienți adulți cu fibroză chistică și accesul limitat al acestora la serviciile de îngrijire medicală.

Modulatorii proteinei CFTR, terapia de fluidizare a secrețiilor bronșice, fizioterapia, administrarea bronhodilatatoarelor inhalatorii, prevenția și tratamentul infecțiilor de la nivelul tractului respirator sunt opțiuni terapeutice. Atât episoadele infecțioase acute, cat și cele cronice conduc la pierderea treptată și ireversibilă a funcției pulmonare și sunt asociate cu un prognostic nefast, astfel adresarea acestora ar trebui să constituie o prioritate.

În concluzie, fibroza chistică este o boală care trebuie avută în vedere în contextul diagnosticului diferențial al bolilor pulmonare, deoarece instituirea precoce a unei conduite terapeutice potrivite poate ameliora supraviețuirea și calitatea vieții.

Autorii prezintă succint câteva cazuri clinice ilustrative diagnosticate în clinica de pneumologie, care vin în sprijinul afirmațiilor de mai sus.

CHALLENGES IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CYSTIC FIBROSIS IN ADULTS - CLINICAL CASES

Ana Constantin[1], Anca Macri[1]

[1] „Marius Nasta" National Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

Cystic fibrosis is the most frequent autosomal recessive disease in caucasians, caused by a variety of mutations that can occur in the CFTR gene, which affects the transmembrane transport of Na+ and Cl- ions and negatively impacts both the survival and quality of life of these patients. Given the wide range of mutations that can occur in the CFTR gene and the ubiquity of Na+ and Cl- channels, the disease is polymorphic and often multisystemic, frequently affecting the upper and lower respiratory tract, the digestive and genital tracts.

The diagnosis of the disease in adults can be challenging as adults can present less severe forms, and the clinical features of the disease resemble those of other chronic lung diseases. The result is an underestimation of the number of adult patients with cystic fibrosis and implicitly their limited access to health care services.

When treating cystic fibrosis, some options are available- CFTR protein modulators, airway clearance therapy, chest physiotherapy, bronchodilators, antibiotics. Acute and chronic infections lead to the gradual and irreversible loss of lung function and are associated with poor prognosis in terms of survival. Addressing these aspects must be a priority.

In conclusion, when making the differential diagnosis of lung diseases, cystic fibrosis must be considered because early treatment can improve both the survival rates and the quality of life.

The authors present a series of cases diagnosed in the pneumology ward in support of these statements.

SINDROM DE DETRESĂ RESPIRATORIE ACUTĂ, FORMA SEVERĂ SECUNDARĂ INFECȚIEI CU VIRUSUL GRIPAL A/H1N1 TRATAT CU SUCCES PRIN ECMO VENO-VENOASĂ

Loredana Cservid[1], Cristian Mago[1], Grațiela Oanță[1], Ștefan Frenț[1,2]

[1] Clinica Universitară Pneumologie I, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș”, Timișoara, România
[2] Departamentul XIII - Disciplina de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” , Timișoara, România

Gripa A/H1N1 poate fi responsabilă pentru dezvoltarea unui tip sever de detresă respiratorie (ARDS). Oxigenarea prin membrane extracorporeale (ECMO) veno-venoasă este indicată la pacienți cu insuficiență respiratorie refractară la ventilația mecanică și terapia farmacologică.

Pacient de 44 de ani, fumător, fără comorbidități, cu istoric de intervenții chirurgicale pentru fractură de humerus drept (octombrie 2018, ianuarie 2019), se prezintă în UPU în februarie 2019 cu tuse seacă, febră 39-40 grade C, mialgii, debutate în urmă cu 5-6 zile, ulterior cu dispnee severă, obnubilare, SaO_2=30% pe O_2 și stare generală sever alterată, fiind internat pe compartimentul ATI al Spitalului Victor Babeș Timișoara. Radiologic, se evidențiază întinse plaje de condensare pulmonară confluate interesând ambele câmpuri. Biologic se evidențiază leucopenie, PCR crescut, dar cu procalcitonină, hemoculturi normale, culturi din aspiratul bronșic negative. S-a efectuat RFC gripă A, B cu rezultat pozitiv pentru gripa tip A. S-a tentat inițial VNI, FiO_2=100% cu SaO_2=65-81%, ulterior s-a procedat la intubare oro-traheală și ventilație mecanică, fără ameliorare semnificativă, motiv pentru care s-a decis aplicarea ECMO veno-venoasă, cu evoluție lent favorabilă. La CT de control înainte de externare se evidențiază sindrom interstițio-alveoloar de tip “ground glass” cu minimă reacție pleuro-pericardică și poliadenopatii inflamatorii mediastinale, pacientul rămâne oxigenonecesitant. La controlul de 1 an, se evidențiază modificări reticulare fibroase restante, ușoară disfuncție restrictivă și oxigenare spontană satisfăcătoare.

În situația epidemică actuală și a numărului important de cazuri de ARDS de cauza virală la persoane relativ tinere, trebuie avută în vedere ECMO ca metodă de suport cardio-respirator la pacienții refractari la tratamentul standard.

SEVERE FORM OF ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME SECONDARY TO INFLUENZA A / H1N1 VIRUS INFECTION SUCCESSFULLY TREATED WITH VENOUS ECMO

Loredana Cservid[1], Cristian Mago[1], Gratiela Oanta[1], Stefan Frent[1,2]

[1]I[st] University Clinic of Pneumology, „Dr. Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtysiology, Timisoara, Romania
[2]Department XIII - Discipline of Pneumology, „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Influenza A / H1N1 may be responsible for the development of a severe type of respiratory distress (ARDS). Venous-venous extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) is indicated in patients with respiratory failure refractory to mechanical ventilation and drug therapy.

Patient 44 years old, smoker, without comorbidities, with a history of surgery for right humerus fracture (October 2018, January 2019), presents in the UPU in February 2019 with dry cough, fever 39-40 degrees C, myalgia, started in 5-6 days ago, later with severe dyspnea, dizziness, SaO2 = 30% on O2 and severely altered general condition, being hospitalized in the ATI department of „Victor Babes" Hospital in Timisoara. Radiologically, there are extensive beaches of pulmonary condensation confluent affecting both fields. Biologically there is leukopenia, increased PCR, but with procalcitonin, normal blood cultures, negative bronchial aspirate cultures. RFC influenza A, B was performed with a positive result for influenza type A. Initially, NAV was attempted, FiO2 = 100% with SaO2 = 65-81%, then oro-tracheal intubation and mechanical ventilation were performed, without significant improvement, which is why it was decided to apply veno-venous ECMO, with a slowly favorable evolution. At the control CT before discharge, the interstitial-alveolar syndrome of „ground glass" type with minimal pleuro-pericardial reaction and mediastinal inflammatory polyadenopathies is highlighted, the patient remains oxygen-deficient. At the 1-year control, the remaining fibrous reticular changes, mild restrictive dysfunction and satisfactory spontaneous oxygenation are highlighted.

In the current epidemic situation and the significant number of cases of viral ARDS in relatively young people, ECMO should be considered as a method of cardio-respiratory support in patients refractory to standard treatment.

ANTICORPI ANTICARDIOLIPINĂ POZITIVI LA PACIENȚI CU COVID-19

Alina Dima[1], Ioana Berza[1], Bianca Dumitrescu[1], Ruxandra Moroti[2], Delia Adriana Pârvu[3], Daniela Nicoleta Popescu[1], Magda Pârvu[1]

[1] Secția de Reumatologie, Spitalul Clinic Colentina, București, România
[2] Secția de Boli Infecțioase, Institutul Național de Boli Infecțioase „Matei Balș", București, România
[3] Secția de Radiologie, Spitalul Colentina, București, România

Introducere: Tulburări importante ale coagulării au fost observate la pacienții cu infecție SARS-CoV-2 (COVID-19).

Metode și rezultate: Datele a 33 de pacienți cu diagnostic COVID-19 și spitalizați în Departamentul de Reumatologie al Spitalului Clinic Colentina, 60,9% de sex feminin, cu vârste 19-86 de ani, au fost culese retrospectiv. La toți pacienții diagnosticul a fost susținut prin testare exudat naso-faringeal RT-PCR SARS-CoV-2, negativat ulterior într-o perioadă de 17,7 ± 8,1 zile. Niciunul dintre pacienți nu era cunoscut cu istoric de patologie autoimună. Afectare pulmonară moderată (25-50%) a fost descrisă în 46,2% cazuri, iar severă (50-75%) în 11,5%.

Lupus anticoagulant (LAC) crescut a fost găsit la 75.8% dintre pacienți. Anticorpi anticardiolipină (aCL) IgM la 18.2%, similar cu aCL IgG. La 2 pacienți și IgM și IgG aCL au fost pozitivi simultan. Niciuna dintre probe nu a fost pozitivă pentru anticorpi anti-beta 2-glicoproteina I (aβ2GPI). În plus, timpii de coagulare (aPTT si PT) au fost în limite la toți pacienții.

Valoarea LAC s-a corelat negativ atât cu numărul limfocitelor (p=0,024, r=-0,411), cât și cu cel al trombocitelor (p<0,001, r=-0,618).

Nivel D-dimeri crescut (> 0.5 µg/ml) a fost găsit la aproximativ jumătate dintre pacienți (45,5%). Valoarea maximă a D-dimerilor pe parcursul internării s-a corelat cu nivelul IgG aCL (p=0,044), dar nu și cu a altor anticorpi antifosfolipide (aPL) testați.

Concluzii: Astfel, aCL (serotip IgM si IgG) sunt produși în COVID-19. Anticorpii de tip aPL ar putea fi implicați în tulburările de coagulare observate în COVID-19.

POSITIVE ANTICARDIOLIPIN ANTIBODIES IN COVID-19 PATIENTS

Alina Dima[1], Ioana Berza[1], Bianca Dumitrescu[1], Ruxandra Moroti[2], Delia Adriana Parvu[3], Daniela Nicoleta Popescu[1], Magda Parvu[1]

[1] Department of Rheumatology, Colentina Clinical Hospital, Bucharest, Romania
[2] Department of Infectious Diseases, „Matei Bals" National Institute of Infectious Diseases, Bucharest, Romania
[3] Department of Radiology, Colentina Clinical Hospital, Bucharest, Romania

Background: Important coagulation defects were observed in patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) disease (COVID-19).

Methods and results: Data of thirty-three COVID-19 patients hospitalized in the Department of Rheumatology of Colentina Clinical Hospital, 60.6% feminine gender, aged 19-86 years, were retrospectively collected. In all patients the diagnosis was based on positive nasopharyngeal RT-PCR SARS-CoV-2 and subsequent negative test was found after 17.7 ± 8.1 days. None had a history of immune pathology. Moderate (25-50%) pulmonary involvement was described in 46.2%, while a severe (50-75%) one in 11.5% of the patients included.

Higher than normal limits lupus anticoagulant (LAC) levels were observed in 75.8% cases. Positive IgM anticardiolipin antibodies (aCL) were found in 18.2% patients as well as positive IgG aCL. Both IgM and IgG aCL were positives in 2 cases. None of samples were positives for anti-beta2 glycoprotein antibodies (aβ2GPI). Also, aPTT and PT times were within limits in all cases.

The LAC value was found to be negatively correlated to both lymphocytes ($p=0.024$, $r=-0.411$) and platelets ($p<0.001$, $r=-0.618$) number.

Positive D-dimers (> 0.5 µg/ml) expressed in almost half of the patients (45.5%). Maximum D-dimers level toward hospitalization correlated with the IgG aCL ($p=0.044$), but not with other of the antiphospholipid antibodies (aPL) tested.

Conclusion: To sum up, aCL (both IgM and IgG serotypes) are expressed in COVID-19 patients. A role of the aPL serology in COVID-19-related coagulation troubles might be presumed.

BRONHOPNEUMONIE HEMORAGICĂ CU STAFILOCOC AUREUS LA ADULT TÂNĂR IMUNOCOMPETENT – CAZ CLINIC

Larisa Dobrescu[1], Ludmila Pîslaru[1], Carla Glăvan[1], Nicoleta Bertici[2]

[1]Clinica Pneumologie II, Spitalul Clinic de Boli Infecţioase şi Pneumoftiziologie „Victor Babeș”, Timișoara, România
[2]Departamentul de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Prezentare caz: Pacient de sex masculin, 46 de ani, fumător 30PA, fără antecedente patologice, a prezentat brusc simptome acute respiratorii (febră, tuse, dispnee, wheezing). A fost evaluat în urgență, dar nu prezenta modificări biologice şi radiologice semnificative. S-a recomandat tratament cu o cefalosporină şi simptomatice, cu evoluție inițial favorabilă. Revine în clinică după 10 zile cu stare generală alterată, cu insuficiență respiratorie acută severă şi spute hemoptoice. Pacientul era afebril, palid-cianotic, hipoxemic (SaO2=77%), tahipneic, tahicardic, cu astenie marcată, confuz. Stetacustic pulmonar avea raluri mixte bronho-alveolare diseminate bilateral. Radiografia toracică a decelat infiltrate alveolare difuze pe ambele câmpuri pulmonare, iar probele biologice au relevat: leucocitoza, neutrofilie, anemie severă (Hb=6,2mg/dl), inflamație acută (proteina C=125,25mg/L), iar cultura din sputa a identificat Stafilococul aureus chimiosensibil. Testele pentru gripă, tuberculoza, HIV au fost negative. S-au administrat antibiotice conform antibiogramei, corticoterapie, antitusive, hemostatice, vitamine, gastroprotectoare, hepatoprotectoare, 2 unități masă eritrocitară alături de O2-terapie continuă, cu evoluție lent favorabilă (remisia cvasitotală a bronhopneumoniei după 3 săptămâni).

Discuții: Foarte posibil o exacerbare virală pe un teren bronșitic cronic la un purtător sănătos de stafilococ, sub cefalosporina administrată nejustificat a facilitat infecția invazivă prin alterarea florei comensale. Eliberarea masivă de hemolizine alături de alte exotoxine proinflamatorii au generat leziunile extinse bilateral, anemia severă (prin hemoragie alveolară difuză, sechestrare fier) şi socul toxicoseptic. Toate acestea au contribuit la situația critică a pacientului, la limita supraviețuirii.

Concluzii: Pneumonia stafilococică invazivă hemoragică este mai rar întâlnită, dar practica clinică arată că poate determina forme severe la adultul tânăr imunocompetent.

HEMORRHAGIC BRONCHOPNEUMONIA WITH STAPHYLOCOCCUS AUREUS IN IMMUNOCOMPETENT YOUNG ADULT - CLINICAL CASE

Larisa Dobrescu[1], Ludmila Pislaru[1], Carla Glavan[1], Nicoleta Bertici[2]

[1]II[nd] Clinic of Pneumology, „Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtysiology, Timisoara, Romania
[2]Department of Pneumology, „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Case presentation: Male patient, 46 years old, smoker 30pack-year, with no pathological history, suddenly presented acute respiratory symptoms (fever, cough, dyspnea, wheezing). It was evaluated in the emergency departement, but did not show significant biological and radiological modifications. It was recommended treatment with a cephalosporin and symptomatics, with an initially favorable evolution. He returns to the clinic after 10 days with altered general condition, with severe acute respiratory failure and hemoptysis. The patient was afebrile, pale-cyanotic, hypoxemic(SaO2=77%), tachypneic, tachycardic, with marked asthenia, confused. Pulmonary stetacoustic presented broncho-alveolar rales disseminated bilaterally. Chest radiography revealed diffuse alveolar infiltrates on both lung areas and biological samples leukocytosis, neutrophylia, severe anemia(Hb=6.2mg/dl), acute inflammation(Cprotein=125.25mg/L), sputum culture identified chemosensitive Staphylococcus aureus. Tests for flu, tuberculosis, HIV were negative. Were administered antibiotics according to the antibiogram, corticotherapy, antitussives, hemostatics, vitamins, gastroprotectors, hepatoprotectors, 2 units of erythrocyte mass together with continuous O2-therapy, with slow favorable evolution(quasi-total remission of bronchopneumonia after 3 weeks).

Discussion: It is very possible that a viral exacerbation on a chronic bronchial ground in a healthy carrier of Staphylococcus aureus, under unjustifiably cephalosporin treatment may have facilitated the invasive infection by altering the commensal flora. Massive release of hemolysins along with other proinflammatory exotoxins have generated extensive bilateral lesions, severe anemia(by diffuse alveolar hemorrhage, iron sequestration) and toxicoseptic shock. These factors put the patient to a critical situation, at the survival limit.

Conclusions: Hemorrhagic invasive staphylococcal pneumonia is less common, but clinical practice shows that it can cause severe forms in the immunocompetent young adult.

FACTORI DE RISC ȘI PREDICȚIE ASOCIATE DECESELOR PACIENȚILOR INFECTAȚI CU COVID-19

Larisa Dobrescu[1], Ludmila Pîslaru[1], Carla Glăvan[1], Alexandra Lehocz[1], Adelina Neiconi[1], Ștefan Mihăicuță[2], Nicoleta Bertici[2]

[1]Clinica Pneumologie II, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Victor Babeș", Timișoara, România
[2]Departamentul de Pneumologie, Universitatea de Medicină şi Farmacie „Victor Babeş", Timişoara, România

Obiective: Identificarea principalilor factori de risc asociați deceselor provocate de infecția cu COVID-19.

Material și metode: Am efectuat un studiu retrospectiv care a vizat evoluția tuturor pacienților confirmați cu COVID-19 şi internați în clinica noastră în primul val al pandemiei, respectiv în intervalul 30.03-31.05.2020. La toți pacienții au fost colectate datele demografice, comorbiditățile, manifestările clinice, paraclinice şi supraviețuirea. Datele au fost analizate şi interpretate prin metode statistice (valori medii, deviații standard, p / one-way Anova).

Rezultate: Au fost în total 254 de pacienți internați, cu vârsta medie de 50,83±26,5 ani, majoritatea de sex feminin (51,9%). Dintre aceştia 225 de pacienți s-au externat vindecați şi 29 de pacienți au decedat. Diferențe majore între cele două loturi, respectiv vindecați versus decedați au fost în ceea ce priveşte: vârsta (48,4 ani vs 69,6 ani), sexul (68,9% dintre decedați fiind bărbați), valorile Proteinei C (41,07mg/l vs 167,94mg/l), D-dimerii (0,69pg/ml vs 4,93pg/ml), comorbiditățile (respectiv la decedați: HTA la 58,62%, DZ la 34,48%, patologia cerebrală la 17,24%, obezitatea la 13,79% şi hemodializa cronică la 6,89%). Rata de mortalitate la bărbați a fost mai mult decât dublă comparativ cu femeile (16,39% vs 6,81%).

Concluzii: Principalii factori de risc cu extrem de înaltă semnificație statistică ($p<0,001$) identificați la pacienții decedați cu COVID-19 au fost vârsta (peste 69,6 ani), sexul masculin, valori mari ale proteinei C (peste 41,07mg/l) şi prezența hipertensiunii arteriale şi a diabetului zaharat. Alți factori semnificativi de risc ($p<0,05$) sunt şi boala cerebrală cronică, obezitatea şi boala cronică de rinichi.

RISK AND PREDICTION FACTORS ASSOCIATED WITH DEATHS OF COVID-19 INFECTED PATIENTS

Larisa Dobrescu[1], Ludmila Pislaru[1], Carla Glavan[1], Alexandra Lehocz[1], Adelina Neiconi[1], Stefan Mihaicuta[2], Nicoleta Bertici[2]

[1]II[nd] Clinic of Pneumology, „Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtysiology, Timisoara, Romania
[2]Department of Pneumology, „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Objectives: To identify the main risk factors associated with deaths caused by COVID-19 infection.

Material and methods: We performed a retrospective study that focused on the evolution of all patients confirmed with COVID-19 and hospitalized in our clinic in the first wave of the pandemic, between 30.03-31.05.2020. We colected demographic data, comorbidities, clinical, paraclinical manifestations and survival rate from all patients. The data were analyzed and interpreted by statistical methods (mean values, standard deviations, p / one-way Anova).

Results: There were a total of 254 hospitalized patients, with a mean age of 50.83 ± 26.5 years, mostly female (51.9%). Of these, 225 patients were discharged recovered and 29 patients died. Major differences between these two groups, respectively recovered versus deceased were in terms of: age (48.4 years vs 69.6 years), sex (68.9% of the deceased being men), C Protein values (41.07mg/l vs 167.94mg/l), D-dimers (0.69pg/ml vs 4.93pg/ml), comorbidities (respectively in the deceased patients: hypertension at 58.6%, diabetes at 34.48%, neurological pathology at 17.24%, obesity at 13.79% and chronic hemodialysis at 6.89%). The mortality rate among male patients was more than double compared to female (16.39% vs 6.81%).

Conclusions: The main risk factors with extremely high statistical significance ($p < 0.001$) identified in patients who died with COVID-19 were age (over 69.6 years), male sex, high values of C protein (over 41.07 mg / l) and the presence of hypertension and diabetes. Other significant risk factors ($p<0,05$) are also chronic neurological disease, obesity and chronic kidney disease.

SEPSISUL PEDIATRIC: PREVALENȚA UNEI COMPLICAȚII CU RISC DE MORTALITATE RIDICAT DEZVOLTATE PE FONDUL UNEI PNEUMONII DOBÂNDITE INTRACOMUNITAR

Marcela Ionescu[1,2], Roxana Taraș[1,2], Maria Cristina Ștefan[1], Elena Andreea Știoiu[1], Bianca Dombici[1]

[1]Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Maria Sklodowska Curie”, Bucureşti, România
[2] Universitatea de Medicină şi Farmacie „Carol Davila“, București, România

Introducere: Sepsisul reprezintă o condiție amenințătoare de viață, conform literaturii de specialitate având o mortalitate de 25%. Cea mai cunoscută cauză a sepsisului la copil este reprezentată de pneumonia acută comunitară (PAC) care, în ciuda unui program corect de vaccinare, are o incidență crescută.

Obiective: Obiectivul studiului este de a evalua frecvența sepsisului la copilul diagnosticat cu PAC.

Metoda: Am realizat un studiu de cohortă, observațional, retrospectiv, analizând fişele de observație a 204 pacienți diagnosticați cu PAC, internați în S.C.U.C. `M.S. Curie în perioada ianuarie 2017-mai 2019.

Rezultate: S-a constatat în lotul cercetat prezența leucocitozei cu neutrofilie și o valoare medie a proteinei C reactive de 100,5 mg/l. În funcție de valoarea procalcitoninei, 19% dintre pacienți au avut o valoare între 0,5-2ng/ml, 14% între 2-10ng/ml și 17% un nivel peste 10ng/ml.

Cercetarea arată că 17,15% au dezvoltat SIRS, 24,01% au fost diagnosticați cu sepsis, 3,92% au avut sepsis sever, 0,98% șoc septic și insuficiență multiplă de organe.

Concluzii: Rezultatul studiului reflectă datele din literatura de specialitate, subliniind că sepsisul este o complicație frecventă a pneumoniei acute comunitare.

PEDIATRIC SEPSIS: THE PREVALENCE OF A DEADLY COMPLICATION OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

Marcela Ionescu[1,2], Roxana Taras[1,2], Maria Cristina Stefan[1], Elena Andreea Stioiu[1], Bianca Dombici[1]

[1]Department of Pediatrics, „Marie Curie" Emergency Children Hospital Bucharest, Romania
[2]Department of Pediatrics, „Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Introduction: Sepsis is a life-threatening condition which, according to the literature, has a mortality reaching 25%. The most frequent etiology of sepsis in children is community-acquired pneumonia (CAP). Despite the vaccination program the incidence of CAP in children is high.

Objectives: The aim of our study is to determine the frequency of sepsis in pediatric patient diagnosed with CAP.

Methods: We conducted an observational retrospective cohort study by reviewing the case records of 204 patients diagnosed with CAP from SCUC „M.S.Curie" Bucharest since January 2017 until May 2019.

Results: In the researched group we found the presence of leukocytosis and neutrophilia and a mean value of C-reactive protein of 100.5 mg/L. Considering the value of procalcitonin 19% had 0.5-2 ng/mL, 14% had 2-10 ng/mL and 17% had a procalcitonin level above 10 ng/mL. Our research shows that 17.15% of patients developed systemic inflammatory response syndrome, 27.93% sepsis, 0.98% septic shock and 0.98% multiple organ dysfunction syndrome.

Conclusions: Our findings reflect the literature highlighting that sepsis is a frequent complication of pneumonia in children.

ACTIVATORII DE NRF2 DE TIPUL SUPLIMENTELOR ALIMENTARE – PROPUNERE DE STUDII CLINICE ÎN ROMÂNIA PENTRU TESTAREA LOR CA ADJUVANȚI ÎN TOATE TIPURILE DE INFECȚII RESPIRATORII INFERIOARE AGRESIVE (INCLUSIV COVID-19) ALE ADULȚILOR ȘI COPIILOR

Andrei-Lucian Drăgoi[1]

[1]Spitalul Județean de Urgență din Târgoviște (SJUT), Dâmbovița, România

Această scurtă comunicare medicală propune, cu argumente multiple, că *activatorii de NRF2 de tipul suplimentelor alimentare* (**ANSA**) (precum resveratrolul, sulforafanul, curcumina, quercetina, apele medicale ionizate/redox, extractul de ginkgo biloba, acizii grași nesaturați omega-3 etc.) să fie testați clinic ca adjuvanți siguri (în diverse combinații și doze, dar și cu minime efecte adverse) în toate tipurile de infecții respiratorii inferioare agresive ale adulților și copiilor (pneumoniile virale și/sau bacteriene, gripa A / B / C, gripa aviară, rujeolă, SARS, MERS, COVID-19 etc.), incluzând și acei pacienți cu boli respiratorii agresive care au și comorbidități importante (precum HIV / SIDA, TBC, obezitate, boli autoimune, cancer etc.), în baza efectelor antioxidante citoprotectoare NRF2-mediate ale ANSA (în special asupra principalelor organe vitale: creier, inimă, plămâni, rinichi și ficat), inclusiv citoprotecția puternică oferită de un anumit tip de apa medicală ionizată/redox pe mușchiul cardiac al pacienților cu distrofie musculară Duchenne (citoprotecție cardiacă extrapolabilă și pulmonar), așa cum a demonstrat autorul acestei comunicări medicale în anumite lucrări proprii anterioare.

NRF2-ACTIVATING DIETARY SUPPLEMENTS - PROPOSAL OF CLINICAL STUDIES IN ROMANIA FOR THEIR TESTING AS ADJUVANTS IN ALL TYPES OF AGGRESSIVE LOWER RESPIRATORY INFECTIONS (INCLUDING COVID-19) OF BOTH ADULTS AND CHILDREN

Andrei-Lucian Dragoi[1]

[1] Emergency County Hospital from Targoviște (SJUT), Dambovita, Romania

This short medical communication proposes, with multiple arguments, that potent NRF2-activating dietary supplements (**NADS**) (like resveratrol, sulforaphane, curcumin, quercetin, ionized / redox medical waters, ginkgo biloba extract, omega-3 unsaturated fatty acids etc.) should be clinically tested as safe adjuvants (in various combinations and doses, but also with minimal side effects) in all types of aggressive respiratory infections of the inferior airways of both adults and children (viral and/or bacterial pneumonias, A / B / C influenza, avian influenza, measles, SARS, MERS, COVID-19 etc.), including those patients with respiratory infectious also having important comorbidities (like HIV/AIDS, TB, obesity, autoimmune diseases, cancer etc.) based on the cytoprotective NRF2-mediated antioxidant effects of NADS (especially on the main vital organs: brain, heart, lungs, kidneys and liver), including the strong cytoprotection offered by a specific ionized / redox medical water on the cardiac muscle of three child-patients with Duchenne muscular dystrophy (a cardiac cytoprotection which can be extrapolated to the lungs), as the author of this medical communication has demonstrated in some of his past papers.

CARACTERISTICI DEMOGRAFICE ȘI ANTROPOMETRICE LA PACIENȚII DINTR-O COHORTĂ CU SINDROM OVERLAP: SAS ȘI BPOC

Ștefan Frenț[1], Costela Șerban[2], Roxana Pleavă[3], Iosif Marincu[4], Ștefan Mihăicuță[1]

[1]Departamentul de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” Timișoara, România
[2]Departamentul de Științe Funcționale, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România
[3]Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România
[4]Departamentul de Boli Infecțioase, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Introducere: Sindromul overlap (SOV) se definește prin co-existența la același pacient a BPOC și apneei în somn (SAS). Această afecțiune se asociază cu mortalitate și risc de exacerbări crescute, comparativ cu pacienții cu BPOC sau SAS, separat. Sunt necesare studii dedicate pentru îmbunătățirea înțelegerii și optimizarea îngrijirii medicale a pacienților cu această afecțiune.

Scop: Scopul acestui studiu a fost să compare caracteristicile demografice și antropometrice ale pacienților cu SOV versus pacienți cu SAS.

Material și metode: În studiu au fost înrolați pacienți consecutivi diagnosticați cu SAS în laboratorul de somn al Spitalului Victor Babeș Timișoara în perioada 2005 – 2018. Caracteristicile demografice și antropometrice au fost colectate de la toți pacienții și au fost comparate la cei cu SOV versus SAS, folosind testul Chi-square sau Mann-Whitney. Distribuția datelor nu a fost gaussiană și de aceea raportăm valorile mediane (IQR).

Rezultate: Populația de studiu a cuprins 2173 de pacienți (71,2% bărbați), din care 381 (17,5%) au avut SOV și 1792 de pacienți (82.5%) au avut doar SAS. Am găsit diferențe semnificative între grupul pacienților cu SOV și respectiv SAS cu privire la vârstă: 58,0 (13) vs. 53,0 (18), $p<0,001$; sex: 83,5% bărbați vs. 68,6% bărbați, $p<0,001$; IMC: 35,1 (9,4) vs. 32,0 (8), $p<0,001$; circumferința gâtului: 46,0 (5) vs. 43,0 (6), $p<0,001$ și raportul talie-șold: 1,03 (0,09) vs. 0,99 (0,9), $p<0,001$.

Concluzii: Pacienții din grupul cu SOV au fost predominant bărbați, au fost mai în vârstă, mai obezi și au avut o circumferință a gâtului și un raport talie-șold crescute comparativ cu pacienții cu SAS.

DEMOGRAPHIC AND ANTHROPOMETRIC CHARACTERISTICS IN A COHORT OF PATIENTS WITH OSA AND COPD OVERLAP SYNDROME

Stefan Frent[1], Costela Serban[2], Roxana Pleava[3], Iosif Marincu[4], Stefan Mihaicuta[1]

[1] Department of Pulmonology, „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania
[2] Department of Functional Sciences, „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania
[3] „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania
[4] Department of Infectious Diseases, „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Introduction: Overlap syndrome (OVS) is defined by the co-existence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and obstructive sleep apnea (OSA) in the same patient. This condition is associated with increased mortality and a higher risk of respiratory exacerbation, compared to patients with COPD or OSA alone. Dedicated studies are required to improve our understanding of OVS patients and to optimize their medical care.

Aim: Our aim in this study was to compare the demographic and anthropometric characteristics of patients with OVS versus patients with OSA alone.

Method: We enrolled in the study consecutive patients diagnosed with OSA in our Sleep lab from 2005 to 2018. Demographic and anthropometric characteristics were systematically collected for all patients and compared for OVS and OSA patients using Chi-square or Mann-Whitney test. Data distribution was not normal and therefore we report the median values (IQR).

Results: The study population consisted of 2173 patients (71.2% males), of whom 381 (17.5%) had OVS and 1792 patients (82.5%) had OSA alone. Significant differences between OVS and OSA group were found with respect to age: 58.0 (13) vs. 53.0 (18), $p<0.001$; gender: 83.5% males vs. 68.6% males, $p<0.001$; BMI: 35.1 (9.4) vs. 32.0 (8), $p<0.001$; neck circumference: 46.0 (5) vs. 43.0 (6), $p<0.001$ and waste-to-hip ratio: 1.03 (0.09) vs. 0.99 (0.9), $p<0.001$.

Conclusion: Patients in OVS group are predominantly male, have an older age, are more obese and have a larger neck circumference and waist-to-hip ratio compared to patients with OSA alone.

DIFICULTĂȚI DIAGNOSTICE ÎN ASPERGILOZA BRONHOPULMONARĂ ALERGICĂ

Andrada Garjoaba[1], Emanuela Tudorache[1], Voicu Tudorache[1]

[1]Disciplina de Pneumologie, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș", Timișoara, România

Introducere: Aspergiloza bronhopulmonară alergică este o afecțiune caracterizată printr-un răspuns de hipersensibilitate la inhalarea sporilor de Aspergillus, mai frecvent observată la persoanele cu astm sau fibroză chistică. Tabloul clinic tipic al pacienților constă în exacerbarea simptomatologiei asmatice: wheezing, dispnee, tuse cu expectorație maronie ± semne generale. Paraclinic, principalele criterii sunt: IgE totale >1000 Ui/ml, prick test pozitiv Aspergillus spp., bronșiectazii centrale pe HRCT. Criteriile de diagnostic (Rosenberg), au fost revizuite în 2013 și nu sunt nici astăzi universal acceptate.

Prezentare de caz: Bărbat în vârstă de 20 ani, cu astm bronșic, noncompliant la tratament, prezintă în iunie 2019 pneumonie LSD tratat cu Levofloxacin. Evoluția ulterioară este nefavorabilă, motiv pentru care se efectuează CT torace care evidențiază impactări mucoide bronșice LSD, leziuni de tip tree în bud adiacente. Bronhoscopia decelează la nivelul lobarei superioare drepte o mucoasă sângerândă, friabilă, tapetată cu depozite albicioase. Medicul curant hotărăște totuși inițierea tratamentului antituberculos, pe care îl oprește după 1 lună, odată cu sosirea culturilor BK care sunt negative. Pacientul revine în clinică pentru o exacerbare a astmului bronșic. Se efectuează IgE totale a căror titruri >1000 Ui/ml, IgG specifice anti Aspergillus fumigatus a căror titruri sunt de 10 ori mai mari decât valoarile normale.

Concluzii: ABPA rămâne o afecțiune rară al cărei diagnostic este adesea dificil de realizat. Manifestările clinice adesea nespecifice şi superpozabile cu cele ale astmului bronșic și cu al altor patologii respiratorii, explică latența de până la 10 ani, între apariția primelor manifestări și momentul stabilirii diagnosticului.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IN ALLERGIC BRONCHOPULMONARY ASPERGILLOSIS

Andrada Garjoaba[1], Emanuela Tudorache[1], Voicu Tudorache[1]

[1]Discipline of Pneumology, „Dr. Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Disease and Pneumology, Timisoara, Romania

Introduction: Allergic bronchopulmonary aspergillosis is a disease characterized by a response of hypersensitivity at Apergillus spores inhalation and it is more frequently observed in persons affected by asthma or cystic fibrosis.

Clinically, these patients present practically the exacerbation of asthma symptoms: wheezing, shortness of breath, cough and brown and dense expectoration , mucoid impactation, but also general signs like fever, loss of appetite and weight.

The main criteria are IgE >1000 UI/ml, positive prick test for Aspergillus spp., central bronchiectasis on HRCT. The diagnosis criteria were reviewed in 2013 and even today they are not fully accepted.

Case presentation: Young man, 20 years old, diagnosed with asthma, who interrupted the treatment occasionally, presents in June 2019 right superior lobe pneumonia, for which he follows treatment with Levofloxacin.

The following evolution is not favorable and the thorax HRCT reveals multiple mucoid impactation in the RSL and tree in bud lesions. The bronchoscopy reveals hemorrhagic mucosal surface but also mucosal white deposits. The doctor decides anti-TB treatment but after the negative BK culture, he interrupts the anti-TB medication after a month.

The patient returns because of another asthma exacerbation.

The immunology reveals that IgE >1000 Ui/ml and specific IgE for Aspergillus fumigatus were x10 times bigger than normal values.

Discussions and conclusion: ABPA remains a rare disease, difficult to diagnose.

Clinical manifestations, often non-specific, superposed with asthma symptoms and other respiratory pathologies, explains very well the latency of 10 years between the beginning of clinical manifestations and the moment the diagnose is being made.

PACIENȚI CU ACEEAȘI COMPLICAȚIE PULMONARĂ, EVOLUȚII TOTAL DIFERITE

Carla Glăvan[1], Nicoleta Bertici[1], Ludmila Pîslaru[1], Izabela Chino[1], Larisa Dobrescu[1], Alexandra Lehocz[1]

[1]Spitalul Clinic Judeţean „Pius Branzeu”, Timișoara, România

Introducere. Aspergilomul (micetom) reprezintă grefarea unei suprainfecții cu ciuperca Aspergillus, în 95% din cazuri cu specii fumigatus, pe o cavitate tuberculoasă reziduală frecvent localizată în lobii superiori. Incidența acestei complicații este estimată a fi cuprinsă între 11-17%.

Descrierea cazurilor. Am comparat evoluția a două cazuri cu aspergillom, unul diagnosticat la doi ani după tuberculoză și tratat atât medical cât și chirurgical, iar celălalt a fost descoperit post mortem la necropsie după o hemoptizie masivă. Primul caz a fost un bărbat în vârstă de 43 de ani diagnosticat în 2010 cu tuberculoză pulmonară fibrocazeoasa cavitară lob superior drept (BAAR pozitiv 2+), cu tratament TSS regim I incheiat, vindecat. În 2012, după 2 ani, el a acuzat reapariția simptomelor respiratorii și hemoptizie, ridicând suspiciunea de recidivă. După multe investigații, a fost suspectat un aspergillom și pacientul a fost tratat cu antifungic și operat ulterior - lobectomie superioară dreaptă. Evoluția clinică imediată a fost cu multiple complicatii (suprainfecție, disfuncție respiratorie restrictivă), dar foarte bună ulterior. Al 2-lea caz a fost un bărbat în vârstă de 63 de ani, cu tuberculoză în urma cu 12 ani, care a fost internat pentru o hemoptizie masivă. În pofida intervenției terapeutice complexe, pacientul a decedat la 2 zile de la internare. Surprinzător, necropsia a relevat cauza decesului, un aspergillom asociat cu sechele bacilare multiple.

Discuții. Tratamentul este mai degrabă individualizat decât standardizat, însă recuperarea completă nu poate fi realizată decât chirurgical.

Concluzii. Aspergilomul este o afecțiune rară, dificil de diagnosticat și foarte imprevizibil.

PATIENTS WITH THE SAME PULMONARY COMPLICATION, TOTALLY DIFFERENT EVOLUTION

Carla Glăvan[1], Nicoleta Bertici[1], Ludmila Pîslaru[1], Izabela Chino[1], Larisa Dobrescu[1], Alexandra Lehocz[1]

[1] „Pius Branzeu" Clinical County Hospital, Timisoara, Romania

Introduction. Aspergilloma (mycetoma/ fungus ball) is the grafting of a superinfection with Aspergillus fungus, in 95% fumigatus species on an overt tuberculous cavity frequently located in the upper lobes. The incidence of this complication is estimated to be between 11-17%.

Case descriptions. We compare the evolution of two cases with aspergilloma, one diagnosed two years after tuberculosis and treated both medically and surgically, and the other was discovered post mortem at necropsy after a massive hemoptysis. The first case was a 43-year-old man diagnosed in 2010 with upper right lob fibrous–cavitary pulmonary tuberculosis (BAAR positive 2+), with treatment, cured. In 2012, after 2 years he accused the recurrence of respiratory symptoms and hemoptysis, raising suspicion of relapse. After many investigations an aspergilloma was suspected and the patient was treated with antifungal and subsequently operated – right upper lobectomy. The immediate clinical evolution was complicated (wound superinfection, restrictive pulmonary dysfunction), but very good afterwards. Case 2 was a 63-year-old man with tuberculosis (12 years ago) who was hospitalized for a massive hemoptysis. Even if the treatment was suitable the patient died 2 days after admission. Surprisingly, the cause of death at necropsy was aspergilloma associated with multiple bacillary sequelae.

Discussions: Treatment is rather individualized than standardized, however full recovery can only be achieved surgically.

Conclusions. Aspergilloma is a rare condition, difficult to diagnose and highly unpredictable.

DIAGNOSTICUL CANCERULUI BRONHOPULMONAR ÎN CONTEXTUL PANDEMIEI COVID 19 – CAZ CLINIC

Anca Goman[1], Lavinia Davidescu[1,2], Sheira Nunkoo[2]

[1] Facultatea de Medicină şi Farmacie, Oradea, România
[2] Clinica „Lavinia Davidescu", Oradea, România

Contextul pandemiei COVID-19 îngreunează semnificativ accesul pacienților la serviciile medicale de diagnostic şi tratament. Pacienții cu cancer pulmonar reprezintă un grup de risc pentru a dezvolta forme severe de COVID-19, dar, pe de altă parte, posbilitatea diagnosticului cancerului pulmonar este dificilă şi mult limitată.

Pacient în vârstă de 64 de ani se prezintă la medicul specialist pentru adenopatie latero-cervicală dreaptă dureroasă, disfagie, dispnee moderată de efort şi disfonie. În antecedentele personale patologice reținem istoricul de fost fumător, 35 pachete/an, HTAE grad II, ulcer gastric. Obiectiv: TA=160/100 mmHg, SaO2=94%, AV=130 b/min, adenopatii latero-cervicale dureroase, neregulate, aderente la planurile subiacente, pulmonar- murmur vezicular abolit în jumătatea inferioară hemitorace drept.

Tomografia computerizată torace şi gât relevă, laterocervical inferior drept, bloc adenopatic de 40/32/60 mm până la nivelul fosei supraclaviculare; hilar drept se evidențiază o formațiune tumorală parțial necrozată, imprecis delimitată de circa 102/93 mm; multiple adenopatii medistianale; colecție pleurală medie latero-toracic drept;metastază osoasă cu liza costală la nivelul arcului costal VI.

Având în vedere închiderea majorității spitalelor în contextul COVID 19 pentru pacienții non-COVID, nu s-a putut efectua biopsia bronşică optându-se pentru biopsia ganglionară latero-cervicală. Examenul histo-patologic relevă carcinom microcelular. Examenul imuno-histochimic confirmă un carcinom microcelular pulmonar TTF1, CD56+, fără invazia structurilor adiacente. Diagnosticul nostru final: Carcinom bronhopulmonar drept stadiu IV, T4N3M1a.

În concluzie, este necesară atenta balansare între beneficiile unui diagnostic prompt şi riscul expunerii la COVID-19, în special în cazul pacienților cu o simptomatologie care sugerează o afecțiune cu evoluție rapidă precum cancerul bronhopulmonar.

DIAGNOSIS OF LUNG CANCER DURING SARS-COV-2 PANDEMIC

Anca Goman[1], Lavinia Davidescu[1,2], Sheira Nunkoo[2]

[1] Faculty of Medicine and Pharmacy, Oradea, Romania
[2] „Lavinia Davidescu„ Clinic, Oradea, Romania

The context of the COVID-19 pandemic significantly hampered patients access to medical and diagnostic services and treatment. Lung cancer patients represent a risk group for developing severe forms of COVID-19, but, on the other hand, the possibility of diagnosing lung cancer is very limited.

A 64-year-old patient presents himself to a pneumologist for painful lateral cervical lymph nodes, l dysphagia, exertional dispnea.

Physical examination: . Bp = 160/100mmHg Pulse= 130/min painful irregular latero-cervical lymph nodes on palpation and some discrete right basal pulmonary rales on auscultation.

CT Scan reveals right inferior laterocervical lymph nodes, with a tumoral mass partialy with necrosis poorly delimitated of aproximately 102/93mm, multiple mediastinal lymph nodes, right medial pleural effusion.

Due to the suspension of the normal activity of most hospitals in the context of COVID 19 for non-COVID patients, appropriate biopsy was not able to be performed in time. Finaly histopathological examination revealed microcellular carcinoma. Immunohistochemical examination confirms a TTF1 pulmonary microcellular carcinoma, CD56 +, without invading adjacent structures.Final diagnosisis Right Lung Cancer stage IV T4N3M1a.

In conclusion, careful balancing is needed to question the benefits of a prompt diagnosis of the risk of COVID-19 exposure, especially in patients with symptoms that suggest a rapidly evolving condition such as lung cancer.

ASTMUL OCUPAȚIONAL LA BRUTAR - CAZ CLINIC

Victor Ionel Grecu[1], Cristina Călărașu[2]

[1] Spitalul de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Victor Babeş”, Craiova, România
[2] Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova, România

Introducere: Brutarii au risc de 80 ori mai crescut de a dezvolta astm față de alte categorii profesionale. Astmul „brutarului” afectează 4-10% din brutarii din Europa. Pacienții prezintă sensibilizare la particulele de făinoase inhalate dar nu au manifestări la preparatele de panificație folosite în alimentația proprie (prelucrate termic). Diagnosticul necesită determinarea IgE serice pentru alergenii din grâu sau alte cereale suspectate.

Caz clinic: Pacient de 38 de ani, nefumător, brutar, cu expunere profesională la noxe respiratorii, necompliant terapeutic în ciuda simptomatologiei persistente din ultimii ani. Este cunoscut cu Astm bronsic alergic moderat şi Rinită alergică. Urmează tratament inhalator cu doze medii de CSI/LABA de 13 ani intermitent, antihistaminice, antileucotriene, iar în ultimul an foloseşte în plus Salbutamol 6-8 puff-uri/zi. Acuza wheezing, dispnee, constricție toracică, acutizate zilnic de expunerea profesională la pulberi de cereale şi variații de temperatură.

Obiectiv: obstrucție nazală, raluri sibilante şi ronflante bilateral, expir prelungit, SaO2=96%, normotensiv. Spirometria efectuată matinal după administrarea incorectă a medicației inhalatorii CSI/LABA evidențiază disfuncție ventilatorie mixtă severă: FVC=2,76L (57%), FEV1=1.50L (39%), FEV1/FVC=54.

Întrucât pacientul nu dorea să schimbe locul de muncă tratamentul a menținut medicația orală şi s-a decis administrarea de Salmeterol/Fluticazona 50/500 µg -2puff/zi, într-un dispozitiv cu posibilitatea observării dacă şi-a administrat complet doza. După 6 luni prezenta complianță bună la tratament şi ameliorarea spirometriei: FVC=3,55L (74%), FEV1 = 2,22 (58%), FEV1/FVC= 62.

Concluzii: Pentru cei care refuză reconversia profesională se recomandă controlul factorilor de mediu, educația pacientului privind simptomele şi administrarea corectă a medicației, controale periodice la medicul pneumolog, desensibilizare alergologică.

OCCUPATIONAL ASTHMA IN BAKERS - A CLINICAL CASE

Victor Ionel Grecu[1], Cristina Calarasu[2]

[1] „Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtysiology, Craiova, Romania
[2] University of Medicine and Pharmacy of Craiova, Romania

Introduction: Bakers have a 80 times higher risk of developing asthma than any other occupational categories. "Baker's" asthma affects 4-10% of bakers in Europe. Patients are sensitive to inhaled flour particles but have no symptoms to bakery products used in their own diet (cooked). The diagnosis requires elevated concentrations of IgE for allergens from wheat or other suspected grains.

Clinical case: 38-year-old patient, non-smoker, baker, with occupational exposure to respiratory particles, neglecting treatment despite persistent respiratory symptoms. He is known to have moderate allergic asthma and allergic rhinitis. His treatment for the last 13 years includes moderate doses of ICS/LABA, antihistamines, antileukotrienes, and only in the last year Salbutamol 6-8 puffs/day. Presents wheezing, dyspnoea, chest tightness, exacerbated daily by occupational exposure to grain dust and temperature variations.

Physical exam: nasal obstruction, bilateral wheezing, prolonged expiration, SaO2=96%. Morning spirometry performed after incorrect administration of inhaled treatment with ICS/LABA showed severe mixed ventilatory dysfunction: FVC=2.76L (57%), FEV1=1.50L (39%), FEV1/FVC=54.

As the patient did not want to change his job, the treatment maintained the oral medication and we decided to administer Salmeterol/Fluticasone 50/500µg -2puff/day, in a device with the possibility of observing if the patient completely administered his dose. After 6 months he had good compliance with the treatment and improvement of spirometry: FVC=3.55L (74%), FEV1=2.22 (58%), FEV1/FVC = 62

Conclusions: For those who refuse professional retraining, control of environmental factors is recommended, together with patient's education regarding the symptoms and the correct administration of medication, periodic controls at the pulmonologist, allergy desensitization.

SEVERITATEA BOLII BRONȘIECTATICE ÎN FUNCȚIE DE FENOTIPUL BRONȘIECTAZIILOR

Patricia Hogea[1], EmanuelaTudorache[1]

[1]Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș”, Timișoara, România

Boala bronșiectatică este tot mai frecvent întâlnită la pacienții pneumologici, reprezentând o problemă atât prin complexitatea managementului, cât și prin implicațiile socio-econonice. În studiul de față ne-am propus să analizăm evoluția pacienților cu bronșiectazii și severitatea bolii în funcție de fenotip. Pacienții au fost urmăriți din punct de vedere clinic, imagistic, funcțional și bacteriologic.

În studiu au fost incluși 120 de pacienți (51% femei) diagnosticați în Clinica de Pneumologie „Dr. Victor Babeș”, Timișoara începând din anul 2017 până în prezent. Lotul de pacienți a fost împărțit în patru grupuri în funcție de prezența colonizării cu *Pseudomonas aeruginosa*, cu alți agenți patogeni și în funcție de prezența zilnică a sputei, astfel: fenotipul „Pseudomonas” (22%), „Alți germeni” (14%), „Spută zilnică” (38%) și „Uscate” (26%). După analiza datelor din cele patru grupuri am observat că un procent semnificativ dintre pacienții cu fenotipul „Pseudomonas” și „Alți germeni” prezintă o simptomatologie mai zgomotoasă, disfuncție ventilatorie severă, extindere radiologică a bronșiectaziilor la > 1 lob pulmonar și prezența formelor varicoase și chistice, comparativ cu celelalte două grupuri. De asemenea, numărul exacerbărilor ce au necesitat internare a fost mai mare la pacienții din grupul „Pseudomonas” și „Alți germeni” comparativ cu pacienții încadrați în fenotipul„Spută zilnică” și „Uscate”. Prognosticul și complexitatea tratamentului depind, de asemenea de severitatea bolii.

În practica clinică este importantă încadrarea pacienților într-un fenotip bronșiectatic pentru un management cât mai corect, instituirea unui tratament adecvat și evaluarea periodică a evoluției bolii.

SEVERITY OF BRONCHIECTATIC DISEASE DEPENDING ON THE PHENOTYPE OF BRONCHIECTASIS

Patricia Hogea[1], Emanuela Tudorache[1]

[1]„Dr. Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtysiology, Timisoara, Romania

Bronchiectatic disease is increasingly common in pneumological patients, representing a problem both by the complexity of management and by the socio-economic implications. In the present study we aimed to analyze the evolution of patients with bronchiectasis and the severity of the disease depending on the phenotype. Patients were followed clinically, imaging, functionally and bacteriologically.

The study included 120 patients (51% women) diagnosed in the „Victor Babes" Clinic of Pneumology, Timișoara since 2017 until now. The group of patients was divided into four groups according to the presence of colonization with Pseudomonas aeruginosa, with other pathogens and according to the daily presence of sputum, as follows: „Pseudomonas" phenotype (22%), „Other germs" (14%) , „Daily sputum" (38%) and „Dry" (26%). After analyzing the data from the four groups, we noticed that a significant percentage of patients with the phenotype „Pseudomonas" and „Other germs" have a noisier symptoms, severe ventilatory dysfunction, radiological extension of bronchiectasis to > 1 lung lobe and the presence of varicose and cystic forms , compared to the other two groups. Also, the number of exacerbations that required hospitalization was higher in patients in the group „Pseudomonas" and „Other germs" compared to patients in the phenotype „Daily sputum" and „Dry". The prognosis and complexity of treatment also depend on the severity of the disease.

In clinical practice it is important to place patients in a bronchiectatic phenotype for the most correct management, the establishment of an adequate treatment and the periodic evaluation of the disease evolution.

RELAȚIA DINTRE INFECȚIA CU SARS-COV-2 ȘI SEVERITATEA COMORBIDITĂȚILOR

Alexandru Ichim[1], Mara Bălteanu[1], Mihaela Oprea[1], Mihaela Tănăsescu[1], Gina Ciolan

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Pandemia COVID-19 este cauzată de SARS-CoV-2, identificat pentru prima dată în Wuhan, China, în decembrie 2019.

Conform OMS, 80% dintre persoanele infectate cu SARS-CoV-2 dezvoltă forme ușoare sau moderate ale bolii. Aproximativ 15% pot dezvolta forme severe ce necesită oxigenoterapie, iar 5% prezintă forme critice ce se pot complica prin detresă respiratorie, șoc septic, trombembolism, precum și cu insuficiență multiplă de organe. Un factor important în evoluția bolii este dat de prezența și severitatea comorbidităților.

Datele oferite de OMS au demonstrat existența unei asocieri între infecția cu COVID-19 și manifestări neurologice. Astfel, unii pacienți pot dezvolta encefalopatie, agitație, anxietate, depresie, precum și tulburări de somn, miros și gust.

Lucrarea prezintă cazurile a 3 pacienți internați în Institutul „Marius Nasta”, confirmați cu SARS-CoV-2, care la momentul internării nu prezintă simptomatologie respiratorie. Printre comorbiditățile pacienților regăsim demența vasculară, DZ tip II insulino-necesitant, precum și parapareză spastica şi deficit motor post fractură membru inferior drept. Din punct de vedere tomografic se evidențiază imagini de „geam mat”, nesistematizate, distribuite bilateral la nivelul câmpurilor pulmonare.

Pacienții au fost tratați conform protocolului de tratament. Evoluția a fost favorabilă în cazul a doi pacienți, simptomele ameliorându-se progresiv. Contrar formei asimptomatice, evoluția pacientului cu multiple comorbidități a fost una nefavorabilă. În cazul acestuia s-a instalat insuficiența respiratorie, cu necesar suport VMNI și IOT. Ulterior starea generală s-a degradat progresiv, soldându-se cu decesul.

Astfel, studiile sugerează faptul că evoluția COVID-19 este într-o strânsă legătură cu numărul și severitatea comorbidităților, formele severe fiind mai frecvente în astfel de situații.

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE SARS-COV-2 INFECTION AND THE SEVERITY OF COMORBIDITIES

Alexandru Ichim[1], Mara Balteanu[1], Mihaela Oprea[1], Mihaela Tanasescu[1], Gina Ciolan

[1]„Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

The COVID-19 pandemic is caused by SARS-CoV-2, first identified in Wuhan, China, in December 2019.

According to the WHO, 80% of people infected develop mild to moderate forms of the disease. About 15% can develop severe forms requiring oxygen therapy, and 5% have critical forms that may lead to respiratory distress, septic shock, thromboembolism, as well as multiple organ failure. An important factor in the evolution of the disease is the presence and severity of comorbidities.

Data provided by the WHO shows an association between the COVID-19 infection and neurological manifestations. Thus, some patients may develop encephalopathy, agitation, anxiety, depression, along with sleep, smell, and taste disorders.

The paper presents the cases of 3 patients hospitalized in the „Marius Nasta" Institute, confirmed with SARS-CoV-2, who at the time of hospitalization do not show respiratory symptoms. Among the patients' comorbidities we find vascular dementia, insulin-requiring type II diabetes, as well as spastic paraparesis and motor deficit after right lower limb fracture. From a tomographic viewpoint, there are images of „matte glass", unsystematized, distributed bilaterally in the lung fields.

The treatment protocol was followed, with favourable evolution in the case of two patients, the symptoms progressively improving. Although asymptomatic, for the patient with multiple comorbidities the evolution lead to respiratory failure, NIMV and OTI support being necessary. Subsequently, the general condition progressively deteriorated, resulting in death.

Thus, studies suggest that the evolution of COVID-19 is closely related to the number and severity of comorbidities, severe forms being more common in such situations.

ROLUL ECHIPEI MULTIDISCIPLINARE ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL SARCOIDOZEI

Alexandru Ichim[1], Mihaela Oprea[1], Cornel Petreanu[1], Gina Ciolan[1], Mara Bălteanu[1]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Sarcoidoza este o granulomatoză multisistemică, ce conduce în peste 90% din cazuri la afectare pulmonară. De asemenea poate conduce şi la leziuni cutanate, hepatice, oculare, sau la afectare ganglionară. Leziunile apar preponderent în rândul populației cu vârstă cuprinsă între 40-60 de ani, indiferent de sex.

O formă acută de sarcoidoză este reprezentată de sindromul Löfgren. Acesta se manifestă prin prezența de noduli eritematoși, adenopatii hilare bilaterale, la care se asociază artrită sau artralgii. Sindromul Löfgren afectează mai frecvent femeile, vârsta medie de debut fiind mai mare de 37 de ani. Manifestările specifice diferă în funcție de sex, leziunile nodulare articulare fiind mai specifice sexului feminin.

Lucrarea detaliază cazul unei paciente de 56 de ani, care afirmă prezența de leziuni tegumentare eritematoase localizate la nivelul tegumentului membrului inferior drept, precum și leziuni nodulare subcutanate periarticulare. Leziunile au fost considerate inițial o reacție alergică, astfel s-a recomandat tratament cu CSO timp de 7 zile la domiciliu. Pe perioada tratamentului leziunile cutanate si articulare s-au remis, însă o dată cu finalizarea acestuia au reapărut.

Post administrarea de CSO, pacienta afirmă debutul tusei şi dispeneei la eforturi medii. Acest lucru determină efectuarea de CT toracic, ce evidențiază adenopatii hilare bilaterale. Se decide continuarea investigaților în Institutul „Marius Nasta”.

Astfel, diagnosticarea corectă a sindromului Löfgren a necesitat cooperare multidisciplinară. Tratamentul sindromului Löfgren este suportiv, cu o posibilă rezoluție spontană în 1-2 ani. Acesta constă în administrarea de AINS în cazul artralgiilor și administrarea de CSO în cazul formelor severe.

THE ROLE OF THE MULTIDISCIPLINARY TEAM IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SARCOIDOSIS

Alexandru Ichim[1], Mihaela Oprea[1], Cornel Petreanu[1], Gina Ciolan[1], Mara Balteanu[1]

[1] „Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

Sarcoidosis is a multisystemic granulomatosis, which leads in over 90% of cases to lung damage. It can also lead to skin, liver, eye, or lymph node damage. The lesions occur mainly among the population aged 40-60 years, regardless of gender.

An acute form of sarcoidosis is Löfgren's syndrome. It is characterized by the presence of erythematous nodules, bilateral hilar lymphadenopathy, associated with arthritis or arthralgia. Löfgren's syndrome affects women more often, the average age of onset being higher than 37. The specific manifestations differ by gender, the nodular joint lesions being more specific to women.

The paper details the case of a 56-year-old patient, who states the presence of erythematous skin lesions located in the skin of the right lower limb, as well as subcutaneous periarticular nodular lesions. These were initially considered an allergic reaction, so OCS treatment was recommended for 7 days at home. During the treatment, the skin and joint lesions recovered, but they reappeared after completion.

After administration of OCS, the patient states the onset of cough and dyspnea at moderate exertion. This leads to chest CT scanning, which highlights bilateral hilar lymphadenopathy. Therefore, the patient is admitted to the "Marius Nasta" Institute for consultation and specialized investigations.

Thus, the correct diagnosis of Löfgren's syndrome required multidisciplinary cooperation. The treatment of Löfgren's syndrome is supportive, with a possible spontaneous resolution in 1-2 years. It consists of the administration of NSAIDs in the case of arthralgias and the administration of OCS in the case of severe forms.

CO-INFECȚIA CLOSTRIDIUM DIFFICILE – COVID-19, EVOLUȚIE NEAȘTEPTATĂ

Alexandru Ichim[1], Mihaela Oprea[1], Mihaela Tănăsescu[1], Gina Ciolan[1], Mara Bălteanu[1]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Infecția cu COVID-19 este cauzată de virusul SARS-CoV-2, un nou tip de coronavirus ce a fost identificat pentru prima oară în decembrie 2019, în Wuhan, China.Simptomele cele mai frecvente ale COVID-19 sunt febră, tuse, fatigabilitate, anorexie, dificultăți în respirație și mialgii.

Marea majoritate a populației infectate cu COVID-19 dezvoltă forme ușoare sau medii, ce nu necesită tratament de specialitate. În schimb, persoanele în vârstă de peste 60 de ani prezintă un risc mai mare de a dezvolta forme severe. În afara de vârsta înaintată, comorbiditățile cardiovasculare, cerebrovasculare, diabetul, bolile renale cronice, afectarea pulmonară cronică, tratamentul imunosupresor, cancerul, precum și fumatul reprezintă factor de risc suplimentar pentru dezvoltarea de forme severe și pentru creșterea riscului mortalității.

Lucrarea prezintă cazul unei paciente de 90 de ani, cu comorbidități cardiovasculare, confirmată cu infecție cu COVID-19 în aprilie 2020, și internată la Institutul „Marius Nasta” pentru tratament de specialitate. La momentul internării starea generală a pacientei era gravă, acuzând tuse cu expectorație muco-purulentă, disfagie, astenie fizică, fatigabilitate, deshidratare, scaune diareice.

În urma aplicării protocolului terapeutic evoluția a fost lent favorabilă, cu persistența scaunelor diareice. Se decide testarea pentru Clostridium Difficile, rezultatul probei biologice fiind pozitiv. Se aplică astfel protocolul terapeutic pentru co-infecția cu Clostridium Difficile. Ulterior, în urma celor două teste consecutive RT-PCR negative, se decide externarea pacientei după 18 zile de spitalizare.

Deși vârsta înaintată și prezența comorbidităților sunt factori de risc în dezvoltarea formelor severe, în cazul acestei paciente evoluția a fost una favorabilă.

CLOSTRIDIUM DIFFICILE – COVID-19 CO-INFECTION - UNEXPECTED EVOLUTION

Alexandru Ichim[1], Mihaela Oprea[1], Mihaela Tanasescu[1], Gina Ciolan[1], Mara Balteanu[1]

[1]„Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

COVID-19 infection is caused by the SARS-CoV-2 virus, a new type of coronavirus first identified in December 2019 in Wuhan, China. The most common symptoms of COVID-19 are fever, cough, fatigue, anorexia, shortness of breath and myalgia.

Most of the population infected with COVID-19 develops mild to moderate forms that do not require specialized treatment. In contrast, people over the age of 60 have a higher risk of developing severe forms. In addition to old age, cardiovascular comorbidities, cerebrovascular disease, diabetes, chronic kidney disease, chronic lung damage, immunosuppressive therapy, cancer, and smoking are additional risk factors for the development of severe forms and increased risk of mortality.

The paper presents the case of a 90-year-old patient with cardiovascular comorbidities, confirmed with COVID-19 infection in April 2020, and hospitalized at the „Marius Nasta" Institute for specialized treatment. At the time of hospitalization, the general condition of the patient was severe, accusing cough with mucopurulent sputum, dysphagia, physical asthenia, fatigue, dehydration, diarrhoea.

Following the application of the therapeutic protocol, the evolution was slowly favourable, with the persistence of diarrheal stools. The test for Clostridium Difficile is decided, the result of the biological probe being positive. The therapeutic protocol for co-infection with Clostridium Difficile is thus applied. Subsequently, following the two consecutive negative RT-PCR tests, the patient is discharged after 18 days of hospitalization.

Although advanced age and the presence of comorbidities are high risk factors in the development of severe forms, in the case of this patient the evolution was favourable.

ASOCIEREA RARĂ A UNOR AFECȚIUNI COMPLEXE

Luiza Iorga[2], Mara Bălteanu [1], Mihnea Orghidan[1], Beatrice Mahler [1,2]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta", București, România
[2] Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București, România

Premize: Tuberculoza, este o boală infecțioasă frecventă și, de obicei, curabilă, provocată de obicei de Mycobacterium tuberculosis care poate avea multiple localizări, cu evoluție favorabilă dacă nu apar și complicații.

Prezentarea cazului: Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 36 de ani, nefumătoare, cu expunere profesională la noxe, cunoscută cu keratoconjunctivită sicca/sindrom Sjogren suspicionat din 2013, pentru care a primit indicația de tratament cortizonic cu Prednison, întrerupt din proprie inițiativă după o lună. Pacienta s-a prezentat în clinica de pneumologie pentru tuse slab productivă persistentă. Clinic s-a decelat și o adenopatie laterocervicală stângă pentru care a fost îndrumată către biopsie.

Radiografic, imagine sugestivă pneumonică bazal dreapta, primind tratament antibiotic empiric, cu evoluție ușor favorabilă.

La reevaluare, persistența tusei și rezultatul biopsiei au fost sugestive pentu proces inflamator granulos nespecific. Sputa BK (GeneXpert nu a fost disponibil) negativ în microscopie și culturi.

Tomografia computerizată torace a evidențiat conglomerate de micronoduli segment Fowler și posterobazal drept și LSS.

Bronhoscopia cu LBA: alveolită lifocitară. S-a recoltat și BK pentru GeneXpert din care a rezultat MTB detectat (low). Pletismografic: difuziunea alveolocapilară scăzută ușor.

Inițiere TSS cu evoluție favorabilă, însă la aproximativ 3 luni, pacienta prezintă o adenopatie submandibulară stângă supurată – bioptic aspect compatibil cu boala ghearelor de pisică.

Concluzii: Am considerat cazul constructiv, referindu-se la o patologie complexă precum tuberculoza, cu localizare dublă, depistată tardiv și asocierea acesteia cu afecțiune sistemică și infecție bacteriană, subliniind totodată posibilitățile evolutive sinuoase, progresive și agravante ale acestor entități.

RARE ASSOCIATION OF COMPLEX AFFECTIONS

Luiza Iorga[2], Mara Balteanu [1], Mihnea Orghidan[1], Beatrice Mahler [1,2]

[1] „Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucharest, Romania
[2] „Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Premises:. Tuberculosis is a common curable infectious disease, usually caused by Mycobacterium tuberculosis, which can have multiple locations, with favorable evolution if no other complications occur.

Presentation of the case: We present the case of a 36-year-old, non-smoking patient with professional exposure to emissions, known with suspected keratoconjunctivitis sicca/ suspected Sjogren syndrome from 2013, for she received the indication of cortisone treatment, discontinued on her own initiative after 1 month, was presented in the clinic of pneumology for persistent low productive cough. Clinically, a left laterocervical adenopathy was detected for which she was guided for biopsy.

Radiographic, suggestive image of right basal pneumonia, receiving empiric antibiotic treatment, with slightly favorable evolution.

At revaluation, persistence of cough and biopsy result was suggestive for non-specific granular inflammatory process. BK sputum (GeneXpert was not available) negative under microscopy.

Chest computed tomography revealed conglomerates of the Fowler segment nodules and posterobasal right and LSS.

Bronchoscopy with LBA: lymphocyte alveolitis. BK was also harvested for GeneXpert which resulted in detected MTB. Plethysmographic: low alveolocapillary diffusion slightly.

Initiation TSS with favorable evolution but at about 3 months, the patient has a suppurated left submandibular adenopathy - bioptic has resulted compatible aspect with cat's claw disease.

Conclusions: We considered the case constructive, referring to a complex pathology such as tuberculosis, with double localization, detected late and its association with systemic disease and bacterial infection, while emphasizing the sinuous, progressive and aggravating evolutionary possibilities of these entities.

BOALA MULTICHISTICĂ PULMONARĂ O PROVOCARE DIAGNOSTICĂ

Alina Iova[1,2], Noemi Suppini-Porojan[1,2], Daniel Trăilă[1,2], Ovidiu Fira-Mladinescu[1,2]

[1]Clinica Universitară Pneumologie II, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș", Timișoara, România
[2]Disciplina de Pneumologie, Departamentul XIII, Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș", Timișoara, România

Introducere: Chisturile pulmonare reprezintă pe tomografia computerizată de înaltă rezoluție (HRCT) spații pline cu aer, relative rotunde, cu pereți subțiri localizate în parenchimul pulmonar, care trebuie diferențiate de imaginile din emfizemul pulmonar (imagini neregulate ca formă, fără pereți proprii). Pattern-ul imagistic al chisturilor poate contribui la diagnosticul etiologic.

Descrierea cazului: Pacient în vârstă de 70 de ani, nefumător, în contextul unui hidropneumotorax inaugural este diagnosticat cu pneumopatie interstițială difuză. Aspectul imagistic sugerează o boală multichistică pulmonară. După 9 luni o reevaluare imagistică evidențiază o cavitate pleurală închistată și progresia bolii cu modificări ale parenchimului pulmonar bilateral în contextul unei afectări interstițiale fibrozante pulmonare. Status-ul cardiologic precar al pacientului (cardiopatie ischemică cronică cu stentarea arterei coronare drepte) a contraindicat decorticarea bazală și prelevarea de sampling parenchimatos pulmonar. Lavajul bronho-alveolar (LBA) efectuat a relevat o alveolită cu pattern celular macrofagic cu imunofenotip CD68, CD1a și S100 pozitiv, ceea a permis stabilirea diagnosticului de histiocitoză pulmonară cu celule Langerhans (HPCL) în ciuda unui aspect non-diagnostic al HRCT-ului.

Discuţii și concluzii: HPCL este o boală pulmonară rară ce afectează adulții tineri cu istoric de fumat, la care HRCT-ul poate evidenția noduli stelați, opacități reticulare și chiste predominant in zonele pulmonare superioare și medii și care cruță sinusurile costo-diafragmatice. Totuși la pacienții cu trăsături clinico-imagistice nespecifice aspectul caracteristic al LBA poate fi un instrument cheie în vederea diagnosticului de HPCL.

PULMONARY MULTICHISTIC DISEASE, A DIAGNOSTIC CHALLENGE

Alina Iova[1,2], Noemi Suppini-Porojan[1,2], Daniel Trailă[1,2], Ovidiu Fira-Mladinescu[1,2]

[1]II[nd] University Clinic of Pneumology, „Dr. Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtisiology, Timisoara, Romania
[2]XIII[th] Department, Division of Pneumology, Faculty of Medicine, „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Introduction: Pulmonary cysts represent on high resolution computer tomography (HRCT) air-filled, relatively round, thin-walled spaces located in the pulmonary parenchyma, which should be differentiated from the images of the pulmonary emphysema (irregular images in shape, without their own walls). The imaging pattern of cysts may contribute to the etiologic diagnosis.

Case presentation: A 70-years-old patient, non-smoker, in the context of an inaugural hydropneumothorax was diagnosed with diffuse interstitial lung disease. An imaging re-evaluation after 9 months reveals a closed pleural cavity and progression of the disease with significant changes in bilateral pulmonary parenchyma in the context of a pulmonary fibrosing interstitial disease. The patient's pre-cardiac status (chronic ischemic cardiopathy with right coronary artery stenosis) contraindicated basal decortication and prelevation of pulmonary parenchymatous sampling. The performed bronchoalveolar lavage (BAL) revealed a cellular macrophage cell alveolitis with CD 68, CD1a and S100 immunophenotype, which allowed for the diagnosis of Pulmonary Langerhans cell histiocytosis (PLCH) despite a non-diagnostic aspect of HRCT.

Discussions and conclusions: HPCL is a rare pulmonary disease that primarily affects young adults with a history of smoking, where HRCT may reveal star nodules, reticular opacity, and cysts predominant in the upper pulmonary areas, and medium and sparing cost-diaphragmatic sinuses. However, the characteristic aspect of LBA could be a key tool in the diagnosis of HPCL, especially at patients with non-specific clinical-imaging features.

CULISELE UNEI PNEUMONII CU DEBUT TARDIV

Cristina Japie[1], Liviu Verinceanu[1], Diana Andronache[1], Ioana Toader[1], Elisabeta Bădilă[1,2]

[1]Spitalul Clinic de Urgență, București, România
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București, România

Aspirarea unui corp străin și blocarea acestuia la nivelul căilor aeriene de calibru mare reprezintă o condiție amenințătoare de viață dacă nu este diagnosticată la timp. Aspirarea unor obiecte de mici dimensiuni poate trece neobservată până la apariția simptomelor. Pacient în vârstă de 53 ani, fără antecedente patologice se prezintă pentru sindrom febril (39 grade), tuse cu expectorație mucopurulentă și disfonie, simptomatologie trenantă de o lună. Clinic prezintă murmur vezicular abolit și raluri bronșice în 2/3 inferioare ale hemitoracelui drept, saturație 90% în aerul ambiant, 97% cu oxigenoterapie pe mască, tahicardie sinusală. Biologic se evidențiază sindrom inflamator (fibrinogen 1095 mg/dl, procalcitonina 2.22 ng/dl, proteină C reactivă 341 mg/dl). Radiologic se decelează opacifiere omogenă în două treimi inferioare a hemitoracelui drept. Se inițiază tratament antibiotic empiric cu piperacilină/tazobactam și linezolid, antipiretice și oxigenoterapie. Având în vedere sindromul inflamator coroborat cu aspectul radiologic și pentru o trangare mai corectă a diagnosticului se efectuează tomografie computerizată de torace care evidențiază consolidare pulmonară atelectatică completă a lobului inferior drept si a lobului mediu, iar la nivelul porțiunii distale a bronhiei intermediare a unei structuri cu densitate calcară care se proiectează intraluminal și obstruează originea bronhiilor lobară inferioară dreaptă și medie. Pacientul afirmă că în urmă 6 luni ar fi ingerat accidental un os în timpul mesei. Se efectuează bronhoscopie în scop terapeutic – se decelează corp străin la nivelul bronhiei intermediare, încorporat în masă granulomatoasă, și se realizează extragerea acestuia (dimensiune 1.5/0.5 cm). Postextracție se ameliorează tusea, dispare disfonia și se remite complet sindromul inflamator.

BEHIND THE SCENE OF A PNEUMONIA WITH LATE ONSET

Cristina Japie[1], Liviu Verinceanu[1], Diana Andronache[1], Ioana Toader[1], Elisabeta Badila[1,2]

[1]Emergency Clinical Hospital, Bucharest, Romania
[2]„Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Aspiration of a foreign body and its blocking in the airways with big caliber represents a life-threatening condition if not diagnosed early, whereas aspiration of smaller objects may go unnoticed until symptoms occur. We present the case of a 53 year old man, with unremarkable medical history, who presents for one month history of fever (39 degrees), cough with mucopurulent expectoration and dysphonia. Clinical examination revealed abolished vesicular murmur and bronchial rales in inferior 2/3 of the right hemithorax, 90% saturation in breathing air, 97% with supplemental oxygen, sinus tachycardia. Biological tests showed inflammatory syndrome (fibrinogen 1095 mg/dl, procalcitonin 2.22 ng/ml, C reactive protein 341 mg/dl). The thoracic X-ray revealed a homogenous opacity of the inferior 2/3 of the right hemithorax. Antibiotherapy with piperacillin/tazobactam and linezolid, antipyretics and oxygen therapy were administrated. In order to establish the definite diagnosis and due to the important inflammatory syndrome and the radiological aspect, a thoracic computed tomography was performed and showed a complete atelectatic pulmonary consolidation of the inferior right lobe and the medium lobe and an intraluminal structure with calcar density in the distal segment of the intermediary bronchia which obstructed the origin of the lower inferior and the medium bronchia. The patient stated that 6 months ago he may have accidentally aspirated a bone while eating. A therapeutic bronchoscopy was performed – the extraction of a foreign body (1.5/0.5 cm) incorporated in a granulomatous structure from the intermediary bronchia was performed. Postextraction cough was ameliorated, dysphonia and the inflammatory syndrome disappeared.

CARACTERISTICILE INFECȚIEI SARS-COV-2 CONFIRMATE LA PACIENȚI „AȘA-ZIS" ASIMPTOMATICI ÎN CLINICA PNEUMOLOGIE TG. MUREȘ

Gabriela Jimborean[1], Mara Vultur[2], Alpar Csipor[2], Mioara Szatmary[1], Edith Simona Ianosi[1]

[1]Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie „George Emil Palade", Târgu Mureș, România
[2] Clinica de Pneumologie, Târgu Mureș, România

Introducere: În România infecția SARS-CoV-2 este o epidemie severă. Diferite studii au arătat faptul că persoanele infectate minim simptomatice/ asimptomatice sunt contagioase. Prevenția răspândirii infecției implică izolarea în siguranță a persoanelor contagioase.

Metodă de studiu: Prezentăm 26 de pacienți cu forme „așa-zis asimptomatice" internați în Clinica Pneumologie Tg. Mureș.

Rezultate: Lotul cuprinde 15 femei/11 bărbați confirmați cu infecție SARS-CoV-2 (RT-PCR). Vârsta: 2 copii, 8 (30%) 20-40 de ani, 12 (46%) 41-60 de ani, 4(15,4%) >60 de ani. Toți pacienții s-au declarat „asimptomatici". Pacienții fie au avut simptome, fie semne radiografice de boală sau markeri inflamatori, fie asociații de modificări: 12(46,1%) simptome (inițial neobservate/nedeclarate: cefalee, diaree, angină, subfebrilități, astenie, pierderea gustului/ mirosului, dispnee); 18(69%) au avut radiografia/CT toracică modificate (pneumonie intestițială, aspect „geam mat", adenopatii) sau sindrom inflamator (creșterea PCR, fibrinogen, LDH, feritina sau limfopenie). Doar 2(7,7%) nu au avut nici simptome nici modificări paraclinice dar internarea a fost decisă de prezența factorilor de risc asociați și necesitatea supravegherii/izolării. 17(65%) au avut cel puțin 1 comorbiditate: 8(30,7%) obezitate, 6(23%) diabet zaharat, 13(50%) hipertensiune arterială, 4(15,4%) boală cardiacă ischemică, 4(15,4%) diferite forme de cancere. 8(30,7%) au solicitat insistent externarea în perioada de pozitivitate pe „proprie răspundere" cu riscul îmbolnăvirii familiei/altor contacți.

Concluzii: 92,3% din pacienții autointitulați „asimptomatici" au prezentat simptome clinice sau paraclinice, 60% fiind forme medii/ușoare cu comorbidități și risc de agravare. Explicarea repetată a necesității supravegherii medicale (pentru eliminarea riscului agravării), a necesității izolării de comunitate/familie și atitudinea prietenoasă a cadrelor medicale a dus la complianța pacienților la investigații/tratament în 69,3%.

THE MAIN FEATURES OF THE SARS-COV-2 INFECTION IN „SO-CALLED ASYMPTOMATIC" PATIENTS FROM THE CLINIC OF PNEUMOLOGY, TARGU MURES

Gabriela Jimborean[1], Mara Vultur[2], Alpar Csipor[2], Mioara Szatmary[1], Edith Simona Ianosi[1]

[1]„George Emil Palade" University of Medicine, Pharmacy, Sciences and Technology, Targu Mures, Romania
[2] Clinic of Pneumology, Targu Mures, Romania

Introduction: In Romania, SARS-COV2 infection is a severe epidemic. Various studies have shown that minimally symptomatic/asymptomatic infected people are contagious. Preventing the spread of infection involves safely isolation of infected people.

Study method: We present 26 patients with "so-called asymptomatic" forms hospitalized in Pulmonology Clinic Tg. Mures.

Results: The group includes 15 women/11 men confirmed with SARS-COV2 infection (RT-PCR). Age: 2 children, 8(30%) 20-40 years, 12(46%) 41-60years, 4(15.4%) >60years. All patients declared themselves "asymptomatic". Patients either actually had symptoms, or radiographic signs or inflammatory markers, or associations of changes: 12(46.1%) symptoms that were not initially observed/ declared (headache, diarrhea, sore throat, low-grade fever, asthenia, loss of taste/smell, dyspnea); 18(69%) had modified chest radiography/CT (interstitial pneumonia, "ground glass" appearance, lymphadenopathy) or inflammatory syndrome (increased PCR, fibrinogen, LDH, ferritin or lymphopenia). Only 2(7.7%) had no symptoms or paraclinical changes but hospitalization was decided by the presence of associated risk factors and the need for surveillance/ isolation. 17(65%) had at least 1 comorbidity: 8(30.7%) obesity, 6(23%) diabetes, 13(50%) hypertension, 4(15.4%) ischemic heart disease, 4(15.4%) various forms of cancer. 8(30.7%) insisted on discharge in a period of positivity on "own responsibility" with the risk of contagion upon the family/other contacts.

Conclusions: 92.3% of patients self-titled "asymptomatic" presented clinical or paraclinical symptoms, 60% being moderate/mild forms with comorbidities and worsening risk. The repeated explanation of the need for medical supervision (to eliminate the risk of aggravation), the need for community/family isolation and the friendly attitude of the medical staff led to patients' compliance with investigations/treatment (69.3%).

IMUNOTERAPIA ÎN CANCERUL BRONHOPULMONAR NON-MICROCELULAR METASTATIC – EXPERIENȚA CENTRULUI MEDICAL NEOLIFE

Dan Corneliu Jinga[1], Corina-Georgiana Toader[1], Andrea Crăciunescu[1]

[1]Centrul Medical Neolife, București, România

Cancerul bronhopulmonar non-microcelular (NSCLC) este cel mai comun tip de cancer pulmonar, reprezentând circa 84% din totalul cancerelor bronhopulmonare. Managementul pacienților diagnosticați cu NSCLC s-a modificat major în ultimii 10 ani. Chimioterapia a fost primul tratament folosit în boala avansată, dovedind beneficiu comparativ cu îngrijirea paleativă. Urmând dezvoltarea tratamentului țintit, cu modificări majore pentru o anumită categorie de pacienți, ulterior imunoterapia fiind dezvoltată, cu rezultate promițătoare şi modificări în managementul pacienților.

Metoda: am selecționat pacienții tratați în clinică în ultimii 3 ani cu imunoterapie, un grup tratat cu Pembrolizumab +/- Pemetrexed în combinație cu sare de platină şi al doilea grup tratat cu Nivolumab în monoterapie, informațiile au fost obținute din fişele medicale. În perioada 2017-2019 au fost tratați 14 pacienți cu Pembrolizumab (11 monoterapie şi 3 combo), din care 10 bărbați şi 4 femei, vârsta medie fiind de 62,57 ani. Supraviețuirea generală la 1 an fiind de 71,42%, iar rata decesului prin progresia bolii de 21,42%. În grupul tratat cu Nivolumab în monoterapie, au fost 15 pacienți, din care 7 bărbați şi 8 femei, cu vârsta medie de 66,86 de ani. Supraviețuirea generală la 1 an a fost de 46,66%, iar rata decesului prin progresia bolii a fost de 53,33%. Toxicitățile înregistrate în ambele loturi au fost de gradul I-II (3 cazuri de hipotiroidie şi un caz de insuficiență corticosuprarenaliană).

Concluzii: Imunoterapia a crescut rata de supraviețuire a pacienților, complianța la tratament şi cu toxicități minime.

IMMUNOTHERAPY IN METASTATIC NON-SMALL LUNG CANCER – THE EXPERIENCE OF NEOLIFE MEDICAL CENTER

Dan Corneliu Jinga[1], Corina-Georgiana Toader[1], Andrea Craciunescu[1]

[1]Neolife Medical Center, Bucharest, Romania

Non-small cell cancer (NSCLC) is the most common type of lung cancer, accounting for about 84% of all bronchopulmonary cancers. The management of patients diagnosed with NSCLC has changed significantly in the last 10 years. Chemotherapy was the first treatment used in advanced disease, proving benefit compared to palliative care. Following the development of targeted treatment, with major changes for a certain category of patients, subsequently immunotherapy being developed, with promising results and changes in patient management.

Method: We selected patients treated in the clinic in the last 3 years with immunotherapy, a group treated with Pembrolizumab +/- Pemetrexed in combination with platinum salt and the second group treated with Nivolumab alone, the information was obtained from medical records. During 2017-2019, 14 patients were treated with Pembrolizumab (11 monotherapy and 3 combo), of which 10 men and 4 women, the average age being 62.57 years. The overall survival at 1 year was 71.42%, and the death rate due to disease progression was 21.42%. In the group treated with Nivolumab alone, 15 patients were treated, 7 men and 8 women, with a mean age of 66.86 years. The overall 1-year survival was 46.66%, and the death rate due to disease progression was 53.33%. The toxicities recorded in both groups were grade I-II (3 cases of hypothyroidism and one case of adrenal insufficiency).

Conclusions: Immunotherapy has increased patient survival, treatment compliance and with minimal toxicity.

COVID-19, RELEVANȚA ÎN PRACTICA CLINICĂ A UNUI TEST RT-PCR SARS-COV-2 NEGATIV

Roxana Jurca[1,2], Camil Mihuța[1,2], Cristian Oancea[1,2]

[1]Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr.Victor Babeș”, Timișoara, România
[2]Universitatea de Medicină și farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Introducere: În privința COVID-19, s-a constatat că în practica clinică, accentul nu trebuie pus pe un rezultat RT-PCR pozitiv, ci mai degrabă pe corelanța epidemiologică, clinică și imagistică specifică bolii. Pe același principiu ne-am bazat și în cazul clinic descris, pacienta având o multiplă testare RT-PCR, toate rezultatele fiind negative, dar corelând datele epidemiologice și imagistice, diagnosticul de COVID-19 a putut fi susținut.

Caz clinic: Pacientă în vârstă de 34 de ani, contact direct cu ambii parinți confirmați RT-PCR SARS-CoV-2 pozitivi, prezintă de aproximativ o săptămână cefalee difuză, două pusee febrile, tuse seacă, dispnee(mMRC=3), fatigabilitate, motive pentru care se prezintă în repetate rânduri în servicile de urgență cu 3 teste RT-PCR SARS-CoV-2 negative. Biologic, se decelează leucopenie cu limfocitopenie, LDH și CRP fiind crescute. CT-ul toracic, descrie criterii specifice COVID-19. Astfel, corelând aspectele epidemiologice, clinice și imagistice, chiar în absența unui test RT-PCR pozitiv, a fost pus diagnosticul de COVID-19 și s-a început tratamentul medicamentos cu antiretrovirale, macrolide, anticoagulante și corticosteroid sistemic. Pe parcursul internării evoluția pacientei a fost una favorabilă, observându-se o ameliorare atât clinică, cât și imagistică.

Discuții: Testarea RT-PCR SARS-CoV-2 poate da rezultate fals negative, din cauza recoltării inadecvate a probelor biologice, a acurateții metodelor de testare, a momentului evolutiv al bolii în care s-a efectuat recoltarea și a gradului de încărcare virală. O contribuție semnificativă în diagnostic sunt criteriile CT specifice COVID-19.

Concluzie: Astfel, proritar în acuratețea unui diagnostic COVID-19, este istoricul epidemiologic, clinica și imagistica CT, chiar în prezența unui test RT-PCR negativ.

COVID-19, CLINICAL RELEVANCE OF NEGATIVE TEST RT-PCR SARS-COV-2

Roxana Jurca, Camil Mihuta, Cristian Oancea

[1]„Dr. Victor Babeș" Clinical Hospital, Timișoara, Romania
[2]University of Medicine and Pharmacy "Victor Babeș", Timișoara, Romania

Introduction: Regarding COVID-19, in clinical practice, focus should not be placed on a positive RT-PCR result, but rather on the epidemiological, clinical and imaging correlation specific to disease. In the case described, we relied on the same principle, the patient having a multiple RT-PCR negative tests, but correlating the epidemiological and imaging criteria, the diagnosis of COVID-19 could be supported.

Clinical case: We present a case of a female of 34 year old, contact with both parents confirmed SARS-CoV-2 RT-PCR. She presents for about 1 week diffuse headache, fever, dry cough, dyspnea(mMRC=3), fatigue, reasons why she appears repeatedly in the emergency room with 3 negative test SARS-CoV-2 RT-PCR. Blood test shows leukopenia with lymphocytopenia, LDH and PCR are increased. Chest CT describes specific COVID-19 criteria. Correlating these aspects, the diagnosis of COVID-19 was set. Drug treatment with antiretrovirals, macrolides, anticoagulants and systemic corticosteroids was followed. During the hospitalization, the patient's evolution was favorable, with clinical and imaging improvements.

Discussions: SARS-CoV-2 RT-PCR testing may give false negative results due to inadequate biological sampling or the accuracy of the test methods. Also, the moment of sampling is important due to the evolutionary stage of the disease and the viral loading degree. A significant contribution in the diagnosis are the specific CT criteria of COVID-19.

Conclussions: A priority in the accuracy of COVID-19 diagnosis is the epidemiological investigation, clinical criteria and CT imaging, even in the presence of a negative RT-PCR test.

DIFERENȚELE ÎNTRE PACIENȚII CU BPOC ȘI CEI CU BPOC+HTA

Alexandra-Daniela Lehocz[1], Raluca Dragomir[2], Adelina-Adriana Neiconi[1], Nicoleta Bertici[1,2], Rodica Potre-Oncu [1], Ludmila Pîslaru[1], Larisa Dobrescu[1], Gica-Carla Glăvan[1], Izabela-Lucica Chino[1], Ioana Țineghe[1], Ștefan-Dan Mihăicuță[1,2]

[1] Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie și Boli Infecțioase „Dr. Victor Babeș", Timișoara, România
[2] Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș", Timișoara, România

Obiective: Analiza pacienților cu bronhopneumopatie cronică obstructivă (BPOC) + hipertensiune arterială (HTA).

Metodă: Studiu retrospectiv, care a inclus 1438 de pacienți cu BPOC, diagnosticați între anii 2014-2019, împărțiți în două loturi, în funcție de asocierea sau nu a hipertensiunii arteriale: Lot 1 (BPOC) – 398 de cazuri, Lot 2 (BPOC + HTA) – 1040 de cazuri. Analizele statistice au fost realizate în IBM SPSS Statistics versiunea 2.0.

Rezultate: Lot 1 (BPOC) – 398 de cazuri (27,7%), Lot 2 (BPOC și HTA) – 1040 de cazuri (72,3%); vârsta medie (60,53 ± 10,14 ani vs. 65,31 ± 9,38 ani); bărbați (71,6% vs 76,4%), femei (28,4% vs 23,6%); înălțimea pacienților valoarea medie (1,68 ± 0,087 vs. 1,68 ± 0,085 m); Greutatea medie a pacienților (71,35 ± 15,93 kg vs. 85,64 ± 20,48 kg), minimă și maximă (39kg vs. 37kg, respectiv 120kg vs. 197kg). Indice de masă corporală (IMC) mediu (24,7 vs 29,2), p <0,001 lot 1 și 2. Chestionarul CAT –valoarea medie 22 vs 24 și mMRC 2 vs 3 (p <0,001). Comorbiditățile asociate au fost insuficiență cardiacă (6% vs 28,9%), p 0,005 vs <0,001, cardiopatie ischemică cronică (51,3% vs 68,4%) p <0,001 (lot 1,2) , aritmii (5% vs 12,6%) cu p< 0,001 (lot 1,2), dislipidemie (61,2% vs 45,1%) cu p<0,001 (lot 1,2), diabet zaharat (2,3% vs 11,3%) cu p<0,001 (lot 1,2).

Concluzie: Pacienții cu BPOC asociat cu HTA au un IMC mai crescut, sunt mai simptomatici și prezintă mai multe comorbidități asociate comparativ cu pacienții care au BPOC fără HTA.

DIFFERENCES BETWEEN PATIENTS WITH COPD VERSUS COPD + HYPERTENSION

Alexandra-Daniela Lehocz[1], Raluca Dragomir [2], Adelina-Adriana Neiconi[1], Nicoleta Bertici[1,2], Rodica Potre-Oncu[1], Ludmila Pîslaru[1], Larisa Dobrescu[1], Gica-Carla Glăvan[1], Izabela-Lucica Chino[1], Ioana Țineghe[1], Ștefan-Dan Mihăicuță [1,2]

[1]„Dr. Victor Babes" Clinical Hospital of Pneumophtysiology and Infectious Diseases, Timisoara, Romania
[2]„Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Objectives: Analysis of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) + hypertension (hypertension) and COPD - hypertension.

Method: 1438 patients diagnosed with COPD between 2014-2019 who were divided into two groups: with and without hypertension association: Lot 1 (COPD) - 398 cases, Lot 2 (COPD + hypertension) - 1040 cases. Statistical analysis were performed in IBM SPSS Statistics version 20.

Results: Lot 1 (COPD) - 398 cases (27.7%), Lot 2 (COPD and hypertension) - 1040 cases (72.3%); mean age (60.53 ± 10.14 years vs. 65.31 ± 9.38 years); men (71.6% vs 76.4%), women (28.4% vs 23.6%); average height (1.68 ± 0.087 vs. 1.68 ± 0.085 m); the average weight (71.35 ± 15.93 kg vs. 85.64 ± 20.48 kg), minimum and maximum (39 kg vs. 37 kg, respectively 120 kg vs. 197 kg). Average body mass index (24.7 vs 29.2), p <0.001 lot 1 and 2. CAT questionnaires - average value 22 vs 24 and MRC 2 vs 3, p <0.001 for both lots. Comorbidities - heart failure (6% vs 28.9%), p 0.005 vs <0.001, chronic ischemic heart disease (51.3% vs 68.4%) p <0.001 (lot 1.2), arrhythmias (5% vs 12.6%) with p< 0.001 (lot 1.2), dyslipidemia (61.2% vs 45.1%) with p<0.001 (lot 1.2), diabetes (2.3% vs 11.3 %) with p<0.001 (lot 1.2).

Conclusion: Patients with COPD associated with hypertension have a higher BMI, are more symptomatic and have more comorbidities compared to patients diagnosed with COPD without hypertension.

CORELAȚIILE ÎNTRE DESATURĂRILE OXIGENULUI ȘI COMORBIDITĂȚI ÎN SINDROMUL DE APNEE OBSTRUCTIVĂ ÎN SOMN

Alexandra-Daniela Lehocz[1], Philippe Neuland[2], Adelina-Adriana Neiconi[1], Nicoleta Bertici[1,2], Rodica Potre-Oncu[1], Ludmila Pîslaru[1], Larisa Dobrescu[1], Gica-Carla Glăvan[1], Izabela-Lucica Chino[1], Ioana Țineghe[1], Ștefan-Dan Mihăicuță [1,2]

[1]Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie și Boli Infecțioase „Dr. Victor Babeș”, Timișoara, România
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Obiective: Analiza desaturării oxigenului la pacienții cu apnee obstructivă de somn (OSA) și comorbidități (OSA +) comparativ cu OSA fără comorbidități (OSA-).

Metoda: 2582 de pacienți cu OSA (2010-2019), evaluați prin examen fizic, simptomatologie, comorbidități, somnografie, analizați cu XLSTAT 2020, Real statistic.

Rezultate: 2016 „OSA +”, 566 „OSA-”, femei (632 vs. 119), bărbați (1384 vs. 447), vârstă (55,82 vs. 44,31, p <0,001), IMC 35 , 04 vs. 30,99, p <0,001, circumferința gâtului 43,90 vs. 42, p <0,001, circumferința abdominală 119,14 vs. 108,53, p <0,001, fumatul 47,7 % vs. 46,6%, PXA - 21,95 vs. 15,72, p <0,001, somnolență 74,3% vs. 65,7%, scala Epworth 11,77 vs. 10,13, p <0,001, AHI 42,8 vs. 38,0, p <0,001, saturație medie 91,1 față de 93,2, p <0,001, cea mai scăzută desaturare 75,45 vs. 78,8, p <0,001, cea mai lungă desaturare 39,5 vs. 47,0, p = 0,215, indice de desaturare 26,0 vs. 16,6, p <0,001. Comorbidități: HTA (39,0%), boală coronariană (17,7%), insuficiență cardiacă (14,8%), aritmii (13,1%), BPOC (8,2%), diabet (4,8%), AVC (2,4%). O comorbiditate (36,6%), 2 comorbidități (25,7%), 3 comorbidități (18,7%), 4 comorbidități (12,7%), 5 comorbidități (5,0%), 6 comorbidități 24 (1,1%), 7 comorbidități 1 (<1%). Corelația (r) între saturatia oxigenului și comorbidități: saturație medie r = -0,199, indice de desaturare a oxigenului r = 0,129, cea mai lungă desaturare r = 0,04, cea mai scăzută desaturare r = -0,149.

Concluzie: Pacienții cu OSA au una sau mai multe comorbidități, sunt mai vârstnici, obezi, cu o desaturare mai mică, în timp ce AHI a fost aproape similar.

OXYGEN DESATURATION AND COMORBIDITIES CORRELATION IN OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA

Alexandra-Daniela Lehocz[1], Philippe Neuland[2], Adelina-Adriana Neiconi[1], Nicoleta Bertici[1,2], Rodica Potre-Oncu[1], Ludmila Pislaru[1], Larisa Dobrescu[1], Gica-Carla Glavan[1], Izabela-Lucica Chino[1], Ioana Tineghe[1], Stefan-Dan Mihaicuta[1,2]

[1]„Dr. Victor Babes" Clinical Hospital of Pneumophtysiology and Infectious Diseases, Timisoara, Romania
[2]„Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Aim: Analyses of oxygen desaturation parameters in patients with obstructive sleep apnea (OSA) and comorbidities (OSA+) compare to OSA wihout comorbidities (OSA-).

Methods: 2582 consecutive patients (pts) diagnosed with OSA (2010-2019), evaluated by physical examination, symptoms, comorbidities and sleep test results. XLSTAT 2020 and Real Statistics.

Results: 2016 pts. „OSA+", 566 pts „OSA-", female (632 vs. 119), male (1384 vs. 447), mean age (55,82 vs. 44,31, p<0,001), BMI (kg/m^2) 35,04 vs. 30,99, p<0,001, neck circumference (cm) 43,90 vs. 42, p<0,001, abdominal circumference (cm) 119,14 vs. 108,53, p<0,001, smoking 47,7% vs. 46,6%, pack-years 21,95 vs. 15,72, p<0,001, somnolence 74,3% vs. 65,7%, Epworth Sleepiness Scale 11,77 vs 10,13, p<0,001, AHI (n/h) 42,8 vs. 38,0, p<0,001, mean oxygen saturation 91,1 vs. 93,2, p<0,001, lowest desaturation 75,45 vs. 78,8, p <0,001, longest desaturation (sec) 39,5 vs. 47,0, p=0,215, oxygen desaturation index (n/h) 26,0 vs. 16,6, p<0,001. Comorbidities: arterial hypertension 1785 (39.0%), coronary artery disease 813 (17.7%), heart failure 676 (14.8%), arrhythmias 600 (13.1%), COPD 378 8.2%), diabetes 219 (4.8%), stroke 112 (2.4%). One comorbidity 737 (36.6%), two comorbidities 519 (25.7%), three comorbidities 377 (18.7%), four comorbidities 257 (12.7%), five comorbidities 101 (5.0%), six comorbidities 24 (1,1%), seven comorbidities 1(<1%). Correlation (r) between the oxygen saturation parameters and diagnosis of comorbidity: mean saturation r=-0.199, oxygen desaturation index r= 0.129, longest desaturation r= 0.04, lowest desaturation r=-0.149.

Conclusion: OSA patients have one or more comorbidities. Patients with OSA and comorbidities are older, more obese, with lower desaturation, while the AHI was nearly similar.

PROBLEME TERAPEUTICE ÎNTR-UN CAZ DE EMPIEM PLEURAL

Ștefan Leu[1], Dragoș Cosmin Zaharia[1]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Introducere: Empiemele pleurale reprezintă colecții purulente localizate la nivelul spațiului pleural, declanșate fie prin inoculare dintr-un focar pneumonic de vecinătate, fie prin inoculare directă. Prognosticul este în general bun, cât timp tratamentul este instituit rapid și corect, însă mortalitatea continuă să fie aproximativ 15% din cazurile internate.

Prezentare de caz: Pacient în vârstă de 59 de ani, fost fumător, cunoscut cu poliartrită reumatoidă de 15 ani, cu revărsat lichidian pleural de 2 ani investigat complex în multiple centre, anemie cronică și antecedente de infarct miocardic, internat în clinica noastră cu stare generală alterată, dispnee de efort și dureri la nivelul hemitoracelui drept. Se efectuează investigații imagistice precum și toracocenteză prin care se confirmă diagnosticul de empiem pleural. Atitudinea terapeutică a fost complexă și a constat în tratament antibiotic sistemic, drenajul empiemului precum și instilații intrapleurale cu antibiotice.

Discuţii: Tratamentul clasic al empiemelor pleurale cuprinde 2 direcții principale, reprezentate de medicație antibiotică (de obicei empirică sau țintită conform antibiogramei) și drenaj pleural. Dintre alternativele studiate ale acestor metode, menționăm instilarea antibioticului intrapleural. Această variantă a demonstrat eficacitate în câteva articole publicate în literatura de specialitate și reprezintă o abordare ce poate fi luată în considerație în unele cazuri severe.

Particularitatea cazului o reprezintă îmbinarea dintre o patologie dificilă, cu o etiologie problematică – un empiem pleural cu germene multirezistent la un pacient cu multiple comorbidități și o abordare terapeutică diferită de cea uzuală.

THERAPEUTIC CHALLENGES IN A CASE OF PLEURAL EMPYEMA

Stefan Leu[1], Dragos Cosmin Zaharia[1]

[1]„Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

Introduction: Pleural empyemas are pus collections located inside the pleural space, which appear either as a consequence of a nearby pneumonia or by direct inoculation. They usually carry a good prognosis, as long as correct treatment is promptly applied, however mortality continues to be approximately 15% of admitted patients.

We present the case of a 59-year old ex-smoker, with a history of rheumatoid arthritis of 15 years and a pleural effusion since 2018, the latter extensively investigated previously in several clinics, who was admitted in our clinic suffering from an impaired clinical status, right sided chest pain and dyspnea. The patient also suffers from chronic anemia and has a history of myocardial infarction. Imaging studies were performed, followed by a thoracentesis, which confirmed the diagnosis of pleural empyema. A complex therapeutic approach was initiated, including pleural effusion drainage, systemic antibiotic (initially empiric followed by directed treatment) and also pleural instillations of antibiotics.

Discussion: Usual treatment in a pleural empyema has two key elements, represented by antibiotic treatment, usually empiric and also pleural drainage. However, in some cases, lack of improvement after applying these methods has lead to studying other approaches, one of them being intrapleural antibiotic instillations, which has shown favourable results in several studies and could be an alternative approach to be considered in some severe patients.

The particularity in this case is represented by the merge between a potentially severe condition, complicated by a grave etiology, the patient's associated comorbidities and an unusual treatment approach.

TUBERCULOZA (TB) LA VÂRSTNICI – ANALIZA COMPARATIVĂ CU TB LA VÂRSTA ADULTĂ, BRAȘOV 1998-2018

Dan Moraru[1], Carmen Macavei[1]

[1]Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie, Brașov, România

Introducere: În județul Brașov, riscul de îmbolnăvire la vârsta adultă (15-64 de ani) este de 58,35%$_{000}$ comparativ cu grupa vârstnicilor (peste 65 de ani) de 47,89%$_{000}$.

Obiectiv: Identificarea diferențelor epidemiologice la vârsta adultă comparativ cu grupa vârstnicilor.

Metoda: Studiul retrospectiv a inclus 7204 cazuri noi și recidive înregistrate între 1 ianuarie 1998 și 31 decembrie 2018 în județul Brașov, în Registrul electronic județean. Dintre acestea, vârstnicii au reprezentat 12,5%. Datele au fost analizate și prelucrate cu programul SPSS 13.

Rezultate: Au rezultat 6304 pacienți adulți, din care 15,1% recidive și 900 de pacienți vârstnici, din care 13,1% recidive. Distribuția pe sexe a fost de 69,1% bărbați adulți, versus 58,7% la vârstnici (p <0,0001). Distribuția după localizarea TB a fost de 80,3% pulmonari la adulți comparativ cu 73,8% vârstnici (p <0,0001). Confirmarea bacteriologică în microscopie de 61,9% la adulți a fost semnificativ mai mare față de 46,6% la vârstnici (p <0,0001). Succesul tratamentului la cazurile noi pulmonare adulte de 83,6% a fost superior celui de 73,5% la vârstnici, în timp ce frecvența deceselor a fost de 3 ori mai mare la vârstnici (4,7% versus 14,2%) (p <0,0001). La recidive pulmonare, dacă eșecurile au fost de 3 ori mai multe la adulți (7,2 % versus 1,9%), decesele au fost de 3 ori mai multe la vârstnici (22,6% versus 8,4%).

Concluzie: Vârstnicii au un risc de îmbolnăvire mai mic decât adulții și mai multe forme extrapulmonare TB. Succesul tratamentului este sub optimul Programului TB de 85% la vârstnici, la care frecvența deceselor este mai mare.

TUBERCULOSIS (TB) IN THE ELDERLY- COMPARATIVE ANALYSIS WITH TB IN ADULT AGE, BRAȘOV 1998-2018

Dan Moraru[1], Carmen Macavei[1]

[1]Clinical Hospital of Pneumoftiziology, Brasov, Romania

Introduction: In Brașov County, the risk of illness in adulthood (15-64 years) is 58.35%$_{000}$ versus elderly people (over 65 years) of 47.89%$_{000}$.

Objective: Identification of epidemiological differences in adulthood compared to the elderly group.

Method: The retrospective study included 7204 new cases and relapses registered between January 1, 1998 and December 31, 2018 in Brașov County, in the County Electronic Register. Of these, the elderly accounted for 12.5%. The data was analyzed and processed with the SPSS 13 program.

Results: There were 6304 adult patients, of which 15.1% relapsed and 900 elderly patients, of which 13.1% relapsed. The distribution by sex was 69.1% adult men, versus 58.7% elderly (p <0,0001). The distribution by TB localization was 80.3% adults versus 73.8% in the elderly (p <0.0001). The bacteriological confirmation in microscopy of 61.9% in adults was significantly higher than 46 ,6% in the elderly (p <0.0001). Successful treatment in new adult lung cases of 83,6% were higher than that of 73.5% in the elderly, while the frequency of deaths was 3 times higher in the elderly (4.7% versus 14.2%) (p <0.0001). In pulmonary relapses, if the failures were 3 times higher in adults (7.2% versus 1.9%), the deaths were 3 times higher in the elderly (22.6% versus 8.4%).

Conclusion: The elderly have a lower risk of disease than adults and more forms of extrapulmonary TB. The success of the treatment is below the optimum of the TB Program of 85% in the elderly, in which the frequency of deaths is higher.

TESTUL DE BICARBONAT SERIC ȘI DIAGNOSTICUL SINDROMULUI DE OBEZITATE – HIPOVENTILAȚIE LA PACIENȚI INVESTIGAȚI ÎN LABORATORUL DE SOMNOLOGIE AL CLINICII NEWMEDICS BRAȘOV PE O PERIOADĂ DE 9 LUNI

Carmen Macavei[1]

[1]Laboratorul de Somnologie al Clinicii Newmedics, Brașov, România

Introducere: Sindromul de obezitate –hipoventilație (SOH), definit prin obezitate și hipoventilație cu hipercapnee diurnă (HCO3->27 mmol/l) și hipoxemie continuă, asociază în 90% din cazuri sindrom de apnee de somn (SASO) (hipoxemie intermitentă).

Obiectiv: Scopul studiului a fost să determine valoarea testului de bicarbonat seric în diagnosticul pacienților investigați poligrafic, în Laboratorul de Somnologie al Clinicii Newmedics Brașov, între 1 decembrie 2019 și 30 august 2020.

Metoda: Acest studiu prospectiv a inclus 78 cazuri investigate pentru SASO cu poligrafie, la care s-a efectuat testul de laborator pentru determinarea bicarbonatului seric matinal. Aplicând criteriul de saturație a oxigenului <90% pentru >10% din durata studiului de somn pentru hipoventilație, au rezultat 2 loturi.

Rezultate: *Lotul A* cu obezitate-hipoventilație a inclus 39 cazuri, dar au fost excluse 2 (BMI < 30). Din cele 37 cazuri, 73% au fost bărbați, cu vârsta medie 56,1 (12) ani, media greutății corporale (BMI) 38,08 (5,9) kg și ponderea cazurilor cu SASO moderat/sever (IAH>14evenimente /oră) de 97,3%.Testul bicarbonatului seric a fost ≥ 27 mmol/l în 26 cazuri. *Lotul B* cu obezitate a inclus 39 cazuri dar au fost excluse 13 (BMI < 30). Din cele 26 cazuri, 57,7% au fost bărbați, cu vârsta medie 52,73 (9,7) ani, media greutății corporale (BMI) 36,55 (4,9) kg și ponderea cazurilor cu SASO moderat/sever (IAH>14evenimente /oră) de 92,3%.Testul bicarbonatului seric a fost≥ 27 mmol/l în 13 cazuri.

Concluzie: Testul bicarbonatului seric are o valoare ≥ 27 mmol/l în 70,3% din cazuri suspectate de obezitate –hipoventilație comparativ cu 50% în cazurile cu obezitate.

SERUM BICARBONATE TEST AND DIAGNOSIS OF OBESITY SYNDROME - HYPOVENTILATION IN PATIENTS INVESTIGATED IN THE SOMNOLOGY LABORATORY OF NEWMEDICS BRAȘOV CLINIC FOR A PERIOD OF 9 MONTHS

Carmen Macavei[1]

[1]Newmedics Laboratory of Somnology, Brasov, Romania

Introduction: Obesity – hypoventilation syndrome (SOH), defined by obesity and hypoventilation with diurnal hypercapnia (HCO3> 27 mmol / l) and continuous hypoxemia, is associated in 90% of OSA cases (intermittent hypoxemia).

Objective: The purpose of the study was to determine the value of the serum bicarbonate test in the diagnosis of patients investigated polygraphically, in the Somnology Laboratory Newmedics Clinic Brasov, between December 1, 2019 and August 30, 2020.

Method: This prospective study included 78 cases investigated for OSA with polygraphy, in which the laboratory test for morning serum bicarbonate was performed. Applying the saturation of oxygen criterion< 90% to >10% of the sleep study for hypoventilation, 2 groups resulted.

Results: *Group A* with obesity-hypoventilation included 39 cases but 2 were excluded (BMI <30). Of the 37 cases, 73% were men, with an average age of 56.1 (12) years, average body weight (BMI) 38.08 (5.9) and the share of cases with moderate/severe OSA (IAH> 14 events/hour) 97.3%. The serum bicarbonate test was ≥ 27 mmol /l in 26 cases. *Group B* with obesity included 39 cases but 13 were excluded (BMI <30). Of the 26 cases, 57.7% were men, with an average age of 52.73 (9.7) years, average body weight (BMI) 36.55 (4.9) and the share of cases with moderate/severe OSA (IAH>14 events/hour) of 92.3%. The serum bicarbonate test was ≥ 27 mmol/l in 13 cases.

Conclusion: The serum bicarbonate test has a value ≥ 27 mmol/l in 70.3% of suspected obesity –hypoventilation cases compared to 50% in obesity cases.

TROMBEMBOLISM PULMONAR. CAZ DE TROMBEMBOLISM PULMONAR ATIPIC ASOCIAT CU TROMBOFILIE

Cristian Ștefan Mago[1], Loredana Cservid[1], Grațiela Oanță[1], Ștefan Frentz[1,2]

[1] Clinica Universitară Pneumologie I, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș", Timișoara, România
[2] Departamentul XIII - Disciplina de Pneumologie, Universitatea de Medicină şi Farmacie „Victor Babeş", Timişoara, România

Introducere: Tromboembolismul pulmonar (TEP) se produce atunci când un tromb (cheag de sânge), cel mai frecvent de la nivelul unei vene profunde, se desprinde și ajunge la nivelul plămânilor unde se blochează la nivelul unui vas de sânge. Trombemolismul pulmonar este o cauză majoră de mortalitate și morbiditate, putând să apară în variate contexte clinice. Incidența acestei boli este greu de apreciat deoarece aceasta nu este întotdeauna diagnosticată, aproape in 85% din cazuri boala rămânând nediagnosticată.

Descrierea cazului: Pacient în vârsta de 28 de ani, fără antecedente personale patologice semnificative, nefumător, se prezintă în clinică acuzând dureri la baza hemitoracelui drept accentuată în inspir și tuse, tuse seacă, inapetență, astenie, simptomatologie apărută în urmă cu 24 de ore, la care se asociază un episod scurt de dispnee paroxistică inspiratorie înainte de prezentare în UPU. Pe parcursul internării evoluția acestuia este nefavorabilă, prezentând spută hemoptoică, astfel se efectuează un Angio-CT de unde reiese că ar fi o suspiciune majoră de trombembolism pulmonar. Se incepe tratamentul anticoagulant iar starea pacientului se ameliorează. Pe parcurs, pacientul se investighează pentru trombofilie, efectuează în acest sens un profil genetic, de unde va rezulta un diagnostic de pozitiv pentru următoarele gene: MTHFR A1298C – mutant homozigot, PAI-I 4g/5G – heterozigot, EPCR prezente alelele A2/A3.

Discuții și concluzii: Diagnosticul de trombembolism pulmonar poate să apară la vârste tinere aparent în afara oricăror factori de risc. Fiind relativ greu de diagnosticat trebuie excluşi toți factori de risc pe care pacientul i-ar putea prezenta.

PULMONARY THROMBOEMBOLISM. CASE OF ATYPICAL PULMONARY THROMBOEMBOLISM ASSOCIATED WITH THROMBOPHILIA

Cristian Stefan Mago[1], Loredana Cservid[1], Grațiela Oantă[1], Stefan Frentz[1,2]

[1]I[st] University Clinic of Pneumology, „Dr. Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtysiology, Timisoara, Romania
[2]XIII[th] Department - Discipline of Pneumology, „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Introduction: Pulmonary thromboembolism occurs when a thrombus (blood clot), most commonly from a deep vein, detaches and reaches the lungs where it gets blocked at the level of a blood vessel. Pulmonary thrombembolism is a major cause of mortality and morbidity, and may occur in various clinical contexts. The incidence of this disease is difficult to assess because it is not always diagnosed, in almost 85% of cases the disease remains undiagnosed.

Case description: Patient aged 28 years, with no significant personal pathological background, non-smoker, presents in the clinic accusing chest pain, cough, helplessness, asthenia. During the hospitalization, the patients status is not getting better and he presents hemoptoid sputum, thus an Angio-CT is performed, where it appears that there would be a major suspicion of pulmonary thrombembolism. Anticoagulant treatment is started and the patient's condition improves. Later, the patient is investigated for thrombophilia, performs a genetic profile in this regard, which will result in a positive diagnosis for the following genes: MTHFR A1298C – mutant homozigot, PAI-I 4g/5G – heterozigot, EPCR alleles are present A2/A3.

Discussions and conclusions: The diagnosis of pulmonary thrombembolism may occur at a young age apart from any risk factors. Being relatively difficult to diagnose, all the risk factors that the patient can present must be excluded.

ACTUALITATEA ÎN EPIDEMIOLOGIA TUBERCULOZEI

Beatrice Mahler[1], Ioana Munteanu[1], Nicoleta Cioran[1], Ramona Nedelcu[1]

[1] Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”, București, România

România face încă parte dintre cele 18 țări cu prioritate înaltă în ceea ce privește TB, fiind și în anul 2018 pe locul 4 ca număr absolut de cazuri incidente în Europa, dar pe primul loc în UE ca rată de notificare a cazurilor TB la copii 0-15 ani și raportând, alături de Lituania, peste 55% dintre cazurile de TB-XDR pulmonare.

Lucrarea își propune să prezinte ultimele date epidemiologice ale TB, așa cum au fost acestea raportate și la nivel internațional, iar ca sursă s-a folosit baza electronică de date a PNPSCT actualizată pentru anii 2016-2019.

Trendul incidenței globale și la copii 0-14 ani, al prevalenței și al mortalității este descrescător, proporția antibiogramelor la cazurile pulmonare a crescut la peste 93%, cele mai multe cazuri MDR fiind depistate din ABG cazurilor încadrate ca alte retratamente (peste 22%). Aproximativ 1 din 4 pacienți are un test genetic efectuat. Numărul cazurilor MDR/XDR este în continuare în scădere, Rata de succes la tratament rămâne cea mai mare la cazurile noi pulmonare confirmate, cu aceeași rată scăzută la alte retratamente și o rată la fel de scăzută la cazurile MDR-TB.

Evoluția indicatorilor TB este într-o continuă scădere, deși ne menținem pe locuri fruntașe la nivelul UE, de aceea lupta împotriva acestei boli, ca problemă de sănătate publică, trebuie continuată prin efortul fiecăruia dintre noi.

UPDATE IN THE TUBERCULOSIS EPIDEMIOLOGY

Beatrice Mahler[1], Ioana Munteanu[1], Nicoleta Cioran[1], Ramona Nedelcu[1]

[1]„Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

Romania is still one of the 18 countries with high priority in terms of TB, being in 2018 on the 4th place as the absolute number of incident cases in Europe, but on the first place in the EU as the notification rate of TB cases in children 0 -15 years and reporting, along with Lithuania, over 55% of cases of pulmonary XDR-TB.

The study aims to present the latest epidemiological data of TB, as they have been reported internationally. As a source was used the electronic database of National Tuberculosis Programme updated for the years 2016-2019.

The trend of global incidence in children 0-14 years, prevalence and mortality is decreasing, the proportion of DST in pulmonary cases increased to over 93%, most MDR-TB cases being detected from retreatment cases with DST (over 22%) . About 1 in 4 patients has a genetic test performed. The number of MDR/XDR-TB cases is still declining, the success rate of treatment remains the highest in new confirmed pulmonary cases, with the same low rate in other retreatments and an equally low rate in MDR-TB cases.

The trend of TB indicators is constantly declining, although we remain at the forefront of the EU, so the fight against this disease, as a public health problem, must be continued through the each of us efforts.

SINDROMUL DE APNEE ÎN SOMN DE TIP OBSTRUCTIV: INFLAMAȚIA ȘI STRESUL OXIDATIV: CE CUNOAȘTEM ȘI CE CĂUTAM?

Anca-Diana Maierean[1], Doina Adina Todea[1]

[1]Departamentul de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, România

Introducere: Sindromul de apnee în somn de tip obstructiv (SASO) este caracterizat prin episoade intermitente de hipoxie, care augmentează stresul oxidativ și inflamația sistemică. În majoritatea cazurilor, SASO este asociat cu obezitatea și cu un risc crescut de a dezvolta patologii cardiovasculare și metabolice. În acest studiu, am evaluat impactul parametrilor respiratori nocturni asupra profilului inflamator și al stresului oxidativ la pacienții cu SASO moderat/sever.

Metode: Lotul de studiu a inclus 42 de subiecți diagnosticați cu SASO moderat/sever. Datele înregistrate au fost: indicele de masă corporală (IMC), hemoleucograma, parametrii inflamatori (Proteina C reactiva/PCR, raportul neutofile/limfocite RNL) și markeri ai stresului oxidativ – monoxidul de carbon exhalat (eCO) și monoxidului de carbon seric (COHb), recoltate în dimineața următoare poligrafiei cardiorespiratorii nocturne.

Rezultate: În grupul de studiu, au fost majoritari subiecții de gen masculin (66,7%), cu o vârstă medie de 58,04 ani, cu IMC 41,12 ± 8,33kg/m^2. 33,3% au fost fumători activi, 21,4% ex-fumători şi 45,2% nefumători. Indicele de apnee-hipopnee (IAH) mediu a fost de 69,56±40,41 evenimente/oră de somn, cu indice de desaturare (ODI) 70,89±41,35 evenimente/oră de somn, SaO2 medie nocturnă de 82,9±11,42% şi minimă de 67,76±13,11%. Au existat corelații semnificative statistic între eCO şi PCR (p=0,008), RNL (P=0,001), IAH si ODI (P<0,001) şi de asemenea SaO2 nocturna medie şi minimă (p<0,001). S-au decelat corelații semnificative statistic între parametrii statusului inflamator, IAH și ODI (P<0,001), SaO2 medie nocturnă și SaO2 minimă (P=0,013).

Concluzie: În lotul de pacienți studiat, s-a regăsit o corelație semnificativ statistică între parametrii respiratori nocturni și profilul inflamator/al stresului oxidativ, cu impact asupra comorbidităților cardiovasculare și metabolice.

OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME, INFLAMMATION AND OXIDATIVE STRESS: WHAT WE KNOW AND WHAT ARE WE LOOKING FOR?

Anca-Diana Maierean[1], Doina Adina Todea[1]

[1]Department of Pneumology, „Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

Introduction: Obstructive sleep apnea (OSA) is characterised by chronic intermittent hypoxia, which enhances oxidative stress and systemic inflammation. In the majority of the cases, OSA is associated with obesity and a high risk of cardiovascular and metabolic diseases. We assessed the impact of respiratory parameters on inflamatory and oxidative stress profile in patients with moderate/severe OSA.

Methods: The study population included 42 consecutive patients diagnosed with moderate/severe OSA. We assessed body mass index (BMI), complete blood count, inflammatory parameters (C-reactive protein/CRP, neutrophile/lymfocite ratio NLR), markers of oxidative stress - exhaled carbon monoxide level (eCO) and blood carbon monoxide (COHb), in the morning following the nocturnal cardiorespiratory poligraphy.

Results: In our study group, the majority of the patients were male (66.7%), with a mean age of 58.04 years and a mean BMI of 41.12 ± 8.33kg/m^2. Also, 33.3% were active smokers, 21.4% ex-smokers and 45.2% non-smokers. The mean apnea-hypopnea index (AHI) was 69.56±40.41 events/hour of sleep, the mean oxygen desaturation index (ODI) was 70.89±41.35 evets/hour of sleep, with a mean nocturnal SpO2 of 82.9±11.42% and a minimum SpO2 of 67.76±13.11%. There were statistically significant correlation between eCO and CRP ($p=0.008$), NLR ($P=0.001$), AHI and ODI ($p<0.001$), mean and minimum SpO2 ($p<0.001$). We found significant correlation between inflammatory profile and nocturnal cardiorespiratory poligraphy parameters, AHI and ODI ($P<0.001$), mean nocturnal SpO2 and minimum nocturnal SpO2 ($P=0.013$).

Conclusions: In patients with moderate/severe OSA, we found a significant correlation between respiratory parameters and inflammatory/oxidative stress profile, with an impact on cardiovascular and metabolic disorders.

ECHIPĂ MULTIDISCIPLINARĂ- UN SCOP COMUN- NODULII PULMONARI

Veronica Manolache[1,2], Natalia Motas[1,2], Mădălin Tetu[1], Vasile Cristian[1], Mihnea Davidescu[1,2], Ovidiu Rus, Elena Jianu[1,2], Corina Bluoss[1], Mădălina Iliescu[1], Vlad Alexe[1], Teodor Horvat[1,2]

[1] Chirurgie Toracică, Institutul Oncologic „Prof.Dr.Al. Trestioreanu", București, România
[2] Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București, România

Obiective: Metodele tot mai complexe de investigații imagistice au avantajul de a identifica leziuni pulmonare începând chiar de la dimensiuni infracentimetrice. Odată descoperite aceste leziuni și stabilindu-se indicația de rezecție chirurgul toracic se află în fața unei provocări. Tratamentul chirurgical poate fi realizat sau dimensiunea și caracteristicile leziunii fac imposibilă localizarea leziunii intraoperator? Pe lângă medicul pneumolog care prin tehnici de bronhologie și pneumologie intervențională poate stabili diagnosticul preoperator, intervine rolul medicului radiolog intervenționist.

Metoda: Autorii evaluează cazuri de noduli pulmonari cu indicație de rezecție chirurgicală CTVA (chirurgie toracică video-asistată) la care preoperator nodulul a fost reperat și marcat sub-ghidaj computer tomograf.

Rezultate: În toate cazurile, tehnica de reperaj și marcare preoperatorie s-a dovedit a fi sigură și fezabilă și în toate cazurile evaluate, s-a realizat intervenția chirurgicală video-asistată cu localizarea precisă a nodulului cu indicație de rezecție.

Concluzii: Marcarea nodulilor pulmonari preoperator sub-ghidaj CT crește rata de succes intraoperator prin localizarea precisă a leziunii chiar și in cazurile în care dimensiunile sunt infracentimetrice. Managementul nodulilor pulmonari presupune o echipă multidisciplinară iar atunci când acest deziderat este satisfăcut pacientul poate beneficia de tratament chirurgical minim-invaziv conform standardelor actuale.

MULTIDISCIPLINARY TEAM- ONE GOAL: PULMONARY NODULES

Veronica Manolache[1,2], Natalia Motas[1,2], Mădălin Tetu[1], Vasile Cristian[1], Mihnea Davidescu[1,2], Ovidiu Rus, Elena Jianu[1,2], Corina Bluoss[1], Mădălina Iliescu[1], Vlad Alexe[1], Teodor Horvat[1,2]

[1]„Prof.Dr.Al. Trestioreanu" Institute of Oncology, Bucharest, Romania
[2]„Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Objectives: More and more complex and refined imaging techniques have the great advantage of discovering even the smallest pulmonary lesions. Once these lesions are discovered and the surgical indication is established the thoracic surgeon is faced often with a challenge. Surgical treatment is not always feasible. Along with the pulmonologist there is a key role in the thoracic pathology team for the interventional radiologist.

Method: The authors evaluate cases of pulmonary nodules resected by uniportal VATS (video-assisted thoracic surgery) that were marked by computed-tomography guided hookwire prior to surgery.

Results: In all the cases that the authors have performed in the clinic the method proved to be safe and feasible by uniportal-VATS and faster and precise intraoperatory localisation of the lesion was achieved.

Conclusions: By marking pulmonary nodules prior to surgery increases the chances of definite localisation of the lesion during VATS. When a multidisciplinary team is involved hands-on patients may benefit of a minimally invasive treatment with maximal results.

EFECTUL TRATAMENTULUI ANTITUBERCULOS ASUPRA UNOR BIOMARKERI DE STRES OXIDATIV LA PACIENȚI CU TUBERCULOZĂ PULMONARĂ ACTIVĂ

Andreea-Daniela Meca[1], Floarea Mimi Nițu[2], Adina Turcu-Știolică[3], Simona Ștefănescu[4], Maria Bogdan[1], Mihaela-Simona Subțirelu[3], Cătălina-Gabriela Pisoschi[5]

[1]Disciplina de Farmacologie, Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova, România
[2]Disciplina de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova, România
[3]Disciplina de Farmacoeconomie, Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova, România
[4]Spitalul Clinic Județean de Urgență, Craiova, România
[5]Disciplina de Biochimie Farmaceutică, Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova, România

Introducere: La pacienții cu tuberculoză (TB) pulmonară, infecția cu *Mycobacterium tuberculosis* induce producerea de radicali liberi prin activarea fagocitelor mononucleare și polimorfonucleare. Prin urmare, TB pulmonară ar putea fi caracterizată printr-o apărare antioxidantă scăzută care expune țesuturile gazdă la deteriorare celulară oxidativă (stimularea oxidării lipidelor, proteinelor și ADN). Lucrarea de față a fost realizată pentru a evalua impactul bolii și terapiei antituberculoase (DOT) asupra relației dintre unii markeri de stres oxidativ și statusul antioxidant la pacienții cu TB pulmonară.

Material și metode: Studiul a inclus pacienți cu TB pulmonară nou diagnosticați, care și-au dat consimțământul informat. Sângele venos, colectat la internare și după două luni de DOT, a fost procesat pentru determinarea peroxizilor lipidici și a nivelului de glutation redus (GSH), măsurarea activității a mai multor enzime antioxidante (superoxid dismutază-SOD, catalază-CAT și glutation peroxidază-GPx).

Rezultate: În ceea ce privește nivelul peroxizilor lipidici, evaluați ca specii reactive cu acidul tiobarbituric (TBARS), la 58,82% dintre pacienți valorile au scăzut după două luni de tratament. A crescut după două luni activitatea SOD la 63,64% dintre pacienți si activitatea GPx la 72,73% dintre aceștia. În același timp, 86,67% dintre pacienții evaluați pentru activitatea CAT și 57,14% pentru nivelurile de GSH, au prezentat valori crescute.

Concluzii: Nivelul GSH și activitățile crescute ale SOD, CAT și GPx corelate cu scăderea nivelului de TBARS după două luni de DOT indică diminuarea leziunilor celulare oxidative și, eventual, îmbunătățirea apărării imune. Eficacitatea primelor două luni de DOT ar putea fi apreciată prin parametrii de stres oxidativ.

EFFECT OF ANTI-TUBERCULAR DRUGS TREATMENT ON SOME OXIDATIVE STRESS BIOMARKERS IN PATIENTS WITH ACTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS

Andreea-Daniela Meca[1], Floarea Mimi Ntu[2], Adina Turcu-Stiolica[3], Simona Stefanescu[4], Maria Bogdan[1], Mihaela-Simona Subtirelu[3], Catalina-Gabriela Pisoschi[5]

[1]Department of Pharmacology, University of Medicine and Pharmacy, Craiova, Romania
[2]Department of Pneumology, University of Medicine and Pharmacy, Craiova, Romania
[3]Department of Pharmacoeconomics, University of Medicine and Pharmacy, Craiova, Romania
[4]Emergency County Hospital Craiova, Romania
[5]Department of Pharmaceutical Biochemistry, University of Medicine and Pharmacy, Craiova, Romania

Introduction: In patients with pulmonary tuberculosis (TB), *Mycobacterium tuberculosis* infection induces the production of free radicals by activating mononuclear and polymorphonuclear phagocytes. Therefore, pulmonary TB could be characterized by a low antioxidant defense that exposes host tissues to oxidative cell damage (stimulation of lipid, protein, and DNA oxidation). This study was conducted to evaluate the impact of disease and antituberculosis therapy (DOT) on the relationship between some markers of oxidative stress and antioxidant status in patients with pulmonary TB.

Material and methods: The study included newly diagnosed patients with pulmonary TB who gave informed consent. Venous blood, collected at admission and after two months of DOT, was processed to determine lipid peroxides and reduced glutathione levels (GSH), measuring the activity of several antioxidant enzymes (superoxide dismutase-SOD, catalase-CAT and glutathione peroxidase-GPx).

Results: Regarding the level of lipid peroxides, evaluated as reactive species with thiobarbituric acid (TBARS), in 58.82% of patients the values decreased after two months of treatment. The SOD activity increased in 63.64% of the patients and the GPx activity in 72.73% of them, after two months of treatment. At the same time, 86.67% of the patients evaluated for CAT activity and 57.14% for GSH levels, showed higher values.

Conclusions: GSH levels and increased activities of SOD, CAT and GPx correlated with decreased TBARS levels after two months of DOT indicate decreased oxidative cell damage and possibly improved immune defense mechanisms. The effectiveness of the first two months of DOT could be assessed by oxidative stress parameters.

SEMNIFICAȚIA CLINICĂ A EVALUĂRII AXEI VITAMINEI D LA PACIENȚII CU TUBERCULOZĂ PULMONARĂ

Andreea-Daniela Meca[1], Floarea Mimi Nițu[2], Adina Turcu-Știolică[3], Maria Bogdan[1], Mihaela-Simona Subțirelu[3], Simona Ștefănescu[4], Cătălina-Gabriela Pisoschi[5]

[1]Disciplina de Farmacologie, Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova, România
[2]Disciplina de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova, România
[3]Disciplina de Farmacoeconomie, Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova, România [4]Spitalul Clinic Județean de Urgență, Craiova,România
[5]Disciplina de Biochimie Farmaceutică, Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova, România

Introducere: Relația dintre deficitul de vitamină D (VD) și tuberculoza (TB) pulmonară este intens explorată în ultimii ani, dar încă există unele date conflictuale, iar subiectul nu este pe deplin elucidat. În această lucrare, am studiat efectul tratamentului antituberculos asupra axei VD, evaluată prin nivelul seric al VD (sub formă de 25-hidroxi-colecalciferol) și al receptorului pentru vitamina D (VDR).

Material și metode: Studiul a fost realizat pe subiecți nou diagnosticați cu TB pulmonară, internați în Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Victor Babeș" Craiova și Spitalul de Pneumologie Leamna, județul Dolj. Sângele venos a fost prelucrat pentru măsurarea nivelului seric de VD folosind metoda imunologică cantitativă bazată pe chemiluminescență cu microparticule și, de asemenea, nivelului VDR, pe baza unui test ELISA efectuat pe o linie StatFax. Nu au fost incluși pacienți diagnosticați înainte de inițierea tratamentului antituberculos cu TB extrapulmonară, cancer, hiperparatiroidism și insuficiență renală.

Rezultate: S-a observat deficit de VD la 81,25% dintre pacienții evaluați. La 87,5% dintre ei, nivelul seric al VD a crescut după două luni de terapie antituberculoasă de primă linie; 68,75% prezentau valori crescute ale VDR după aceeași perioadă de tratament, fără să fi primit supliment de VD sau alte medicamente care interferă cu metabolismul acesteia. Doi pacienți au înregistrat o scădere a nivelului seric de VD; unul dezvoltase o insuficiență renală, iar cel de-al doilea avea culturile pozitive și la două luni.

Concluzii: Deoarece VD reglează răspunsul imun protector al gazdei și efectele catabolice ale macrofagelor stimulate, deficitul de VD implică un risc crescut de TB pulmonară.

CLINICAL SIGNIFICANCE OF VITAMIN D AXIS EVALUATION IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

Andreea-Daniela Meca[1], Floarea Mimi Nitu[2], Adina Turcu-Stiolica[3], Maria Bogdan[1], Mihaela-Simona Subtirelu[3], Simona Stefanescu[4], Catalina-Gabriela Pisoschi[5]

[1]Department of Pharmacology, University of Medicine and Pharmacy, Craiova, Romania
[2]Department of Pneumology, University of Medicine and Pharmacy, Craiova, Romania
[3]Department of Pharmacoeconomics, University of Medicine and Pharmacy, Craiova, Romania
[4]Emergency County Hospital Craiova, Romania
[5]Department of Pharmaceutical Biochemistry, University of Medicine and Pharmacy, Craiova, Romania

Introduction: The relationship between vitamin D (VD) deficiency and pulmonary tuberculosis (TB) is intensively explored in recent years, but still there are some conflicting data and the topic is not fully elucidated. In this work, we studied the effect of antitubercular treatment on VD axis evaluated through serum VD (as 25-hydroxy- cholecalciferol) and vitamin D receptor (VDR) levels.

Material and methods: The study was conducted on newly diagnosed with pulmonary TB subjects hospitalized in "Victor Babeș" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophthisiology Craiova and Pneumology Hospital Leamna, Dolj County. Venous blood was processed for the measurement of serum VD level using a quantitative chemiluminescent microparticle immunoassay and also VDR level following the steps of an ELISA assay performed on a StatFax equipment. Patients diagnosed before treatment with extrapulmonary TB, cancer, hyperparathyroidism and kidney failure were not included.

Results: VD deficiency was observed in 81.25% of the patients evaluated. In 87.5% of them, serum level of VD increased after two months of first line antitubercular drugs therapy and 68.75% presented higher levels of VDR after the same period of treatment, without receiving VD supplements or other drugs interfering with its metabolism. Two patients registered a decrease of serum VD level; one of them was found to develop kidney failure, and the other one presented positive sputum culture results after two months of treatment.

Conclusions: Because VD regulates host protective immune response and catabolic effects of stimulated macrophages, VD deficiency involves an increased risk for pulmonary TB.

TIMOM ASIMPTOMATIC - O CAPCANĂ PENTRU MEDIC ȘI PACIENT

Florin Mihălțan[1], Andreea Mocioi[1], Athir Eddan[1], Diana Leonte[1], Magheran Elena[1], Mihnea Orghidan[1], Ancuța Constantin[1]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta", București, România

Introducere: Puțini pacienți au șansa să fie depistați precoce în cazul tumorilor maligne. Aceasta șansă, cu multiple aspecte etice ascunse, are capcane deopotrivă pentru medici și pacienți.

Prezentarea cazului: Pacientul M.G. de sex masculin, în vârstă de 63 de ani, nefumător, cu expunere profesională la noxe respiratorii în antecedente, rezident în județul Argeș, se prezintă în clinică fiind complet asimptomatic, în contextul depistării la examenul imagistic preoperator pentru hidrocel stâng, al unei formațiuni tumorale mediastinale anterioare, iodofilă, cu diametre de 39/69/77 și calcificări încluse. Se notează extensia spre plămânul stâng și asocierea unui nodul fibros la nivelul lobului superior stâng, subpleural, mică colecție lichidiană în recesul pericardic anterior. În absența oricarei simptomatologii respiratorii, examenul clinic păstrează în mod similar un caracter anodin. Investigațiile adiacente efectuate, uzuale și mini - invazive, aduc note diagnostice complementare, de la pareză de coardă vocală stângă identificată bronhoscopic, la puncția transtoracică ce ridică suspiciunea unui timom atipic cu arii glandulare și celule clare. Obiectivul major atins, intervenția chirurgicală, decelează timom încapsulat, cu contur policiclic și calcificări focale, un stadiul N0. Necesitatea tratamentului adjuvant, potențialul rol al testelor imunohistochimice, sunt discuții ce rezidă inlusiv în aparent fericitele cazuri N0.

Particularitate cazului: Aparent un caz fericit, este o rezecție curativă. Conjunctura favorabilă, timom bine încapsulat la pacient asimptomatic, a permis o intervenție salvatoare, dublată de eforturi substanțiale de convingere a pacientului și familiei asupra contextului și necesitatea operației.

ASYMPTOMATIC THYMOMA - A TRAP FOR BOTH DOCTOR AND PATIENT

Florin Mihaltan[1], Andreea Mocioi[1], Athir Eddan[1], Diana Leonte[1], Magheran Elena[1], Mihnea Orghidan[1], Ancuta Constantin[1]

[1]Marius Nasta Pneumology Institute, Bucharest, Romania

Introduction: Few patients have a chance to be early detected in malignant tumors. This chance, with multiple hidden ethical issues, has pitfalls for both doctors and patients.

Case presentation: Patient M.G. male, aged 63 years, non-smoker, with previous occupational exposure to respiratory noxious substances, resident in Argeș County, presents to the clinic being completely asymptomatic, in the context of the detection of an anterior mediastinal tumor formation, when performing the preoperative imaging examination for left hydrocel, iodophilic, with diameters of 39/69/77 and calcifications included. We note the extension to the left lung and the association of a fibrous nodule in the left upper lobe, subpleural, small fluid collection in the anterior pericardial recess. In the absence of any respiratory symptoms, the clinical examination similarly retains an innocuous character. The adjacent investigations performed, usual and mini-invasive, bring complementary diagnostic data, from left vocal cord paresis identified bronchoscopically, to transthoracic puncture that raises the suspicion of an atypical thymoma with glandular areas and clear cells. When the major goal, surgery, is achieved, it detects encapsulated thymoma, with polycyclic contour and focal calcifications, a N0 stage. The need for adjuvant treatment, the potential role of immunohistochemical tests, are discussions that reside even in seemingly happy N0 cases.

Case particularity: Apparently a happy case, it is a curative resection. The favorable situation, well-encapsulated thymoma in a asymptomatic patient, allowed a saving intervention, doubled by substantial efforts to convince the patient and family about the context and need for surgery.

URMĂRIREA PACIENTULUI CU ASTM SEVER EOZINOFILIC TRATAT CU ANTICORPI MONOCLONALI (ANTI IL-5)

Camil Mihuța[1], Roxana Jurca[1], Cristian Oancea [1,2]

[1]Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr.Victor Babeș”, Timișoara, România
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Introducere: Noutatea terapeutică în astm este reprezentată de anticorpii monoclonali care pot fi administrați ca tratament suplimentar și de întreținere în astmul refractar sever. Aceștia reduc semnificativ nevoia de utilizare a corticosteroizilor orali, reduc frecvența exacerbărilor, îmbunătățind controlul simptomelor și funcția pulmonară.

Caz clinic: Bărbat în vârstă de 66 de ani, diagnosticat din tinerețe cu astm, prezintă simptomatologie bogată (ACT 4), exacerbări frecvente și un număr crescut de spitalizări în ultimii 2 ani. În ciuda complianței ridicate și a tratamentului maximal de întreținere, se administrează pe perioade relativ lungi corticosteroizi orali din cauza lipsei de control al astmului.

Pacientul este diagnosticat cu astm sever refractat în urmă cu 6 ani. Datorită eozinofiliei sanguine crescute și a scăderii progresivă a funcției pulmonare se decide tratamentul „add-on” cu Benralizumab.

Pe parcursul urmăririi, acesta a prezentat o ameliorare semnificativă a simptomelor respiratorii, fără administrarea concomitentă de corticosteroizi sistemici, dar cu o scădere a funcției pulmonare. Pe parcursul tratamentului se observă o toleranță bună și niciun efect secundar.

Discuţii: În studiile CALIMA și SIROCCO realizate de producător, s-a demonstrat o îmbunătățire semnificativă a funcției pulmonare cu valori VEMS pre-bronhodilatare între +116ml și 159ml. În cazul prezentat valoare VEMS la 34 de săptămani de la inițierea tratamentului s-a deteriorat cu 360ml. Din punct de vedere al exacerbărilor, a scorului ACT și al numărului de eozinofile sanguine tiparul este similar cu datele publicate în literatură.

Concluzii: Utilizarea benralizumab pare să fie fezabilă, rapidă și sigură în tratarea astmului eozinofilic sever fără utilizarea de corticosteroizilor sistemici concomitenți.

PATIENT WITH SEVERE EOSINOPHILIC ASTHMA TREATED WITH MONOCLONAL ANTIBODIES (ANTI IL-5) FOLLOW-UP

Camil Mihuta[1], Roxana Jurca[1], Cristian Oancea [1,2]

[1]„Dr. Victor Babes" Clinical Hospital, Timisoara, Romania
[2]„Victor Babes"University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Introduction: A novelty in asthma therapy is the administration of monoclonal antibodies, a therapy which can be used as an add-on to maintenance therapy in severe refractory asthma. Monoclonal antibodies significantly reduce the need for oral corticosteroid use, reduce the frequency of exacerbations, improving asthma symptoms and lungs function.

Case report: We present the case of a 66-year-old man, diagnosed with asthma at a young age, with heavy symptoms (ACT 4), frequent exacerbations and an increased number of hospitalizations in the last 2 years. Despite high compliance and maximum maintenance treatment, oral corticosteroids have been administered for relatively long periods due to lack of asthma control. The patient was diagnosed with severe refractory asthma 6 years ago. Due to the increased blood eosinophilia and the progressive decrease of lung function, the "add-on" treatment with Benralizumab was administrated.

During follow-up, he showed a significant improvement in respiratory symptoms, without administration of systemic corticosteroids, but with a decrease of lung function. Good tolerance and no side effects were observed during treatment.

Discussion: CALIMA and SIROCCO studies show a significant improvement of lung function in pre-bronchodilatory FEV1 with values between +116ml and 159ml. In our case, 34 weeks after the treatment started, FEV1 has deteriorated by 360ml. In terms of exacerbations, ACT score and number of blood eosinophils, the pattern was similar to published data.

Conclusions: The use of Benralizumab appears to be feasible, rapid and safe in the treatment of severe eosinophilic asthma without the need to use concomitant systemic corticosteroids.

SINDROM DE HIPERCOAGULABILITATE CORELAT CU ASOCIEREA FUMATULUI ȘI A CONTRACEPTIVELOR ORALE

Sorina Ștefania Morogan[1], Irina Ruxandra Strâmbu[1]

[1] Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Introducere: Este deseori citat în literatură riscul crescut de tromboze asociat fumatului și administrării de anticoncepționale.

Prezentarea cazului: Pacientă de 31 de ani, fumătoare, consumatoare de contraceptive orale, fără APP, prezintă cefalee și afazie brusc instalate. Efectuează RM cerebral evidențiind tromboză masivă de sinus cavernos, hematom parieto-temporal stâng moderat secundar- drenat chirurgical. Ulterior, efectuează CT torace cu contrast,descriindu-se câțiva noduli (< 1.5 cm) în LSD, colecție lichidiană bilaterală moderată, procese de condensare masive ale ambilor lobi inferiori cu bronhogramă aerică și captare de contrast, fără trombi vizibili în vasele pulmonare mari.

Examenul obiectiv la internare: durere la compresia toracelui, MV abolit bazal bilateral, raluri subcrepitante superioare, hipoxemie.

Se internează în context epidemiologic de SARS-CoV-2, efectuând 2 teste PCR-negative.

Biologic: leucocitoză cu limfocitoză ușoară, timp Quick și D-dimeri crescuți.

Puncție pleurală dreaptă: lichid serocitrin, transparent, transudat, paucicelular cu relativ frecvente limfocite și câteva neutrofile, bacteriologic+bK negativ.

Profilul antifosfolipidic, mutația factorului V Leiden, cANCA, pANCA, Ac anti ADNdc, anti Sm, ANA, proteina C și S- în limite normale.

Tratament și evoluție: Antibiotice iv, HGMM, AINS- evoluție rapid favorabilă, ameliorare netă fenomene afazice. Radiografia de control- remisiunea proceselor de condensare și a revărsatului cu persistența câtorva imagini nodulare subclavicular stâng. Continuă anticoagularea 1 lună, ulterior antiagregare.

Concluzii: Pacienta a prezentat fenomene trombotice acute venoase cerebral, cu manifestări neurologice, prin extinderea investigațiilor identificându-se o patologie pulmonară inaparentă clinic. Particulară este remisunea extrem de rapidă sub tratament anticoagulant, presupunându-se o predispoziție genetică a hipercoagulabilității, corelată cu asocierea fumatului și a contraceptivelor orale.

HYPERCOAGULABILITY SYNDROME RELATED TO THE ASSOCIATION OF SMOKING AND ORAL CONTRACEPTIVES

Sorina Stefania Morogan[1], Irina Ruxandra Strambu[1]

[1] „Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

Introduction: The increased risk of thrombosis associated with smoking and contraceptive use is often cited in the literature.

Case presentation: 31-year-old-female-patient, smoker, user of oral contraceptives, without personal pathological history has a headache and aphasia suddenly installed. She undergoes a cerebral MRI which shows massive cavernous sinus thrombosis, moderate left secondary parieto-temporal hematoma - surgically drained. Subsequently, she undergoes chest contrast CT which shows several nodules (<1.5 cm) in LSD, moderate bilateral fluid collection, massive condensation processes of both lower lobes with aerial bronchogram and capture of contrast, without visible thrombi in large lung vessels.

Objective examination at hospitalization: chest compression pain, abolished bilateral basal VM, superior subcrepitant rales, hypoxemia.

She is hospitalized in the epidemiological context of SARSCov2, performing 2 PCR tests which show negative.

Laboratory tests: leukocytosis with mild lymphocytosis, increased values of Quick time and D-dimers.

Right pleural puncture: serocitrin fluid - transparent, transuded, paucicellular with relatively common lymphocytes and a few neutrophils, bacteriological+bK negative. Antiphospholipid profile, Leiden factor V mutation, cANCA, pANCA, anti-dsDNA, anti Sm, ANA, C and S protein - within normal limits.

Treatment and evolution: iv antibiotics, LMWH, NSAIDs - quick favorable evolution, obvious improvement of aphasia. Control radiography shows remission of condensation and effusion processes with the persistence of several left subclavian nodular images. The patient continues anticoagulation for 1 month, followed by antiplatelet therapy.

Conclusions: The patient presented acute cerebral venous thrombotic phenomena, with neurological manifestations, by extending the investigations identifying clinically-inapparent pulmonary pathology. The extremely rapid remission under anticoagulant treatment is particularly notable, assuming a genetic predisposition to hypercoagulability correlated with the association of smoking and oral contraceptives.

CHIRURGIA TORACICĂ VIDEO-ASISTATĂ (CTVA) ÎN ONCOLOGIE

Natalia Motas[1], Veronica Manolache[1], Mădălina Iliescu[1], Mihnea Davidescu[1], Ovidiu Rus, Corina Bluoss[1], Elena Jianu[1], Maria Lungu[1], Vlad Alexe[1], Olivia Batog[1], Teodor Horvat[1]

[1]Clinica de Chirurgie Toracică, Institutul Oncologic, București, România

Chirurgia toracică minim invazivă este un instrument esențial în diagnosticul și tratamentul afecțiunilor oncologice.

Pe lângă rezecțiile pulmonare, Chirurgia Toracică Video-Asistată CTVA oferă pacienților limfadenectomii intrapulmonare sau mediastinale în scop diagnostic sau terapeutic, biopsii pleurale și pleurodeză, tratamentul pneumotoraxului secundar, abordul unor mase din mediastin (biopsii, excizie), abordul pericardului, legătura de duct toracic din chilotorax.

VIDEO-ASSISTED THORACIC SURGERY (VATS) IN ONCOLOGY

Natalia Motas[1], Veronica Manolache[1], Madalina Iliescu[1], Mihnea Davidescu[1], Ovidiu Rus[1], Corina Bluoss[1], Elena Jianu[1], Maria Lungu[1], Vlad Alexe[1], Olivia Batog[1], Teodor Horvat[1]

[1]Clinic of Thoracic Surgery, Institute of Oncology, Bucharest, Romania

Minimally invasive thoracic surgery is an essential tool for diagnosis and treatment of oncological patients.

More than pulmonary resections, Video-Assisted Thoracic Surgery VATS offers lymphadenectomies intrapulmonary or mediastinal (for diagnosis or therapeutic), pleural biopsies and pleurodhesis, treatment of secondary pneumothorax, mediastinal masses – biopsy or excision, pericardial approach, thoracic duct ligation.

DIAGNOSTIC DIFICIL – PROVOCĂRI ÎN BRONHOLOGIE ŞI ÎN CHIRURGIA TORACICĂ MINIM INVAZIVĂ

Natalia Motas[1], Madalin Tetu[1], Veronica Manolache[1], Mădălina Iliescu[1], Mihnea Davidescu[1], Ovidiu Rus[1], Corina Bluoss[1], Elena Jianu[1], Maria Lungu[1], Vlad Alexe[1], Teodor Horvat[1]

[1]Clinica de Chirurgie Toracică, Institutul Oncologic, București, România

Pacienții oncologici toracici au nevoie de proceduri simple și sigure pentru obținerea diagnosticului patologic. Contextul oncologic și medical poate fi simplu sau extrem de complex. Patolgia asociată cancerului poate împiedica unele procedee clasice de diagnosticare.

Fiecare pacient oncologic necesită abord personalizat deoarece uneori obținerea diagnosticului este mult mai dificilă decât managerierea ulterioară multidisciplinară a cazului.

DIFFICULT DIAGNOSIS – CHALLENGES FOR BRONCHOSCOPY AND MINIMALLY INVASIVE THORACIC SURGERY

Natalia Motas[1], Madalin Tetu[1], Veronica Manolache[1], Madalina Iliescu[1], Mihnea Davidescu, Ovidiu Rus[1], Corina Bluoss[1], Elena Jianu[1], Maria Lungu[1], Vlad Alexe[1], Teodor Horvat[1]

[1]Clinic of Thoracic Surgery, Institute of Oncology, Bucharest, Romania

Thoracic oncological patients need quick and safe procedures for pathological diagnosis. The oncological and medical context may be simple or quite complex. Associated pathology can also block some classical ways for obtaining diagnosis.

Each thoracic oncologic patient needs personalised approach and many times the pathological diagnosis is much more difficult to obtain then establishing the oncological management afterwards.

PROVOCARE ȘI INTERDISCIPLINARITATE – REZECȚIILE PULMONARE PRIN CHIRURGIE TORACICĂ VIDEO-ASISTATA (CTVA)

Natalia Motas[1], Veronica Manolache[1], Mădălina Iliescu[1], Vlad Alexe[1], Sorela Radoi[2], Dayana Nechita[2], Costina Diaconu[2], Cristian Vasile[3], Ariana Neicu[4], Cristina Guti[4], Teodor Horvat[1]

[1]Departamentul de Chirurgie Toracică, Institutul Oncologic, București, România
[2]Departamentul de Anestezie și Terapie Intensivă, Institutul Oncologic, București, România
[3]Departamentul de Radiologie și Imagistică Medicală, Institutul Oncologic, București, România
[4]Departamentul de Anatomie Patologică, Institutul Oncologic, București, România

Rezecțiile pulmonare prin chirurgie toracică video-asistată (CTVA) reprezintă o provocare şi în acelaşi timp evoluția firească medico-chirurgicală. Interdisciplinaritatea și lucrul în echipă sunt necesare la fiecare pacient.

Autorii prezintă exemple concrete de situații în care colaborarea interdisciplinară a permis acceptarea și rezolvarea cazurilor-provocare. Sincronizarea în echipa chirurg toracic – anestezist este esențială și necesită completare prin colaborarea colegilor de la pneumologie – bronhologie, anatomie patologică, radiologie și imagistică medicală, oncologie medicală, radioterapie, precum și alte specialități.

CHALLENGE AND INTERDISCIPLINARITY – LUNG RESECTIONS BY VIDEO-ASSISTED THORACIC SURGERY VATS

Natalia Motas[1], Veronica Manolache[1], Madalina Iliescu[1], Vlad Alexe[1], Sorela Radoi[2], Dayana Nechita[2], Costina Diaconu[2], Cristian Vasile[3], Ariana Neicu[4], Cristina Guti[4], Teodor Horvat[1]

[1] Department of Thoracic Surgery, Institute of Oncology, Bucharest, Romania
[2] Department of Anesthesiology and Intensive Care, Institute of Oncology, Bucharest, Romania
[3] Department of Radiology, Institute of Oncology, Bucharest, Romania
[4] Department of Pathology, Institute of Oncology, Bucharest, Romania

Pulmonary resections by video-assisted thoracic surgery (VATS) represent a challenge and also the natural evolution of surgery. Interdisciplinarity and team work are mandatory in every patient.

Authors present concrete situations in which interdisciplinary work led to safe ending of challenging situations. The team thoracic surgeon – anesthesiologist needs collaboration with colleagues from pneumology – bronchology, pathology, radiology, medical oncology, radiotherapy and other specialities.

UN JOC DE DOMINO: ASTMUL BRONȘIC ABORDAT MULTIDISCIPLINAR

Mădălina Andreea Munteanu[1,2], Răzvan Ionuţ Popescu[1,2], Cristiana Petrişor[2], Iulia Petru[2], Elena Georgiana Golea[1], Anca Lungu[1], Tiberiu Ioan Nanea[1,2], Roxana Maria Nemeş[2], Camelia Nicolae[1,2]

[1]Departamentul Medicină Internă/Cardiologie, Spitalul Clinic „Prof. Dr. Th. Burghele", Bucureşti, România
[2]Universitatea de Medicină şi Farmacie „Carol Davila", București, România

Prezentare clinică: Pacientă în vârstă de 45 de ani, caucaziană, nefumătoare, cu antecedente de astm bronșic alergic, bronsiectazii, hemoptizii, se prezintă pe secția de Cardiologie pentru evaluare cardiovasculară. Din anamneză reținem că se prezintă la CG pentru episoade repetate de tuse hemoptoică pentru care se efectuează investigații imagistice și se observă bronsiectazii importante localizate bilateral cu dilatații pseudochistice și chistice ce asociază conținut mucoid care obstruează complet lumenul bronșic în anumite regiuni. La nivelul Lobului inferior stâng și lingulei persistă un aspect emfizematos al parenhimului pulmonar. La efectuarea examenului CT din 2014 se vizualizează un nodul pulmonar stelat, metabolic activ, situat în segmentul apical al Lobului Superior Drept (LSD), fiind adiacent de o imagine cavitară cu pereți subțiri. În 2019, la repetarea CT-ului toracic se observă o formațiune nodulară importantă, aflată în segmentul apical al LSD și având margini neregulate și zone spiculate tangente la suprafața pleurală posterioară, cu efect de tracțiune asupra acesteia și asupra bronșiilor adiacente, emitând prelungiri. De asemenea, investigațiile bacteriologice periodice ale sputei decelează o infecție recurentă cu Pseudomonas aeruginosa și colonii levurice frecvente, iar spirometria indică o disfuncție respiratorie mixtă severă. La examenul Ecocardiografic se decelează Regurgitare Mitrală gradul II-III, cu funcție contractilă normală a ventriculului stâng și fracție de ejecție 60%. De asemenea, în urma investigațiilor se obiectivează tiroidita autoimună și coexistența unei spine iritative pentru care se efectuează examen CT de sinusuri. La acestea se concluzionează o rinosinuzită etmoidală cronică cu hipertrofia cornetelor nazale bilaterale și deviația septului nazal.

A DOMINOES GAME: BRONCHIAL ASTHMA IN A MULTIDISCIPLINARY APPROACH

Madalina Andreea Munteanu [1,2], Razvan Ionut Popescu[1,2], Cristiana Petrisor[2], Iulia Petru[2], Elena Georgiana Golea[1], Anca Lungu[1], Tiberiu Ioan Nanea[1,2], Roxana Maria Nemes[2], Camelia Nicolae[1,2]

[1] Departament of Internal Medicine/Cardiology, „ Prof. Dr. Th. Burghele"Clinical Hospital, Bucharest, Romania
[2] „Carol Davila"University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Female, caucasian, 45 years old, non-smoker, known with allergic bronchial asthma, bronchiectases, hemoptysis, presented to the Cardiology Unit for cardiovascular evaluation. From the patient's history and medical documents, we understand that she repeatedly presents to the ER (February 2017, February 2019, May 2020) for multiple episodes of hemoptoic cough, for which she undergoes several investigations that reveal important bronchiectases localised bilaterally with pseudocystic and cystic dilations, associating mucoid contents that completely obstruct the bronchial lumen in some regions. The left inferior lobe and the lingula present an emphysematous aspect of the pulmonary parenchyma. The 2014 CT shows a pulmonary star-shaped nodule, metabolically active, situated in the apical segment of the right superior lobe, having an adjacent cavitary image with thin walls. The 2019 CT shows another important nodular structure, situated in the apical segment of the right superior lobe, having irregular margins and spiculated areas that are tangent to the posterior pleural surface. These spiculated areas generate a traction effect on the pleura and on the adjacent bronchi, obstructing them. In addition, bacteriological findings of the sputum suggest a recurrent infection with Pseudomonas Aeruginosa. The spirometry shows a severe mixt respiratory disfunction.Patient's echocardiography showed Mitral Regurgitation (grade II-III), with ejection fraction of 60%.Also, several other findings including autoimune thyroiditis and chronic ethmoidal rhinosinusitis with bilateral nasal cornets hypertrophy and nasal septum deviation were revealed.

CROSS-BORDER TB – O NOUĂ PROVOCARE ÎN MANAGEMENTUL TUBERCULOZEI

Ioana Munteanu[1], Nicoleta Cioran[1], Dragoș Sion, Beatrice Mahler[1]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Tuberculoza rămâne o problemă de sănătate publică în România, deși indicatorii epidemiometrici se îmbunătățesc constant. Rata de incidență a tuberculozei a scăzut continuu din 2002 cu un procent total de 58,4, rezultând într-o valoare de 59,5 la 100000 populație în 2018 și un număr de 11586 de cazuri noi și recidive corespunzătoare acestei incidențe.

Conform ONU, 3,4 milioane de români au plecat la muncă în străinătate sau s-au stabilit acolo permanent cu familiile lor, ceea ce situează România pe poziția a doua în Europa în topul migrației. Diaspora reprezintă 17% din populația totală a României, care fluctuează între diferite țări europene, în funcție de cererea de forță de muncă.

Din această categorie există o creștere a numărului de cazuri de tuberculoză identificate și raportate spre România (94 de cazuri în ultimii 5 ani), dar și mai îngrijorător este faptul că doar 67 de date au fost notificate în baza de date electronică națională. Majoritatea sunt bărbați (54), între 15-67 ani, cazuri noi (59), cu TBC pulmonară (69), confirmată bacteriologic (69). Acești pacienți reprezintă o nouă provocare pentru sistem: fie nu sunt notificați, deoarece tratamentul nu poate fi urmat din cauza plecărilor frecvente din țară în diferite alte țări, fie sunt evaluați după pierderea monitorizării. În consecință, nu toate contactele sunt identificate și evaluate și reprezintă un pericol pentru țările în care migrează și indicatorii de tuberculoză sunt schimbați.

Concluzii: este necesară îmbunătățirea sistemului de monitorizare a acestor pacienți la nivel internațional, cu respectarea dreptului la libera circulație a persoanelor și restricțiile impuse de pandemie ceea ce va face misiunea programului şi mai dificilă.

CROSS-BORDER TB - A NEW CHALLENGE IN TUBERCULOSIS MANAGEMENT

Ioana Munteanu[1], Nicoleta Cioran[1], Dragos Sion, Beatrice Mahler[1]

[1]„Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

TB in Romania continues to be a public health problem, although indicators of TB endemic are constantly improving. TB incidence rate has decreased continuously since 2002 with a total percentage of 58.4, resulting in an incidence of 59.5 per 100000 population in 2018 and a number of 11586 of new cases and relapses corresponding to this incidence.

According to the UN, 3.4 million Romanians have gone to work abroad or settled there permanently with their families, which places Romania on the second position in Europe top of migration. Diaspora represents 17% of the total population of Romania which varies between different European countries depending on labor demand.

In these conditions, the number of TB cases identified and reported to Romania is increasing (94 cases in the last 5 years), but even more worrying is the fact that only 67 were notified in the national electronic database. Most are men (54), between 15-67 years, new cases (59), with pulmonary TB (69), bacteriological confirmed (69). These patients represent a new challenge for the system: either they are not notified because the treatment cannot be followed due to frequent departures from the country in different other countries, or they are evaluated lost-of-follow-up. As a consequence, not all the contacts are identified and evaluated, represent a danger to countries in which they migrate and TB indicators are changed.

Conclusions: it is necessary to improve the monitoring system of these patients at the international level while respecting the right of free movement of persons.

ASPERGILOZE PULMONARE: PROVOCĂRI LA PACIENȚII ADULȚI CU FIBROZĂ CHISTICĂ

Oxana Munteanu[1], Oxana Turcu[2], Ninel Revenco[2], Victor Botnaru[1]

[1]Disciplina de Pneumologie și Alergologie, Departamentul Medicină Internă, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova
[2]Departamentul Pediatrie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Scop: Evaluarea spectrului și prevalenței diferitor forme de aspergiloză la pacienții adulți cu fibroză chistică (FC).

Metode: Unsprezece adulți cu FC monitorizați în cadrul Centrului FC din Moldova au fost evaluați prin testul LDBio *Aspergillus* ICT (Ig M + Ig G), IgE total, IgE specific *A. fumigatus*, IgG *A. fumigatus* în perioada decembrie 2018 - august 2020. Pentru evaluarea titrului de IgG anti *Aspergillus* a fost utilizat testul ImmunoCAP® Phadia.

Rezultate: Vârsta pacienților a variat între 18-34 de ani cu media 23,6±5,2 ani (64% femei). Genotipul heterozigot identificat la zece pacienți (91%), doar un caz - homozigot (9%), F508del fiind mutația cea mai frecventă 5/11 (45%). Bronșiectaziile severe au fost observate în toate cazurile (scor mReiff 10±2,4). În 5 cazuri (45%) s-a determinat un IMC ≤18,5 kg/m^2. Aspergilozele diagnosticate la 7 pacienți (64%). Testul rapid LDBio *Aspergillus* ICT a fost pozitiv la 8 pacienți, iar prin metoda Phadia's ImmunoCAP®, titru majorat de IgG identificat în 6 cazuri, sugestiv pentru bronșita aspergilară. Doar în 2 cazuri (18%) s-a determinat un titru sporit al IgE totale serice și IgE specifice *A. fumigatus*. Într-un caz IgE totale au fost în titru ≥417 *UI/ml*, fiind demonstrată și prezența bronșiectaziilor centrale. Nu s-au observat diferențe statistic semnificative între grupul pacienților cu aspergiloze și grupul pacienților fără aspergiloze conform vârstei, IMC, FVC%, FEV1%, FEV1/FVC, MMEF, scorul mReiff.

Concluzii: Bronșita cauzată de *Aspergillus* pare a fi cea mai răspândită formă clinică identificată în lotul de studiu 5/7 cazuri (71%), urmată de ABPA (1 caz) și sensibilizarea la *Aspergillus* (1 caz).

ASPERGILLUS-RELATED DISEASES: CHALLENGES IN ADULTS WITH CYSTIC FIBROSIS

Oxana Munteanu[1], Oxana Turcu[2], Ninel Revenco[2], Victor Botnaru[1]

[1]Division of Pneumology and Allergology, Department of Internal Medicine, „Nicolae Testemitanu" State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova
[2] Department of Pediatrics, „Nicolae Testemitanu" State University of Medicine and Pharmacy,Chisinau, Republic of Moldova

Aim: To evaluate the clinical spectrum and prevalence of *Aspergillus*-related diseases in adult patients with cystic fibrosis (CF).

Methods: 11 adults with CF referred to the Moldovan CF Centre between December 2018 and August 2020 were screened for *Aspergillus*-related diseases using LDBio *Aspergillus* ICT lateral flow assay (Ig M+ Ig G), total IgE, specific *A. fumigatus* IgE, *A. fumigatus* IgG. Aspergillus IgG titres were measured by Phadia's ImmunoCAP® fluorescent immunoenzyme assay.

Results: Patients' age ranged from 18-34 years with a mean age of 23.6±5.2 years (64% women). A heterozygous genotype was identified in ten CF patients (91%), only one case being homozygous (9%). F508del was the most common determined mutation 5/11 (45%). Severe bronchiectasis where observed in all cases (mReiff score 10±2.4). BMI ≤18.5 kg/m^2 was identified in 5 cases (45%). CF *Aspergillus*-related diseases were identified in 7 cases (64%). Eight patients had positive *Aspergillus* ICT lateral flow assay tests, but elevated specific IgG levels were identified in 6 cases which configures as possible *Aspergillus* bronchitis. Serum total IgE level and specific IgE to *A. fumigatus* were increased only in 2 cases (18%). In one case total IgE >417 IU/ml was associated with central bronchiectasis. No statistically significant differences between the *Aspergillus*-related diseases group and non-*Aspergillus*-related diseases group in terms of age, BMI, FVC%, FEV1%, FEV1/FVC, MMEF, m Reiff score were observed.

Conclusions: *Aspergillus* bronchitis seems to be the most prevalent one 5/7 cases (71 %), followed by ABPA (1 case) and *Aspergillus* sensitization (1 case).

HEMOPTIZIA - UN SIMPTOM DE CONEXIUNE DINTRE ASPERGILOZA PULMONARĂ CRONICĂ ȘI EMBOLIA PULMONARĂ

Oxana Munteanu[1], Aurelia Cebotaru [1], Doina Rusu[1,2], Victor Botnaru[1]

[1]Disciplina de Pneumologie și Alergologie, Departamentul de Medicină Internă, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova
[2]Institutul de Pneumoftiziologie „Chiril Draganiuc”, Chișinău, Republica Moldova

Infarctul pulmonar deși este o complicație frecventă a emboliei pulmonare, doar în 7% cazuri se complică cu dezvoltarea cavităților, fiind printre cauzele rare de boală subiacentă pentru aspergiloza pulmonară cronică (APC).

Prezentăm cazul unui bărbat în vârstă de 41 de ani cu tuse, scădere ponderală, dispnee și hemoptizie de două luni, simptomul alarmant ce a motivat adresarea la medic. Tuberculoza pulmonară a fost exclusă prin teste moleculare și bacteriologice negative din spută și lichidul de lavaj bronhoalveolar. Cu suspiciunea de bronșiectazii a fost efectuată HRCT toracelui (X.2019), care a demonstrat multiple leziuni chistice localizate în lobii inferiori bilateral (trei dintre ele cu material intracavitar) și una în lobul superior drept. Sputocultura a identificat *Aspergillus fumigatus*, iar testele serologice au confirmat un titru ridicat pentru IgG anti *Aspergillus fumigatus* 154 *mg/L* (N <39 *mg/L*). Diagnosticat cu APC, a fost inițiat tratamentul cu itraconazol, pe care l-a sistat de sine stătător peste o lună, fiind rezolvată hemoptizia. După două luni, fără tratament antifungic, a apărut un nou episod de hemoptizie, iar CT a toracelui cu contrast (II.2020) a demonstrat semne de embolie pulmonară la nivelul trunchiului pulmonar și arterelor pulmonare lobare (LID, LIS), dar și prezența leziunilor cavitare preexistente, unele cu micetoame în interior. Ecocardiografia pe lângă semnele de cord pulmonar a pus în evidență prezența unui defect de sept atrial.

Concluzie: Identificarea unei legături de cauzalitate între hemoptizie, embolie pulmonară și APC în țările cu incidență mare a TB rămâne a fi o adevărată provocare în condițiile de accesibilitate limitată pentru investigațiile ce confirmă embolia pulmonară și APC.

HAEMOPTYSIS - A LINK SYMPTOM BETWEEN CHRONIC PULMONARY ASPERGILLOSIS AND PULMONARY EMBOLISM

Oxana Munteanu[1], Aurelia Cebotaru [1], Doina Rusu[1,2], Victor Botnaru[1]

[1]Division of Pneumology and Allergology, Department of Internal Medicine, „Nicolae Testemitanu" State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova
[2]„Chiril Draganiuc" Institute of Pneumophtysiology, Chisinau, Republic of Moldova

Pulmonary infarction is relatively common in the setting of pulmonary embolism, but with cavitation developing in only 7% of cases, being among rare underlying condition for chronic pulmonary aspergillosis (CPA).

We present the case of a 41-years old male complained of cough, weight loss, dyspnoea (mMRC3) and haemoptysis during the last two months, haemoptysis being the symptom that motivate the patient to consult a doctor. Pulmonary tuberculosis was excluded by negative molecular and bacteriological tests from sputum and BAL samples. Being suspected of bronchiectasis a chest HRCT scan (X.2019) was performed, demonstrating multiple cystic lesions localised in the right and left lower lobes (three of them with intracavitary masses), one in upper right lobe. *Aspergillus fumigatus* was isolated from sputum culture. *Aspergillus fumigatus* specific IgG antibody level was increased 154 *mg/L* (N <39 *mg/l*). Diagnosed with CPA he was started the treatment with itraconazole, but which was stopped on his own decision after one month. After two months without any antifungal treatment a new episode of haemoptysis has appeared and the performed chest HRCT with contrast (II.2020) showed signs of pulmonary embolism in the pulmonary trunk and lobar pulmonary arteries (RLL, LLL), and the same cavitary lesions some with *fungus ball*. Echocardiography in addition to the signs of *cor pulmonale* revealed the presence of an atrial septal defect (*ostium secundum*).

Conclusion: To identify a causal link between haemoptysis, pulmonary embolism and CPA could be challenging in a high burden TB county with low availability of the diagnostic tests proving pulmonary embolism and CPA diagnosis.

EVALUAREA RISCULUI DE DECES INTRASPITALICESC LA PACIENȚI CU COVID-19 AVÂND CONDIȚII MEDICALE PREEXISTENTE

Niculae Ion Nedelcu[1], Simin Aysel Florescu[1]

[1]Spitalul de Boli Infecţioase şi Tropicale „Dr. Victor Babeş”, Bucureşti, România

Obiectiv: Pe măsură ce se acumulează experiență cu noul coronavirus SARS-CoV-2, un val crecut de evidențe sustin faptul că, condițiile medicale preexistente, vârsta înaintată şi genul masculin sunt factori asociați cu evoluție nefavorabilă la pacienții spitalizați cu COVID-19.

Design: Studiu retrospectiv, monocentru, caz-martor 1:1, bazat pe 87 cazuri fatale de COVID-19 înregistrate între mijlocul lui martie şi sfârşitul lui iulie 2020 în spitalul nostru (vezi afiliere), unitate desemnată de guvern drept spital de linia I-a pentru managementul cazurilor de COVID-19. Variabilele pe baza cărora au fost alăturate perechile caz-martor au fost: vârsta (+/- 1 an) şi genul. Martorii au fost recrutați prin selecție aleatorie dintre supraviețuitorii din perioada de studio. Condițiile medicale preexistente analizate au fost: boala cronică renală (prevalența la cazuri: 23%), diabetul (39%), hipertensiune arterială (67%), obezitate (31%) şi BPOC (7%).

Rezultate: Asociații înalt semnificative (p< 0,001) între decesul în spital şi prezența de condiții medicale preexistente au fost găsite numai pentru boala renală cronică şi respectiv pentru bozitate dar nu pentru hipertensiune, diabet sau BPOC. Totuşi este de notat rezultatul analizei pentru BPOC care sugerează o puternică asociație cu evoluția fatală [(Odds ratio, match, ajustat: 6,00 (95% interval de incredere: 0,88 – 3,41)], dar statistic nesemnificativ (valoare p „Two tailed corrected”: 0,1336), datorită numărului redus de BPOC diagnosticate la lotul studiat.

Lecție învățată: Clinicienii ar trebui să abordeze cu atenție pacienții Covid -19 cu condiții medicale preexistente inclusiv BPOC.

ASSESSMENT OF THE RISK OF IN HOSPITAL FATAL OUTCOME IN COVID – 19 PATIENTS WITH PREEXISTING MEDICAL CONDITIONS

Niculae Ion Nedelcu[1], Simin Aysel Florescu[1]

[1] „Dr. Victor Babes" Hospital of Infectious and Tropical Diseases, Bucharest, Romania

Aim: As experience with the new coronavirus SARS-CoV-2 is accumulating an increasing body of evidences claims that preexisting medical conditions, older age and male gender are factors associated with poor outcome in patients hospitalized for COVID-19.

In this paper we report our results from an assessment of association between selected preexisting medical conditions and the risk of in hospital fatal outcome

Study design: Single center retrospective 1:1 case-control study based on 87 COVID-19 fatal cases registered between mid March and late July 2020 in our hospital, (see affiliation), unit designated by government as first line hospital for Covid-19 cases' management. Matched variables were: age (+/- 1 year) and gender. Matched controls were survivors from study period selected at random. Medical preexisting conditions analyzed were: chronic kidney disease (prevalence in cases group: 23%), diabetes (39%), hypertension (67%), obesity (31%) and COPD (7%).

Results: Highly significant associations ($p < 0.001$) between in hospital fatal outcome and preexisting medical conditions were found only for chronic kidney disease and obesity respective, but not for diabetes, hypertension or COPD. However we like to note the results for COPD that suggests a strong association with fatal outcome (Adjusted match Odds ratio: 6.00 95%CI (0.88 – 3.41), but not statistic significant (two tailed corrected p value: 0.1336) due to small number of diagnosed COPD in the cohort studied.

Lesson learned: Clinicians should pay close attention to patients with preexisting medical conditions including COPD.

CAMPANII DE CONȘTIENTIZARE PENTRU DEPISTAREA PRECOCE A BOLILOR OBSTRUCTIVE PULMONARE

Ramona Nedelcu[1], Roxana Nemeș[1], Ruxandra Ulmeanu[1], Florin Mihălțan[1]

[1]Institutul Național de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Scop: A evalua eficacitatea campaniilor de conștientizare organizate de Societatea Română de Pneumologie (SRP) cu ocazia zilelor mondiale ale astmului și BPOC.

Mesajele campaniei au fost: „Informează-te! Testează-te!”

Metode: Studiu retrospectiv pe persoane examinate prin spirometrie în ultimii 3 ani. Fiecare spirometrie a fost însoțită de un chestionar care abordează diferite probleme, cum ar fi: posibile simptome sugestive, factori de risc, teste anterioare ale funcției pulmonare, istoric de exacerbări, existența oricărei terapii inhalatorii.

Rezultate: Dintr-o cohortă de 2132 de persoane incluse în analiza noastră, bărbații au reprezentat 52% din ei. 67,5% cazuri care au experimentat spirometrie au fost simptomatice, chiar dacă au avut spirometrie normală. Simptomele au fost mai frecvente la persoanele cu status de fumat. În general, au fost detectate 30,3% disfuncții pulmonare.

Analiza chestionarului a relevat că 61,1% dintre pacienții diagnosticați cu boli pulmonare obstructive și-au tratat efectiv boala și doar 44,3% din cazuri au efectuat spirometrie în ultimele 6 luni. Un grup foarte mic (5,4%) se prezentase la camera de urgență în ultimul an din cauza agravării simptomelor pulmonare și prezenta limitarea activității zilnice, cauză a bolii pulmonare secundare.

Concluzii: Diagnosticul precoce și tratamentul acestor tulburări reprezintă o problemă majoră de sănătate, povara preconizată urmând să crească în deceniile următoare, în special datorită expunerii continue la factorii de risc, diagnosticului ratat sau întârziat, condițiilor sociale și economice.

Campaniile au fost utile pentru:

(1) identificarea subiecților cu limitare a debitului de aer,

(2) evaluarea legăturii dintre severitatea simptomelor respiratorii și valorile spirometriei.

(3) furnizarea informațiilor cu privire la factorii de risc și răspândirea gradului de conștientizare cu privire la boala pulmonară obstructive.

AWARENESS CAMPAIGNS FOR EARLY DETECTION OF OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE

Ramona Nedelcu[1], Roxana Nemes[1], Ruxandra Ulmeanu[1], Florin Mihaltan[1]

[1]„Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

Purpose: To evaluate efficacy of awareness campaigns organized by Romanian Society of Pneumology (SRP) on World Asthma and COPD Days.

The campaign messages were: „Inform yourself! Test yourself!"

Methods: Retrospective study of persons screened by spirometry in the last 3 years. Each spirometry was accompanied by questionnaire test that addresses different issues like: possible suggestive symptoms, risk factors, previous lung function tests, history of exacerbations, existence of any inhalatory therapy.

Results: From a cohort of 2132 persons included in our analysis, males represented 52% of them. 67.5% cases who experienced spirometry were symptomatic even if they had normal spirometry. The symptoms were more frequent in persons with smoking history. Overall there were detected 30.3% lung functions impairments.

Questionnaire analysis revealed that 61.1% patients diagnosed with obstructive lung disease had actually treated their disease and only 44.3% cases had performed spirometry in the last 6 months. A very small group (5.4%) had presented to the emergency room in the last year due to the worsening of pulmonary symptoms and had limitation of daily activity secondary lung disease.

Conclusions: Early diagnosis and treatment of these disorders represents a major health problem, its expected burden will increase in the coming decades, mostly due to continued exposure to risk factors, missed or delayed diagnosis, social and economical conditions.

The campaigns were usefully to:

(1) identify subjects with airflow limitation,

(2) assess the relationships between severity of respiratory symptoms and spirometry values.

(3) provide informations regarding risk factors and spread awareness about obstructive lung disease.

POATE APĂREA SINDROMUL DE APNEE ÎN SOMN LA PERSOANELE CU GREUTATE NORMALĂ?

Ramona Nedelcu[1], Florin Mihălțan[1]

[1]Institutul Național de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Obiectiv: Identificarea dacă apneea obstructivă în somn (OSA) poate afecta subiecții cu greutate normală (IMC <25 kg/m^2), precum și caracteristicile lor epidemiologice și răspunsul lor la terapia prescrisă.

Metodă: Studiu retrospectiv, observațional, al participanților cu greutate normală și suspiciune de OSA (indice de apnee-hipopnee> 5 evenimente/h somn), care s-au prezentat la laboratorul de somnologie din ianuarie 2010 până în decembrie 2019.

Rezultate: Am studiat 329 de pacienți cu vârsta medie = 51,5±16,1 ani (interval: 16-92), majoritatea fiind bărbați 65% (214/329). Caracteristicile demografice au fost: 83% (273) sforăitori, hipersomnolența medie pe timp de zi măsurată folosind scara Epworth = 6,4 puncte, circumferința gâtului = 37,6±4,6cm, circumferința taliei = 88,8±12,6cm. În ceea ce privește obiceiurile toxice: statusul de fumat (nefumători = 158 față de fumători = 171), 90,6%(298) nu au consumat alcool în mod regulat și doar 49 au folosit sedative. OSA a fost diagnosticată la 70% (229) subiecți cu greutate normală, iar severitatea OSA a fost în mare parte ușoară. Doar 8 cazuri au prezentat asocierea sindrom metabolic (SM)+OSA, deci nu a existat nicio relație între OSA și SM sau între malformațiile otorinolaringologice și OSA la pacienții cu greutate normală. 25,6%(65) pacienți cu greutate normală şi OSA au fost tratați cu terapie continuă cu presiune pozitivă a căilor respiratorii (CPAP). Este necesar să se stabilească dacă celelalte trăsături non-anatomice cheie sunt afectate sistematic la pacienții non-obezi cu OSA.

Concluzii: Pacienții non-obezi cu OSA sunt un grup dificil de tratat cu terapiile existente; acești pacienți sunt mai puțin aderenți și conformi cu terapia CPAP. Pentru a optimiza și dezvolta abordări terapeutice adaptate pentru pacienții non-obezi cu OSA, este necesară o mai bună înțelegere a cauzelor OSA în absența obezității.

CAN SLEEP APNEA SYNDROME APPEAR IN NORMAL WEIGHT PERSONS?

Ramona Nedelcu[1], Florin Mihaltan[1]

[1] „Marius Nasta" National Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

Objective: To identify if the obstructive sleep apnea (OSA) can affect subjects with normal weight (BMI<25kg/m^2), as well as their epidemiological characteristics and their response to prescribed therapy.

Method: Retrospective, observational study of participants with normal weight and suspected OSA (apnea-hypopnea index>5 events/h sleep) referred to the sleep laboratory from January 2010 to December 2019.

Results: We studied 329 patients with mean age=51.5±16.1years (range:16-92), most of them were men 65%(214/329). The demographic characteristics were: 83%(273) snorers, average daytime hypersomnolence measured using the Epworth scale was 6.4 points, neck circumference of 37.6±4.6cm, waist circumference of 88.8±12.6cm. With respect to toxic habits: smoking status (never smokers=158 versus smokers=171), 90.6%(298) did not drink alcohol regularly and only 49 used of sedatives. OSA was diagnosed in 70%(229) subjects with normal weight and the severity of OSA was mostly mild. Only 8 cases had OSA+Metabolic Syndrome (MS), so there was no relationship between OSA and MS, or between otorhinolaryngological malformations and OSA in normal weight patients. 25.6%(65) normal weight patients with OSA were treated with continuous positive airway pressure (CPAP) therapy. There is a need to determine, if the other key non-anatomical traits are systematically impaired in non-obese patients with OSA.

Conclusions: Non-obese patients with OSA are a challenging group to treat with existing therapies; these patients are less adherent and compliant with CPAP therapy. In order to optimize and develop tailored therapeutic approaches for non-obese patients with OSA, improved understanding of the causes of OSA in the absence of obesity is required.

TB ÎN TIMPUL PANDEMIEI COVID-19 - ÎI MAI PASĂ CUIVA?

Ramona Elena Nedelcu[1], Nicoleta Cioran[1], Beatrice Mahler[1], Ioana Munteanu[1]

[1]Național de Pneumologie „Marius Nasta", București, România

Introducere: În prezent pandemia COVID-19 a depășit orice altă problemă de sănătate din întreaga lume. Tuberculoza rămâne o urgență globală de sănătate și are nevoie de atenția noastră mai mult ca oricând, având în vedere că resursele semnificative sunt acum direcționate către managementul infecției COVID-19.

Scop: a analiza caracteristicile demografice și clinice ale pacienților cu TB depistați cu COVID-19 de la începutul situației pandemice.

Metode: Screening printr-o analiză RT-PCR a pacienților cu simptome TB și COVID-19.

Rezultate: Au fost raportate doar 10 cazuri cu ambele co-infecții (TB+COVID-19). Datele au fost extrase din Registrul național electronic de TB. Caracteristicile demografice au fost: raportul pe sexe ♀/♂=1:10; vârsta medie=53,3 ani (interval: 29-75), 7 persoane reprezintă cazuri noi, raport urban/rural=1:1. La diagnostic, 6 cazuri au prezentat forme TB severe: cavități și pneumonie cazeoasă extinsă, 2 cazuri au prezentat TB extrapulmonară (tuberculoză renală și ganglionară). Dintre cei testați pentru infecția cu HIV, doar un caz a fost găsit pozitiv și a început tratamentul antiretroviral. Starea socială, comorbiditățile și forma severă de TB au contribuit la prognosticul nefavorabil și la deces în acest caz.

Concluzii: În timpul pandemiei COVID, în mod clar TB nu a dispărut, simptomele TB și COVID-19 pot fi similare, de exemplu tusea și febra. Acest lucru nu numai că poate crea confuzii diagnostice, dar ar putea agrava stigmatizarea pacienților cu TB.

A fi diagnosticat cu COVID-19 nu exclude TB subiacentă. Prezentarea clinică a formelor de TB pulmonară pot fi diferite, totuși interacțiunile importante dintre cele două boli pot fi anticipate și trebuie înțelese.

TB DURING COVID 19 PANDEMIC - DOES ANYONE STILL CARE?

Ramona Elena Nedelcu[1], Nicoleta Cioran[1], Beatrice Mahler[1], Ioana Munteanu[1]

[1]„Marius Nasta" National Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

Introduction: The COVID-19 pandemic has currently overtaken every other health issue throughout the world. Tuberculosis remains a global health emergency and needs our attention more than ever, given that significant resources are now being diverted to COVID-19 management.

Purpose: To analyzed the demographic and clinical characteristics of TB patients diagnosed with COVID-19 from the beginning of the pandemic situation.

Methods: Screening by a real-time fluorescence polymerase chain reaction assay of patients with TB and COVID-19 symptoms.

Results: There have been reported only 10 cases with both co-infection (TB+COVID-19). The date have been extracted from electronic National TB Register. The demographic characteristics were: gender ratio ♀/♂=1:10; mean age=53.3 years (range:29-75), 7 persons represent new cases, urban/rural ratio=1:1. As diagnostic, 6 cases had severe TB forms: cavitations and extensive cazeous pneumonia, 2 cases had extrapulmonary TB (renal and lymph nodes tuberculosis). From those tested for HIV infection, only one case have been found positive and started on antiretroviral therapy. Social condition, comorbidities and severe form of TB have contributed to unfavorable prognosis and death in this case.

Conclusions: In COVID pandemic time, clearly TB has not disappeared, the symptoms of TB and COVID-19 can be similar, with for example cough and fever. Not only can this create diagnostic confusion, but it could worsen the stigmatization of TB patients.

To be diagnosed with COVID-19 does not exclude underlying TB. The clinical presentation of lung disease in TB can be different, yet important interactions between the two diseases can be anticipated and need to be understood.

SINDROM OVERLAP (BPOC + ASTM BRONȘIC) – CORELAȚII CU FENOTIPUL EXACERBATOR

Adelina Neiconi[1], Alexandra. Lehocz[1], Nicoleta Bertici[1], Rodica Potre-Oncu[1], Ludmila Pîslaru[1], Larisa Dobrescu[1], Carla Glăvan[1], Izabela Lucica Chino[1], Ioana Țineghe[1], Ștefan Mihăicuță[1]

[1]Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș”, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Obiective: Analiza parametrilor antropometrici, paraclinici și comorbidităților la pacienții diagnosticați cu BPOC și AB fără exacebări vs. pacienții diagnosticați cu BPOC și AB cu exacebări.

Material și metode: Un număr de 1438 de pacienți diagnosticați cu BPOC și AB cu/fără exacebări în intervalul 2014-2020 au fost înrolați în studiu. Aceștia au fost împărțiți în două loturi: BPOC și AB fără exacerbări-586 pacienți; BPOC și AB cu exacerbări-852 de pacienți. S-a făcut o analiză statistică a parametrilor analizați în cele 2 loturi.

Rezultate: Vârstă (0,097 vs. 0,134), Sex (P <0,001 vs. P <0,001), IMC (P <0,001 vs. P <0,001), Intensitate tabagism (PA) (0,43 vs. 0,26), Durată tabagism (0,178 vs. 0,136), Stare fumat (0,15 vs. 0,11), CVF (P <0,001 vs P <0,001), CVF (%) (P <0,001 vs. P <0,001), VEMS (P <0,001 vs. P <0,001), VEMS (%) (P <0,001 vs. P <0,001), IPB (0,008 vs. 0,003), CAT (0,002 vs. P <0,001), MRC (0,001 vs. P <0,001), insuficiență cardiacă cronică (P <0,001 vs. P <0,001), cardiopatie ischemică cronică (0,078 vs. 0,176), aritmii (0,102 vs. 0,095), hipertensiune arterială (0,091 vs. 0,070), dislipidemie (0,005 vs. 0,009), diabet zaharat (0,742 vs. 0,656), debutul bolii (0,043 vs. 0,038).

Concluzii: Pacienții cu BPOC și AB cu exacerbări prezintă o severitate semnificativă în ceea ce privește parametrii antropometrici, paraclinici și comorbidități, cu excepția diabetului zaharat. Nu există diferențe majore în privința vârstei între cele două loturi de pacienți.

OVERLAP SYNDROME (COPD + ASTHMA)- CORRELATIONS WITH EXACERBATION PHENOTYPES

Adelina Neiconi[1], Alexandra. Lehocz[1], Nicoleta Bertici[1], Rodica Potre-Oncu[1], Ludmila Pislaru[1], Larisa Dobrescu[1], Carla Glavan[1], Izabela Lucica Chino[1], Ioana Tineghe[1], Stefan Mihaicuta[1]

[1] „Dr. Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtysiology, „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Objective: exacerbation phenotype analysis in patients with overlap syndrome - chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma.

Material and methods: 1438 consecutive patients with COPD and Asthma were enrolled, divided into two groups: overlap without exacerbations versus overlap with exacerbation. A statistical analysis was made for anthropometric, functional and comorbidities parameters.

Results: COPD and Asthma without exacerbations- 586 patients; COPD and Asthma with exacerbations- 852 patients, Age (63.52 ± 9.62 vs. 64.32 ± 9.96, p= 0.097), Sex (76.8% males vs. 73.9%, p <0.001), BMI (29.62 vs.28.05, p <0.001), smoking pack-year (30.93 ± 12.57 vs. 32.53 ± 13.73, p= 0.43), smoking onset (0.178 vs. 0.136, P=0.132), smoking (0.15 vs. 0.11), FVC (2.97 vs. 2.61, p <0.001), FEV1 (1.84 vs. 1.58, p<0.001), IPB (61.8 vs. 60.5 , p=0.008), CAT (22.36 vs. 25.16, p=0.002), MRC (2.59vs. 2.75, p=0.001), no exacerbation 586 (40.8%), one exacerbation 759 (52.8%), 2 exacerbation 73 (5.1%), 3 exacerbation 20 (1.4%). Comorbidities: heart failure (17.1 vs. 26.4, p<0.001), coronary artery disease (65.7 vs. 62.2, p=0.078), arrhythmia (8.9 vs. 11.6, p=0.102), sytemic hipertension (71.6 vs. 72.3, p=0.091), dyslipidemia (53.8 vs. 46.6, p=0.005), diabetes (8.4 vs. 9.0, p=0.742), disease onset (2.36 years ± 3.62 vs. 1.96 ± 3.57, p=0.043).

Conclusions: Patients with COPD and asthma are significant more severe in terms of anthropometric, paraclinic parameters and comorbidities, with the exception of diabetes. There are no major differences regarding age between the two groups of patients.

SINDROMUL DE APNEE ÎN SOMN LA PACIENȚII CU BRONHOPNEUMOPATIE OBSTRUCTIVĂ CRONICĂ ȘI OBEZITATE

Adelina Neiconi[1], Alexandra. Lehocz[1], Nicoleta Bertici[1], Rodica Potre-Oncu[1], Ludmila Pîslaru[1], Larisa Dobrescu[1], Carla Glăvan[1], Izabela Lucica Chino[1], Ioana Țineghe[1], Ștefan Mihăicuță[1]

[1]Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș”, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Obiectivul lucrării: Obiectivul acestui studiu este analiza parametrilor antropometrici, polisomnografici și comorbidităților la pacienții cu Sindrom de apnee în somn (SAS) vs. SAS și bronhopneumopatie cronică obstructivă (BPOC), vs. SAS, BPOC și obezitate.

Material și metode: Lucrarea include un studiu descriptiv, retrospectiv, în care au fost înrolați un număr de 2644 de pacienți diagnosticați cu SAS în intervalul 2005-2019. Aceștia au fost împărțiti în 3 loturi în funcție de comorbiditățile asociate: doar SAS-2112 pacienți;, SAS și BPOC-116 pacienți; SAS, BPOC și obezitate-416 pacienți. S-a făcut o analiză statistică a tuturor parametrilor analizați în cele 3 loturi de pacienti.

Rezultate: Bărbați vs. femei (p< 0,01; p=0,022; p<0,01), vârsta 51,80±13,08 vs. 56,50±14,35 vs. 56,23±10,39 (p<0,01;p=0,001;p<0,01), IMC (p< 0,01;p<0,01;p<0,01), grad obezitate (p<0,01;p<0,01;p<0,01), tabagism (p<0,01; p=0,055;p< 0,01), PA 17,28± 5,88 vs. 27,84±17,43 vs. 30,92± 9,69 (p<0,01;p=0,001;p<0,01), index apnee-hipopnee (p=0,001;p<0,01;p<0,01), circumferința gâtului (42,74±5,08 cm vs. 40,57±3,97cm vs. 45,90±4,92 cm) (p<0,01;p<0,01;p<0,01), saturația medie (p<0,01;p=0,123;p<0,01), index desaturare (p<0,01;p<0,01;p<0,01), saturație oxigen minimă, (p<0,01;p=0,024;p<0,01), boală coronariană 30,1% vs. 38,8% vs. 47,8%; p<0,01;p =0,195;p<0,01), insuficiență cardiacă cronică (24,8% vs.29,3% vs. 44,5%;p<0,01;p=0,760;p<0,01), aritmii 22,8% vs. 23,3% vs. 32,2; p<0,01;p=0,796;p<0,01), accident vascular cerebral 4,4% vs. 5,2% vs. 5,8%; p=0,208;p=0,770;p=0,221), diabet zaharat 32,7% vs. 55,8% vs. 67,3%; p=0,252;p=0,007;p=0,794), hipertensiune arterială 67,3% vs. 70,7% vs. 80,5%; p<0,01;p=0,786;p<0,01), grad hipertensiune (p=0,001;p=0,247;p=0,003), vechime hipertensiune (p=0,131;p=0,039;p=0,006)

Concluzii: Pacienții cu SAS, BPOC și obezitate prezintă o severitate semnificativă în ceea ce privește parametrii antropometrici, polisomnografici și comorbidități, cu excepția AVC-ului și diabetului zaharat. Obezitatea înrăutățește și mai mult starea pacienților cu SAS și BPOC.

SLEEP APNEA SYNDROME IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND OBESITY

Adelina Neiconi[1], Alexandra. Lehocz[1], Nicoleta Bertici[1], Rodica Potre-Oncu[1], Ludmila Pislaru[1], Larisa Dobrescu[1], Carla Glavan[1], Izabela Lucica Chino[1], Ioana Tineghe[1], Stefan Mihaicuta[1]

[1] „Dr. Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtysiology, „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Objective: The aim is the analysis of anthropometric, polysomnographic and comorbidity parameters in patients with obstructive sleep apnea (SAS) vs. SAS and chronic obstructive pulmonary disease (COPD), vs. SAS, COPD and obesity.

Material and methods: A number of 2644 consecutive patients with SAS between 2010 and 2019 were enrolled. They were divided into 3 groups according to the associated comorbidities: only SAS - 2112 pts. (79,9%); SAS and COPD- 116 pts. (4,4%); SAS, COPD and obesity- 416 pts.(15,7%). A statistical analysis was made for all parameters.

Results: Male vs. female ($p< 0.01$; $p=0.022$; $p<0.01$), age 51.80±13.08 vs. 56.50±14.35vs. 56.23±10.39($p<0.01$;$p=0.001$;$p<0.01$), body mass index ($p< 0.01$;$p<0.01$;$p<0.01$), obesity grade ($p<0.01$;$p<0.01$;$p<0.01$), smoking ($p<0.01$; $p=0.055$;$p< 0.01$), PA17.28± 5.88 vs. 27.84±17.43 vs. 30.92± 9.69 ($p<0.01$;$p=0.001$;$p<0.01$), apnea hypopnea index ($p=0.001$;$p<0.01$;$p<0.01$), neck circumference(42.74±5.08 cm vs. 40.57±3.97cm vs. 45.90±4.92 cm) ($p<0.01$;$p<0.01$;$p<0.01$), mean saturation ($p<0.01$;$p=0.123$;$p<0.01$), desaturation index ($p<0.01$;$p<0.01$;$p<0.01$), lowest desaturation, ($p<0.01$;$p=0.024$;$p<0.01$), coronary artery disease 30.1% vs. 38.8% vs. 47.8%; $p<0.01$;$p =0.195$;$p<0.01$), heart failure (24.8% vs.29.3% vs. 44.5%;$p<0.01$;$p=0.760$;$p<0.01$), arrhythmia 22.8% vs. 23.3% vs. 32.2; $p<0.01$;$p=0.796$;$p<0.01$), stroke 4.4% vs. 5.2% vs. 5.8%; $p=0.208$;$p=0.770$;$p=0.221$), diabetes 32.7% vs. 55.8% vs. 67.3%; $p=0.252$;$p=0.007$;$p=0.794$), systemic hypertension 67.3% vs. 70.7% vs. 80.5%; $p<0.01$;$p=0.786$;$p<0.01$), hypertension grade ($p=0.001$;$p=0.247$;$p=0.003$), hypertension onset ($p=0.131$;$p=0.039$;$p=0.006$)

Conclusions: Patients with SAS, COPD and obesity are significant more severe in terms of anthropometric, polysomnographic and comorbidities, with the exception of stroke and diabetes. Obesity adds more burdens in patients with SAS and COPD.

TUBERCULOZA EXTRAPULMONARĂ ASOCIATĂ NEOPLASMULUI RECTAL

Loredana Nincu[1], Dorin Vancea[1]

[1]Spitalul Clinic de Boli Infecţioase şi Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeş”, Timişoara, România

Introducere: Tuberculoza de tract intestinal este caracterizată printr-o inflamație și fibroză a peretelui intestinal, având o incidență de 20% la pacienții imunodeprimați. Diagnosticul acestei patologii este dificil, datorită simptomatologiei nespecifice.

Prezentarea cazului: Pacientă în vârstă de 56 de ani, nefumătoare, fără antecedente pulmonare patologice, se prezintă în Serviciul de Urgență acuzând rectoragii şi dureri perianale. Se investighează ulterior într-un centru medical privat prin Secția de Gastroenterologie şi este diagnosticată cu adenocarcinom rectal superior cu recomandarea intervenției chirurgicale. În urma examenului histopatologic, se decelează un proces inflamator granulomatos ridicând suspiciunea asocierii unei tuberculoze intestinale. Pacienta este redirecționată către Clinica de Pneumoftiziologie unde se efectuează un Computer tomograf de torace, care evidențiază o leziune pulmonară escavată cu aspect de cavernă, cu leziuni micro şi macronodulare localizat în lobul inferior stâng. Examenul micobacteriologic din spută confirmă diagnosticul de tuberculoză pulmonară, iar GeneXpert-ul detectează rezistență la Izoniazidă. Se inițiază tratamentul antituberculos având o evoluție favorabilă, cu remiterea simptomatologiei.

Discuții şi concluzii: Particularitatea acestui caz este asocierea neoplasmului rectal cu tuberculoza pulmonară şi extrapulmonară. Diagnosticarea tardivă a patologiei (nu s-a efectuat radiografie toracică preoperator). Rezistența la Izoniazidă.

EXTRAPULMONARY TUBERCULOSIS ASSOCIATED WITH RECTAL NEOPLASM

Loredana Nincu[1], Dorin Vancea[1]

[1]„Dr. Victor Babes" Clinical Hospital for Infectious Diseases and Pneumophtysiology, Timisoara, Romania

Introduction: Intestinal tract tuberculosis is characterized by inflammation and fibrosis of the intestinal wall, having an incidence of 20% in immunocopromised patients. The diagnosis of this pathology is difficult, due to the non-specific symptomatology.

Case presentation: A 56 year-old woman, non-smoking, without personal pathological history, presents to the Emergency Service, accusing rectorrhagia and perianal pain. She is going to investigated herself in a private medical center, due Department of Gastroenterology and being diagnosed with superior rectal adenocarcinoma with the recommendation of surgical intervention. Following histopathological examination, a granulomatous inflammatory process is detected, raising the suspicion of the association of an intestinal tuberculosis. The patient is redirected to the Clinicof Pneumophtysiology where a chest CT scan is performed, which highlights a cavitation lung lesion, with micro and macronodular lesions, in lower left lobe. Mycobacteriological examination of the sputum confirms the diagnosis of pulmonary tuberculosis and the GeneXpert test detects Isoniazid resistance. The antituberculosis treatment is initiated having a favorable evolution, with the remission of the symptomatology.

Discussions and conclusions: The peculiarity of this case is the association of the rectal neoplasm with pulmonary and extrapulmonary tuberculosis. Late diagnosis of the pathology (no preoperative chest radiography was performed). Isoniazid resistance.

TEHNICI MINIM INVAZIVE PENTRU TRATAREA SINDROMULUI DE APNEE OBSTRUCTIVĂ ÎN SOMN – CLINICA NOVA EXPLORĂRI ORL

Irina Doinița Oașă[1,2], Monica Spânu[1], Ioana Vodă[1], Bogdan Popescu[1,2,3]

[1] Clinica Nova Explorări ORL, București, România
[2] Spitalul Clinic Colțea, București, România
[3] Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București, România

Introducere: Sindromul de apnee în somn reprezintă o condiție cronică comună în populația generală ce se caracterizează prin episoade repetitive de apnee și hipopnee în timpul somnului. Tulburările respiratorii în somn constituie afecțiuni cu prevalență crescută și cu impact semnificativ asupra calității vieții și morbidității în rândul populației generale.

Material și metode: Indicațiile se aplică copiilor compliant cu vârsta de peste 12 ani, adulților cu comorbidități care nu permit anestezie generală, adulților care nu consimt la anestezie generală cu intubație orotraheală, pacienților ce nu tolerează masca și presiuni pozitive crescute. O altă categorie căreia ne adresăm sunt vârstnicii.

Astfel, prin tehnicile minim invazive efectuate în clinica tratăm ronhopatii, SASO ușor și mediu, precum și SASO sever cu CPAP, BiPAP. Tehnicile minim-invazive pe care le practicăm, cu o rată de succes de peste 90% sunt reducția cornetelor nazale, uvulo-velo-plastie, uvulectomie parțiala, criptoliza amigdaliană, reducția amigdalelor, precum și reducția bazei de limbă. Tehnicile includ anestezie locală cu spray lidocaină 10% cu sau fără infiltrație cu xilină, bupivacaină sub controlul TA, AV, pulsoximetriei. Se utilizează instrumente care vaporizează apa din țesut la 4 MHz.

Concluzii: Procedurile au o durată scurtă de circa 15 minute, fără sau cu sângerare minimă, recuperarea este rapidă în circa 5-10 zile iar activitățile socio-profesionale se pot relua la 24 de ore postoperator.

Urmărirea postoperatorie include 2 controale de etapă în ziua a 2-a și a 10-a. Tehnicile folosite au o eficiență crescută pe termen mediu și lung (până la 3-5 ani), iar calitatea vieții pacienților este îmbunătățită considerabil.

MINIMAL INVASIVE TECHNIQUES FOR TREATING OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME – ENT EXPLORATION NOVA CLINIC

Irina Doinita Oasa[1,2], Monica Spanu[1], Ioana Voda[1], Bogdan Popescu[1,2,3]

[1] Nova Clinic of ENT Exploration, Bucharest, Romania
[2] Coltea Clinical Hospital, Bucharest, Romania
[3] „Carol Davila"University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Introduction: Obstructive sleep apnea syndrome is a chronic condition found in general population characterized by repetitive apnea and hypopnea episodes during sleep. Sleep respiratory distress has increased prevalence and with a significant impact on the quality of life and morbidity for general population.

Materials and method: Indications apply to compliant over 12 years of age children, adults with morbidities that can't permit general anesthesia, adults that do not consent for general anesthesia with oro-tracheal intubation, patients that do not tolerate mask and high positive pressure. Another category that we address is elderly individuals.

By minimal invasive techniques performed in our clinic we treat snoring, light and mild OSAS and severe OSAS with CPAP, BiPAP. Success rate is of over 90% and includes turbinates reduction, uvulo-velo-plasty, partial uvulectomy, tonsil criptolisis and reduction and reduction of the base of the tongue. Techniques include local anesthetic with 10% lidocaine spray with or without xiline or bupivacaine infiltration under blood pressure, pulse rate and pulsoximetry comtrol. We use instruments that vaporize water from the tissue at 4 MHz.

Conclusions: These procedures last for about 15 minutes, with minimal bleeding. Recovery is fast in about 5 to 10 days and social and professional activities can be resumed in 24 hours after intervention. Follow-up includes 2nd and 10th day check-up. These techniques are highly effective on medium and long term (up to 3-5 years) and the quality of life is considerably improved.

ASPERGILOZA PULMONARĂ, ÎNTRE TUBERCULOZĂ ȘI CANCER

Cristian Paleru[1], Luminița Amărănducăi[2], Diana Leonte[3], Mihaela Codresi[4], Constantin Huminiuc[1]

[1]Secția de Chirurgie Toracică, Institutul Național de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România
[2] Secția de Chirurgie Toracică, Spitalul de Pneumoftiziologie, Iași, România
[3]Secția de Anatomopatologie, Institutul Național de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”, București, România
[4] Secția de Chirurgie Toracică, Spitalul Sanador, București, România

Imaginile care descriu o cavitate în lobul superior sunt asociate cu tuberculoza. Prezența aspergillusului susține acest diagnostic. De asemenea, există cazuri de cancer în lobul superior excavat și populat cu aspergillus.

Vă prezentăm un caz al unei femei de 50 de ani, fumătoare de 30 de ani. Ea prezenta hemoptizie de 3 luni înainte de o consultație de chirurgie toracică. În acel moment, ea era deja supusă tratamentului pentru tuberculoză, dar fără dovezi bacteriologice. Fibrobronhoscopia a fost normală. Filamente de aspergillus au fost descoperite în spută. Două evaluări imagistice prin scanare CT ne-au arătat o opacitate de ¾ cm în lobul superior care era centrată de o cavitate de 2 cm.Imaginea susținea presupusa contaminare cu aspergilus. Testele biologice preoperatorii și valorile respiratorii erau normale.

Diagnosticul presupus pentru această pacientă a fost de tuberculoză fibrocavitară cu colonizare cu aspergillus, localizată în lobul superior drept. Deoarece nu s-a găsit nicio altă localizare, s-a decis tratamentul chirurgical: lobectomie superioară dreaptă, fără limfadenectomie.

Prin toracotomie dreaptă am efectuat reconstrucția fisurii pulmonare și apoi lobectomia superioară dreaptă, dar a fost efectuată limfadenectomia mediastinală presupunându-se aspergiloza și tuberculoza.

Examinarea extemporaneum nu a fost disponibilă sau solicitată. Cursul postoperator a fost lipsit de evenimente. Examenul histopatologic final a decis diagnosticul de: adenocarcinom de origine pulmonară T3 N0 / x M0.

Mimarea imagistică și clinică a tuberculozei combinată cu aspergiloza a indus în eroare atât pneumologul cât și chirurgul în ceea ce privește timpul operației și rezecția mediastinală. De asemenea, este demonstrată importanța examenului histopatologic extemporaneum.

PULMONARY ASPERGILLOSIS, BETWEEN TUBERCULOSIS AND CANCER

Cristian Paleru[1], Luminita Amaranducai[2], Diana Leonte[3], Mihaela Codresi[4], Constantin Huminiuc[1]

[1]Department of Thoracic Surgery, „Marius Nasta" National Institute of Pneumophtysiology, Bucharest, Romania
[2]Department of Thoracic Surgery, Hospital of Pneumophtysiology, Iasi, Romania
[3]Department of Anatomo-Pathology, „Marius Nasta" National Institute of Pneumophtysiology, Bucharest, Romania
[4]Department of Thoracic Surgery, Sanador Hospital, Bucharest, Romania

Images that depict a cavity in the upper lobe are associated with tuberculosis. The presence of aspergillus strengthens this diagnosis. Also, there are cases of NSCLC in the upper lobe excavated and populated with aspergillus.

We present a case of a 50 years old woman, who was a smoker 30 p/y. She presented hemoptysis for 3 months before a thoracic surgery consultation. At that time she was already submitted to tuberculosis treatment without bacteriological proof. Fibro bronchoscopy was normal. Filaments of aspergillus were discovered in the sputum. Two imagistic evaluations by CT scan showed us a ¾ cm opacity in the upper lobe which was centered by a cavity of 2 cm with images supporting the supposition of aspergillus contamination. Biological preoperative tests and respiratory values were normal.

The supposed diagnosis for this patient was the fibrotic tuberculosis cavity with aspergillus colonization, localized in the upper right lobe. Since no other localization was found, the surgical treatment was decided: upper right lobectomy without lymphadenectomy.

We performed through right thoracotomy: fissure reconstruction followed by an upper right lobectomy, but lymphadenectomy was performed in mediastinum as aspergillus and tuberculosis were supposed.

The extemporaneous examination was not available or demanded. The postoperative course was uneventful. The final histopathological examination decided: adenocarcinoma of pulmonary origin T3 N0/x M0.

Imagistic and clinic mimic of tuberculosis and aspergillosis misled the pneumologist and the surgeon regarding the time of the operation and the mediastinal resection. It also shows the importance of the histopathology extemporaneous examination.

BIOPSIA PULMONARĂ PERCUTANĂ ECOGHIDATĂ- PROCEDURĂ SIGURĂ DE DIAGNOSTIC ÎN CONTEXTUL PANDEMIEI COVID-19

Adriana Parau[1]

[1]Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie „Leon Daniello”, Cluj-Napoca, România

Avantajul introducerii ecografiei în practica pneumologică devine tot mai evident pe măsura ce medicii se familiarizează cu această metodă.

În contextul ecografiei intervenționale, biopsia pulmonară percutană ecoghidată (BPPEG) reprezintă o șansă în plus pentru stabilirea etiologiei afecțiunilor pulmonare periferice, în special pentru diagnosticul histopatologic (HP) al cancerului pulmonar.

Pornind de la cazul unui pacient greu mobilizabil, la care BPPEG s-a efectuat cu succes „la pat “, lucrarea prezintă rezultatele autoarei, pe parcursul primului an de practicare a metodei, pe pacienți internați în spital, fiind şi prima prezentare de acest fel, a unui pneumolog intervenționist din România.

Dintre cei 65 pacienți investigați, 58 (89,2%) au fost neoplazii, 7 (10,8%) fiind procese inflamatorii.

Pacienții au fost selectați pe baza unui examen CT toracic preliminar. S-au folosit pistoale pentru biopsie de unică folosință cu ace de 16G şi metoda „free hand”. În 83,3 % din cazuri s-au prelevat 2 eşantioane bioptice.

Gradul de confirmare HP a fost – 87,7 % în general, iar pentru neoplasme – 86,2 % .

Complicații au apărut în 7.6% din cazuri: hemoptizia -3 cazuri, durere, sau stare prelipotimică tranzitorie- în câte un caz şi nu au necesitat intervenții speciale.

Pe baza datelor din literatură şi a experienței personale, opiniem ca BPPEG oferă acuratețe diagnostică, cu un confort semnificativ pentru pacient.

Comparativ cu celelalte metode invazive de diagnostic în neoplasmul bronhopulmonar, BPPEG prezintă avantaje evidente privind accesul la metodă, costurile aferente, condițiile de asepsie şi antisepsie necesare, riscul procedural şi epidemiologic.

PERCUTANEOUS ULTRASOUND-GUIDED BIOPSY – A SAFE DIAGNOSTIC PROCEDURE DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Adriana Parau[1]

[1]„Leon Daniello" Clinical Hospital of Pneumophtysiology, Cluj-Napoca, Romania

The benefit of introducing ultrasound into pulmonology becomes more and more evident as physicians become familiar with this method.

As an interventional ultrasound procedure, percutaneous ultrasound-guided lung biopsy (PUSLB) is an additional chance to confirm the etiology of peripheral lung diseases, especially for the pathological diagnosis (HP) in lung cancer.

Starting from a difficult to mobilize patient, in whom PUSLB was bed side successfully performed, the paper presents the author's results, in the first year of practicing the method, in hospitalized patients

It is also the first presentation of this kind by an interventional pulmonologist in Romania.

We investigated 65 patients, 58 (89.2%) with neoplasms and 7 (10.8%) with inflammatory processes.

All patients had a preliminary chest CT scan. Single use biopsy guns with 16G needles were used, and the „free hand" method was performed. In 83.3% of cases, 2 biopsy samples were taken.

The overall degree of confirmation of HP was 87.7% and 86.2% for neoplasms.

Complications occurred in 7.6% of cases and were mild: hemoptysis -3 cases, pain, or transient fainting sensation- one case each.

Based on literature data and personal experience, we appreciate that PUSLB provides a diagnostic accuracy with significant patient comfort.

Compared to other invasive diagnostic methods in lung cancer, PUSLB has obvious advantages in terms of access to the method, related costs, necessary asepsis and antisepsis conditions, procedural and epidemiological risk.

AFECTAREA HEPATICĂ ÎN CADRUL TRATAMENTULUI INFECȚIEI COVID-19

Viorica Pîșlan[1,2], Iulia Cioroiu[1,2], Elena Danteș[1,2]

[1]Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie, Constanța, România
[2]Facultatea de Medicină „Ovidius", Constanța, România

Conform Protocolului de tratament al infecției cu virusul SARS-CoV-2 elaborat de OMS, s-a recomandat, ca și variantă terapeutică, asocierea a două dicamente antivirale, alese în funcție de disponibilitatea lor, precum și de statusul pacientului.

Lopinavir/Ritonavir și Hidroxiclorochina, diponibile în spital pentru tratamentul cazurilor ușoare și moderate, pot prezenta reacții adverse asupra funcției hepatice. Prezentul studiu are ca scop urmărirea în dinamică a valorilor transaminazelor, din momentul internării până la încheierea tratamentului, a unui număr de 50 pacienți confirmați cu infecție SARS CoV2, formă moderată.

Au fost identificați pacienții internați în cadrul spitalului Clinic de Pneumoftiziologie Constanța, într-o perioadă de 2 luni, care au primit unul sau ambele medicamente, conform formei de severitate a bolii, dar și a comorbidităților prezentate.

În cadrul studiului au fost urmăriți un număr de 50 pacienți, cu vârste cuprinse între 29-73 ani. Din cei 50 pacienți, 35 au prezentat creșteri ale valorilor TGP, 23 ale TGO, iar 23 atât ale TGO, cât și TGP. Valoarea medie a TGO a crescut de la 29,5 la 42,6 mg/dl, iar pentru TGP de la 35,92 la 68,44 mg/dl. Din cei 23 pacienți cu citoliză hepatică, 5 pacienți au primit Hidroxiclorochină, 5 pacienți Lopinavir/Ritonavir și 13 pacienți ambele medicamente.

În concluzie, asocierea Lopinavir/Ritonavir cu Hidroxiclorochina a crescut incidența afectării hepatice la bolnavii COVID. Terapia hepatoprotectoare ar trebui adaugată în special la pacienții cu risc.

THE ANALYSIS OF LIVER DAMAGE CAUSED DURING THE TREATMENT OF COVID-19 INFECTION

Viorica Pislan[1,2], Iulia Cioroiu[1,2], Elena Dantes[1,2]

[1]Clinical Hospital of Pneumonology, Constanta, Romania
[2]Faculty of Medicine, „Ovidius" University, Constanta, Romania

In accordance with the SARS-COV-2 Virus Infection Treatment Protocol, established by the World Health Organization, the association of two types of medication was recommended, that would be chosen based on their availability and on the patient's status. Lopinavir/ Ritonavir and Hydroxychloroquine, being available in hospitals for use on mild and moderate cases, may present adverse reactions for the liver function.

The purpose of this study is to follow the changes of the values of transaminases from the patient's hospitalization to the end of the treatment.

50 SARS-COV-2 cases were analyzed through the course of two months, as patients suffering from moderate forms of disease were hospitalized at the Constanta Clinical Hosspital of Pneumology and received either one or both types of the before mentioned medication, in accordance with the disease severity or the comorbidities that they presented.

The patients ranged in age from 29 to 73. 35 out of 50 of them presented an increase in the values of TGP, 23 in TGO, as well as in TGP. The average value of TGO was increased from 29.5 to 42.6 mg/dl and for TGP from 35.92 to 68.44 mg/dl.

Out of the 23 patients that presented hepatic cytolysis, 5 of them received Hydroxychloroquine treatment, 5 of them were given Lopinavir /Ritonavir while the rest of the 13 patients received both types of medication.

In conclusion, the association of the two types of medication increased the liver damage for the COVID patients and thus, hepatoprotective therapy should be added, especially for the severe cases.

MICETOMUL ÎN PRACTICA CLINICĂ, ÎNTRE PREDICTIBILITATE ŞI DIVERSITATE

Ludmila Pîslaru[1], Larisa Dobrescu[1], Carla Glăvan[1], Nicoleta Bertici[2]

[1]Clinica de Pneumologie II, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Victor Babeș”, Timișoara, România
[2]Departamentul de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Introducere: Suprainfecția cu fungi în tuberculoza (TBC) cavitară este o complicație rară (incidența 11-17%), iar confirmarea diagnosticului durează (1-30 de ani).

Metodă: Am evaluat retrospectiv evoluția pacienților cu micetom din evidența noastră în perioada 2012-2020.

Rezultate: Am identificat 4 pacienți de sex masculin. Primul caz: la 31 de ani tratat pentru TBC cavitară, diagnosticat 12 ani mai târziu cu aspergilom, tratat cu antifungic 3 luni şi ulterior operat, cu o evoluție foarte bună (în prezent doar disfuncție restrictivă uşoară). Al doilea caz: la 46 de ani, diagnosticat cu TBC și hepatită cronică VHC, confirmat cu aspergilom bilateral 7 ani mai târziu (intervenția chirurgicală imposibilă, intoleranță la itraconazol - decedat după 6 luni). Al treilea caz: la 25 de ani confirmat cu TBC şi două recidive, diagnosticat după 11 ani cu plămân stâng distrus, micetom şi empiem; a refuzat inițial operația (în prezent discutabilă/ riscantă). Al patrulea caz: 63 de ani, cu TBC în urmă cu 12 ani, necontrolat, internat în urgență pentru o hemoptizie masivă; a decedat la 2 zile de la internare; necropsia a relevat prezența unui aspergilom. Aspergillus a fost izolat în 3 cazuri, Candida la un singur caz.

Discuţii: Simptomele respiratorii (în special hemoptizia persistentă) au fost neglijate sau considerate ca recidivă sau bronsiectazii. Diagnosticarea a durat în medie 10,5 ani. Jumătate dintre pacienți au prezentat comorbidități.

Concluzii: Micetomul este o afecțiune rară, mai frecventaă la bărbați, greu de diagnosticat şi foarte imprevizibilă. Tratamentul este mai degrabă individualizat decât standardizat iar recuperarea completă poate fi realizată prin intervenție chirurgicală în timp util.

MYCETOMA IN CLINICAL PRACTICE BETWEEN PREDICTABILITY AND DIVERSITY

Ludmila Pislaru[1], Larisa Dobrescu[1], Carla Glavan[1], Nicoleta Bertici[2]

[1]II[nd] Clinic of Pneumology, „Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtysiology, Timisoara, Romania
[2]Department of Pneumology, „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Introduction. The grafting of fungus infection on tuberculosis (TB) cavity is a rare complication (incidence between 11-17%) with diagnostic confirmation from 1 to 30 years.

Method. We compared the evolution and prognosis of all patients with mycetoma who were in our care during 2012-2020.

Results. There were 4 male patients. The first case: at 31 years treated for cavitary TB, diagnosed 12 years later with aspergilloma, was treated with antifungal 3 months and subsequently operated, with very good evolution (currently with mild restrictive dysfunction). Second case: at 46 years, diagnosed with TB and chronic hepatitis C, was confirmed with bilateral aspergilloma 7 years later (surgery unfeasible, intolerance to itraconazole – deceased after 6 months). The third case: at 25 years confirmed with TB and two relapses, was diagnosed after 11 years with destroyed left lung, mycetoma and empyema; he initially refused surgery which currently is risky). Fourth case 63 years with TB 12 years ago, uncontrolled, was hospitalized for a massive hemoptysis; he died 2 days after admission and the cause of death at necropsy was aspergilloma. Aspergillus was certified in 3 cases, Candida in one.

Discussions. Respiratory symptoms (especially persistent hemoptysis) were neglected or seen usually as a relapse or bronchiectasis. Diagnosis of mycetoma lasted for an average of 10,5 years. Half of our patients presented comorbidities.

Conclusions. Mycetoma is a rare condition, more frequently at males, difficult to diagnose and highly unpredictable. Treatment is rather individualized than standardized and full recovery can be achived only surgically in time.

CARACTERISTICI IMAGISTICE IN INFECȚIA CU SARS-COV-2

Ionela Pohrib[1], Angelica Potamian[1], Elena Danteș[1,2], Ariadna Petronela Fildan[1,2], Doina Ecaterina Tofolean[2,3]

[1]Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie, Constanța, România
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie „Ovidius", Constanța, România
[3]Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Andrei", Constanța, România

Obiectiv: Identificarea principalelor leziuni pulmonare determinate de infecția cu virusul SARS-CoV-2.

Metodă: Studiu observațional efectuat la pacienții confirmați cu infecție COVID-19, internați în Spitalul de Pneumoftiziologie Constanța în perioada aprilie 2020–septembrie 2020, care au efectuat CT toracic. Severitatea afectării pulmonare a fost stabilită conform cu recomandările Comisiei de radiologie, imagistică medicală și medicină nucleară din România.

Rezultate: Studiul a cuprins 100 de pacienți cu vârsta medie 50,5 (limite 19-90 de ani), 55% de sex masculin, diagnosticați cu infecție cu SARS-CoV-2. 3% din cazuri au prezentat formă severă, 53% formă moderată, restul fiind formă ușoară de COVID-19/ fără modificări (13%/19%). În 2% cazuri s-a identificat efuziune pleurală minimă, iar în alte 2% cazuri efuziune pericardică ușoară. În 10 cazuri au fost observate modificari de TEP. Principalele tipuri de modificări imagistice au fost: arii de geam mat (în 87% din cazuri) localizate preponderent subpleural (86%), bilateral (80%), zone de condensare (în 41% din cazuri) şi îngroșare interlobulară și intralobulară (în 8% din cazuri). În 15% din cazuri s-a observat ușoară mărire de volum a ganglionilor mediastinali, cea mai mare având diametrul de 55mm.

Concluzii: Infecția cu noul coronavirus poate determina variate aspecte imagistice la nivel pulmonar, de la absența leziunilor până la forme severe. CT toracică joacă un rol important în triajul cazurilor suspecte, identificarea formelor severe de afectare pulmonară și a complicațiilor.

IMAGING FEATURES IN SARS-COV-2 INFECTION

Ionela Pohrib[1], Angelica Potamian[1], Elena Dantes,[1,2], Ariadna Petronela Fildan[1,2], Doina Ecaterina Tofolean[2,3]

[1]Clinical Hospital of Pneumophtysiology, Constanta, Romania
[2] „Ovidius" University of Medicine, Constanta, Romania
[3] „Sf. Andrei" County Emergency Clinical Hospital, Constanta, Romania

Objective: To identify the main lung lesions caused by SARS-CoV-2 virus infection.

Method: Observational study performed on patients confirmed with COVID-19 infection, admitted in Hospital of Pneumophtysiology Constanta between April 2020 and September 2020, who performed chest CT. The severity of the lung damage was established according to the recommendations of the Romanian Commission of Radiology, Medical Imaging and Nuclear Medicine.

Results: The study included 100 patients with a mean age of 50.5 (range 19-90 years), 55% male, diagnosed with RS-CoV-2 infection. 3% of the cases presented a severe form, 53% a moderate form, the rest being a mild form of COVID-19 / without modifications (13% / 19%). In 2% of cases, minimal pleural effusion was identified, and in another 2% of cases a small amount of pericardial fluid. PE changes were observed in 10 cases. The main types of imaging changes were: areas of ground glass (in 87% of cases) located mainly subpleural (86%), bilateral (80%), condensation areas (in 41% of cases) and interlobular and intralobular thickening (in 8% of cases). In 15% of cases, a slight increase in the volume of the mediastinal lymph nodes was observed, the largest having a diameter of 55 mm.

Conclusions: The infection with the new coronavirus can cause various imaging aspects in the lungs, from the absence of lesions to severe forms. Chest CT plays an important role in sorting out suspicious cases, identifying severe forms of lung damage and complications.

PROVOCĂRI ÎN DIAGNOSTICUL INFECȚIEI CU SARS-COV-2

Ionela Pohrib[1], Elena Danteș[1,2]

[1]Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie, Constanța, România
[2]Universitatea de Medicină „Ovidius", Constanța, România

Introducere: Numărul cazurilor de infecție SARS-CoV-2 este în creștere în anumite zone geografice. Diagnosticul pozitiv COVID-19 se bazează pe identificarea și amplificarea ARN-ului viral, prin RT-PCR (reverse-transcriptase polymerase chain reaction). Totuși, întâlnim cazuri la care diagnosticul a fost stabilit în urma corelării elementelor clinice, paraclinice și imagistice, fără a putea identifica virusul prin RT-PCR.

Caz clinic: Pacientă în vârstă de 48 de ani, nefumătoare, fără expunere profesională și fără istoric personal de boli cronice, a prezentat cefalee și astenie fizică, apoi in a doua zi, dispnee de efort moderat grad II-III mMRC, ulterior observând scăderea SpO2 > 80% a.a. Analizele sanguine au arătat prezența sindromului inflamator, d-dimeri crescuți, LDH seric crescut. A efectuat două teste RT-PCR SARS-CoV-2, ambele au fost negative, dar testul rapid a fost pozitiv pentru IgG. CT-ul toracic nativ și cu substanță de contrast a evidențiat multiple infiltrate alveolare asociate cu focare de condensare pulmonară bilaterale, compatibile cu infecția SARS-CoV-2 forma severă și imagini lacunare intralumenale arteriale pulmonare inferioare stângi sugestive pentru TEP minor. A urmat tratament antiviral, antibiotic și anticoagulant.

Discuţii: evoluția clinică și paraclinică a fost favorabilă, radiografia de control sugerând ușoară regresie a leziunilor pulmonare și a sindromului inflamator.

Concluzii: Diagnosticul la externare a fost de infecție COVID-19 fără virus identificat, datorită tabloului clinic (dispnee progresivă și simptome pseudogripale), aspectului imagistic (radiografie și CT toracic) specific COVID-19 și a testului rapid pozitiv pentru IgG, TEP minor.

CHALLENGES IN THE DIAGNOSIS OF SARS-COV2 INFECTION

Ionela Pohrib[1], Elena Dantes[1,2]

[1]Clinical Hospital of Pneumophtysiology, Constanta, Romania
[2]„Ovidius" University of Medicine, Constanta, Romania

Introduction: The number of cases of SARS-CoV-2 infection is increasing in some geographical areas. The positive diagnosis of COVID-19 is based on the identification and amplification of viral RNA, by RT-PCR (reverse-transcriptase polymerase chain reaction). However, we encounter cases in which the diagnosis was established following the correlation of clinical, paraclinical and imaging elements, without being able to identify the virus by RT-PCR.

Clinical case: A 48-year-old non-smoking patient with no occupational exposure and no personal history of chronic disease presented with headache and physical asthenia, followed by moderate exertion dyspnea grade II-III mMRC in the second day, subsequently observing a decrease in SpO2> 80% aa. Blood tests showed the presence of inflammatory syndrome, increased d-dimers, increased serum LDH. She performed two SARS-CoV-2 RT-PCR tests, both of which were negative, but the rapid test was positive for IgG. Native and contrast-enhanced chest CT revealed multiple alveolar infiltrates associated with bilateral pulmonary consolidation foci, consistent with severe form SARS-CoV-2 infection, and left lower pulmonary arterial intraluminal lacunar images suggestive of minor PET. Antiviral, antibiotic and anticoagulant treatment followed.

Discussions: the clinical and paraclinical evolution was favorable, the control radiography suggesting a slight regression of the lung lesions and the inflammatory syndrome.

Conclusions: The diagnosis at discharge was COVID-19 infection without identified virus, due to the clinical picture (progressive dyspnea and flu-like symptoms), the imaging aspect (radiography and chest CT) specific to COVID-19 and the rapid positive test for IgG, minor PE.

SINDROMUL WIDAL – O CONTINUĂ PROVOCARE

Alina-Mirela Popa[1], Ovidiu Fira-Mlădinescu[2]

[1]Clinica Pneumologie II, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Victor Babeș”, Timișoara, România
[2]Catedra de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Introducere: Boala respiratorie exacerbată de aspirină (AERD), cunoscută și ca Triada lui Samter-Widal, este o afecțiune cronică compusă din trei caracteristici clinice: astm, sinuzită cu polipi nazali recurenți și sensibilitate la aspirină și alte medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS). Aproximativ 9% dintre adulții cu astm și 30% dintre pacienții cu astm și polipi nazali au AERD. În general, AERD se dezvoltă destul de brusc la vârsta adultă, de obicei între 20 și 50 de ani și nu există un declanșator înțeles clar care să provoace boala.

Descrierea cazului: Pacient în vârstă de 28 de ani, fost fumător (ocazional, 4 ani), cunoscut cu astm bronșic sever, rinosinuzită mixtă și polipoză nazală operată recidivată se prezintă de urgență în decembrie 2018 în Clinica de Pneumologie Timișoara acuzând tuse cu expectorație sero-mucoasă, dispnee la eforturi ușor-moderate (mMRC=2), wheezing și senzație de constricție toracică, cu evoluție favorabilă în urma spitalizării. Din anamneză aflăm că pacientul a mai fost internat în aprilie 2017 acuzând vărsături și erupții eritematoase pruriginoase pe antebrațe, în urma căreia s-a ridicat suspiciunea de reacție alergică postmedicamentoasă. În februarie 2019, în contextul unei intercurențe infecțioase de căi respiratorii primește Metamizol sodic (AINS), ceea ce îi induce o criză de astm severă ce necesită din nou internare, cu evoluție favorabilă în urma terapiei specifice.

Discuţii și concluzii: Importanța anamnezei amănunțite la orice pacient cu astm sever pentru un diagnostic corect, ce putea releva mult mai repede intoleranța la aspirină (afirmativ la 18 ani).

Posibilitatea inițierii terapiei biologice cu anticorpi anti-IgE, pacientul refuzând-o.

WIDAL SYNDROME – A CONTINUOUS CHALLENGE

Alina-Mirela Popa[1], Ovidiu Fira-Mladinescu[2]

[1]II[nd] Clinic of Pneumology, „Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtysiology, Timisoara, Romania
[2]Department of Pneumology, „Victor Babes"University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Introduction: Aspirin-exacerbated respiratory disease (AERD), also known as Samter-Widal's Triad, is a chronic medical condition that consists of three clinical features: asthma, sinus disease with recurrent nasal polyps, and sensitivity to aspirin and other non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). Approximately 9% of all adults with asthma and 30% of patients with asthma and nasal polyps have AERD. In general, AERD develops quite suddenly in adulthood, usually between the ages of 20 and 50, and there is no clearly understood trigger that causes the disease.

Case description: Patient aged 28 years, former smoker (occasionally, 4 years), known with severe asthma, mixed rhinosinusitis and recurrenting operated nasal polyposis, arrives in December 2018 at the Timisoara Pneumology Clinic accusing cough with sero-mucosa expectoration, dyspnea at mild-moderate stress (mMRC = 2), wheezing and chest constriction sensation, with favorable evolution following spitalization. From anamnesis we find out that the patient was admitted in April 2017 accusing vomiting and erythematous rash on the forearm, which raised the suspicion of a post-medication allergic reaction. In February 2019, in the context of an infectious respiratory intercourse, he receives Metamizolum natrium (NSAID), which induces a severe asthma crisis which requires hospitalization again, with favorable evolution following the specific therapy.

Discussions and conclusions:

-The importance of anamnesis in any patient with severe asthma for a correct diagnosis, which could have revealed AERD much faster (affirmatively at 18 years).

-The possibility of initiating biological therapy with anti-IgE antibodies, but the patient refuses it.

IMPACTUL PE TERMEN SCURT A PANDEMIEI COVID-19 ASUPRA STĂRII PSIHOLOGICE A PERSONALULUI MEDICAL

Noemi Porojan-Suppini[1], Ovidiu Fira-Mlădinescu[1], Monica Marc[1]

[1]Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș”, Timișoara, România

Introducere: Declararea stării de pandemie cu COVID-19 a atras după sine și creșterea prevalenței apariției simptomelor psihice la nivel global.

Scop: Prin acest studiu de cercetare dorim să estimăm riscul apariției, respectiv nivelul depresiei, stresului si anxietatii de la debutul pandemiei COVID-19 în randul personalului medical al Clinicii de Pneumologie.

Material și metodă: Personalul medical și auxiliar al Spitalului Dr.Victor Babeș, desemnat spital COVID pentru zona Timișoarei, respectiv personalul medical și auxiliar al Spitalului Clinic CF Timișoara au fost invitați să participe la completarea unui chestionar anonim online. Chestionarul a inclus întrebări despre date demografice (sex, categorie de vârstă, profesie, locul de muncă), respectiv teste standardizate pentru aprecierea nivelului de stress, anxietate, respectiv depresie.

Rezultate: La acest studiu au participat 85 de subiecți. Anxietatea, în diferite forme a fost prezentă la un procent semnificativ din personalul medical. Nivele preponderent medii ale stressului au fost depistate în ambele loturi. Nivele mai crescute de depresie au fost depistate în lotul subiecților lucrători în spital COVID. În ambele loturi au fost depistate nivele mai crescute ale stressului, anxietății și a depresiei în cadrul personalului auxiliar (infirmier, îngijitor).

Concluzii: Personalul din lina întâi prezintă nivele mai scăzute de anxietate și depresie, datorită pregătirii intense asupra măsurilor de prevenție și dotarea corespunzătoare a spitalului cu echipamente de protecție. Studiul evidențiază o subcategorie de subiecți vulnerabilă, suferinței psihologice (personalul auxiliar). Ar fi benefică inițierea unor servicii de consiliere sau unor sisteme de suport intercolegiale.

THE SHORT-TERM IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON THE PSYCHOLOGICAL STATE OF HEALTHCARE WORKERS

Noemi Porojan-Suppini[1], Ovidiu Fira-Mlădinescu[1], Monica Marc[1]

[1] „Dr. Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Disease and Pneumology, Timisoara, Romania

Introduction: The declaration of the pandemic state with COVID-19 also led to an increase in the prevalence of psychiatric symptoms at global levels.

Purpose: Through this research study we tried to estimate the risk of occurrence, respectively the levels of depression, stress and anxiety since the onset of the COVID-19 pandemic among the medical staff of the Pneumology Clinic.

Material and method: The medical and auxiliary staff of Dr. Victor Babeș Hospital, designated COVID hospital for the Timișoara area, respectively the medical and auxiliary staff of the CF Timișoara Clinical Hospital were invited to participate in completing an anonymous online questionnaire. The questionnaire included questions about demographic data (sex, age category, profession) and standardized tests for assessing the level of stress, anxiety and depression.

Results: 85 subjects participated in this study. Anxiety in various forms was present in a significant percentage of the medical staff. Predominantly average levels of stress were detected in both groups. Higher levels of depression were detected in the group of subjects working in COVID hospital. In both groups, higher levels of stress, anxiety and depression were detected in the support staff (nurse, caregiver).

Conclusions: Compared to the support hospital, the COVID-19 hospitals staff have lower levels of anxiety and depression, due to intensive training on prevention measures. The study highlights a subcategory of subjects vulnerable to psychological distress (support staff). It would be beneficial to initiate counseling services or intercollegiate support systems.

IMPORTANȚA PROFILULUI SERIC CITOKINIC ÎN EVALUAREA PACIENȚILOR SPITALIZAȚI CU PNEUMONIE

Doina Rusu[1]

[1]Disciplina Pneumologie și Alergologie, Institutul de Pneumoftiziologie „Chiril Draganiuc”, Universiatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Pneumonia este în continuare o cauză importantă de mortalitate. Evoluția imprevizibilă și letalitatea intraspitalicească înaltă poziționează pneumoniile printre urgențele medicale majore. Identificarea biomarkerilor, ce ar permite discriminarea formelor ușoare de cele severe ale bolii în primele ore de spitalizare, persistă printre prerogativele studiilor.

Scopul: analiza corelației profilului citokinic (IL-6 și IL-10 serice), biomarkerilor inflamatori „de rutină” și severitatea pneumoniei la pacienții adulți spitalizați pentru pneumonie.

Material și metode: 88 de pacienți cu vârsta medie 55,45 de ani (19-84), spitalizați consecutiv în clinica pneumologie cu pneumonii severe (47%) și de gravitate medie (53%). În primele 24 ore de spitalizare au fost evaluați biomarkerii inflamatori (leucograma, proteina C reactive (PCR), procalcitonina (PCT)) și IL-6, IL-10.

Rezultatele: nivelul IL-6 a variat între 5,1 și 26,3 pg/ml și al IL-10 între 17,1 și 135 ng/ml, cu creșteri semnificative ale ambelor fracții la peste 80% dintre pacienți. A fost stabilită corelația dintre nivelul ambelor citokine (IL-6 și Il-10) cu severitatea bolii, prezența sindromului inflamator sistemic (SIRS), valorile leucocitozei și ale PCR. Nu au fost semnificative statistic corelațiile stabilite dintre nivelul IL-6 și Il-10 și vârsta pacienților, PCT, majorarea limfocitelor serice și etiologia pneumoniei. În cazurile complicate cu abcedare, cazurile soldate cu deces a fost evidențiat decalajul dintre nivelurile Il-6 și Il-10.

Concluzii. Nivelurile serice ale Il-6 și Il-10 corelează cu severitatea pneumoniei, fiind mult mai crescute la pacienții cu SIRS. Profilul citokinic, și în special balanța dintre Il-6 și Il-10, coroborat cu alți biomarkeri inflamatori, sunt instrumente promițătoare de stratificare a riscurilor în pneumonii.

THE ROLE OF THE SERUM CYTOKINE PROFILE IN THE EVALUATION OF HOSPITALIZED PATIENTS WITH PNEUMONIA

Doina Rusu[1]

[1]Department of Pneumology and allergology, „Chiril Draganiuc" Institute of Phthisiopneumology, „Nicolae Testemițanu" State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldavia

Pneumonia is still a major cause of mortality. Unpredictable disease course and high inhospital mortality place pneumonia among the major medical emergencies. One of the prerogatives of studies is highlighting biomarkers for earlier discrimination of mild and severe diseases.

Aim: To assay the correlation of the serum cytokines (IL-6 and IL-10) with other point-of-care inflammatory biomarkers and the severity of pneumonia in hospitalized adults.

Material and methods: 88 patients with mean age of 55.45 years (19-84), admitted consecutively in the pneumology ward for severe (47%) and non-severe (53%) pneumonia. The serum inflammatory markers (leukocytes, C-reactive protein (CRP), procalcitonin (PCT)), IL-6, IL-10 were evaluated in the first 24 hours after admission.

Results: Levels of IL-6 varied between 5.1 and 26.3 pg/ml and for IL-10 between 17.1 and 135 pg/ml, with significant increases of both fractions in over 80% of patients. A correlation was established between the IL-6 and Il-10 levels and the severity of pneumonia, SIRS features, high leukocytosis and CRP level. The correlations with the age of the patients, the level of PCT, lymphocytosis and the etiology of pneumonia statistically were no significant. A disbalance between Il-6 and Il-10 was highlighted in cases complicated with pulmonary destruction and death.

Conclusions: Serum levels of Il-6 and Il-10 correlate with the severity of pneumonia and were significantly increased in patients with SIRS. The serum cytokines and especially the balance between Il-6 and Il-10, in corroboration with other inflammatory biomarkers, are promising tools for risk evaluation in pneumonia.

INFECȚIA SARS-COV-2 LA PACIENȚII CU DIABET ZAHARAT

Hédi-Katalin Sárközi[1], Mara-Andreea Vultur[2], Mioara Szathmáry[1], Edith-Simona Ianoși[1], Gabriela Jimborean[1]

[1]Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie „George Emil Palade”, Târgu Mureș, România
[2] Clinica de Pneumologie, Târgu Mureș, România

Introducere: Datele din literatură arată că infecția SARS-CoV-2 este mai frecventă și mai severă la pacienții cu diabet zaharat (DZ), fapt explicat multifactorial (vârsta avansată, comorbidități cardiovasculare, obezitate). Dezechilibrarea DZ prin infecția SARS-CoV-2 se explică prin inflamația sistemică, hipoxemia marcată, efectul unor medicamente.

Metodă: Am inclus în studiu 75 de pacienți cu hiperglicemie (27,4%) din 240 de pacienți cu infecție SARS-CoV-2 internați în Clinica de Pneumologie Tg. Mureș în 3 luni. Raportul femei:bărbați 1:1. 60(80%) au asociat obezitatea (15 morbidă, 32 grad II, 13 grad I) și 13(17,3%) au avut suprapondere. Grupe de vârstă: ≤40 de ani 15(20%), 41-60 de ani 21(28%), 60-85 de ani 39(52%). La 31 de pacienți (41,3%) nu era cunoscut diabetul. 36(48%) au necesitat insulină datorită dezechilibrelor pronunțate. 25(33,3%) au fost pneumonii de severitate medie, 15(20%) ușoare, 35(46,6%) forme severe (CT cu multiple infiltrate în sticlă mată) și evoluție prelungită. S-au înregistrat 8 decese (10,6%). Fatalitatea este de 2,6 ori mai mare față de fatalitatea COVID-19 pe țară (4,1%). Cazurile severe s-au asociat în 31(88,5%) de creșterea markerilor inflamatori (PCR, LDH) și limfopenie față de 16(64%) la formele medii și 2(13%) la formele ușoare. DZ nou diagnosticat s-a întâlnit la pacienți cu SARS-CoV-2 forme medii/ușoare.

Concluzii: DZ a reprezentat un important factor de risc pentru formele severe SARS-CoV-2 cu fatalitate ridicată și evoluție prelungită. Infecția SARS-CoV-2 a determinat dezechilibrarea DZ și aducerea pe plan clinic a DZ *de novo*. Pacienții cu DZ au avut după externare recomandare de reevaluare cu investigații largi pentru diagnosticul stadiului/complicațiilor și monitorizare prin policlinicile teritoriale.

SARS-COV-2 INFECTION AT PATIENTS WITH DIABETES

Hédi-Katalin Sárközi[1], Mara-Andreea Vultur[2], Mioara Szathmáry[1], Edith-Simona Ianoși[1], Gabriela Jimborean[1]

[1]„George Emil Palade"University of Medicine, Pharmacy, Science and Technology, Targu Mures, Romania
[2]Clinic of Pneumology, Targu Mures, Romania

Introduction: Data from the literature show that SARS-CoV-2 infection is more frequent and severe in patients with diabetes mellitus (DM), fact explained multifactorial (advanced age, cardiovascular comorbidities, obesity). The imbalance of DM due to SARS-CoV-2 infection is explained by systemic inflammation, marked hypoxemia, drug effects.

Method: We included in the study 75 patients with hyperglycemia (27.4%) out of 240 patients with SARS-CoV-2 infection hospitalized in the Pulmonology Clinic Targu Mures during 3 months. Women's: men ratio 1:1. 60(80%) associated obesity (15 morbid, 32 grade II, 13 grade I), 13(17.3%) were overweight. Age groups: ≤40 years 15(20%), 41-60 years 21(28%), 60-85 years 39(52%). Diabetes was not known in 31 patients (41.3%). 36(48%) needed insulin due to pronounced imbalances. 25(33.3%) were pneumonias of medium severity, 15(20%) mild, 35(46.6%) severe forms (CT with multiple ground glass infiltrates) and prolonged evolution. There were 8 deaths (10.6%). Fatality is 2.6 times higher than country COVID-19 fatality (4.1%). Severe cases were associated in 31 (88.5%) with an increase in inflammatory markers (PCR, LDH) and lymphopenia compared to 16(64%) in moderate forms and 2(13%) in mild forms. Newly diagnosed diabetes was found in patients with SARS-CoV-2 medium/mild forms.

Conclusions: DM was an important risk factor for severe forms of SARS-CoV-2 with high fatality and prolonged evolution. SARS-CoV-2 infection resulted diabetes imbalance and clinical *de novo* diabetes. Patients with DM had after discharge a re-evaluation recommendation with extensive investigations for a complete diagnosis of the stage/complications and monitoring through the territorial polyclinics.

CARACTERISTICI CLINICE ȘI PARACLINICE ALE PACIENȚILOR CU PNEUMONIE COVID-19

Marina Savca[1], Ana Popa[1], Tatiana Dumitraș[1], Sergiu Matcovschi[1], Virginia Cașcaval[1], Natalia Caproș[1]

[1]Departamentul de Medicină Internă, Disciplina de Sinteze Clinice, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova

Scopul acestui studiu a fost de a compara caracteristicile clinice și paraclinice ale 169 de pacienți spitalizați cu pneumonie COVID-19 severă și non-severă.

Metode. Studiul transversal a fost realizat la pacienții cu pneumonie COVID-19 confirmată prin PCR, internați în 2 spitale municipale din Chișinău, din martie până la 28 iunie 2020. Caracteristicile demografice, clinice, de laborator și radiologice au fost obținute din formularele de colectare a datelor înregistrate în fișele medicale. Criteriile severității pneumoniei Covid-19 s-au bazat pe ghidurile și protocoalele în vigoare.

Rezultate. Vârsta medie a pacienților din studiu a fost de 56,22±12.45 ani, 79 (46,75%) pacienți au fost bărbați, iar 90 (53,25%) - femei. În comparație cu pacienții cu pneumonie Covid-19 cu evoluție non-severă (n=74), cazurile cu evoluție severă (n=95) au avut vârsta medie semnificativ mai mare (65,14±4,68 ani vs 55,62±8,34 ani; p<0,001). Pacienții cu evoluție severă au prezentat mai frecvent implicarea pulmonară bilaterală observată la radiografia toracelui și/sau tomografia computerizată a toracelui, scăderea presiunii parțiale a oxigenului și au avut mai multe comorbidități, inclusiv hipertensiune arterială (22 [23,16%] vs 12 [16,22%], p<0,01), diabet zaharat (15 [15,79%] vs 6 [8,11%], p<0,05), boală coronariană (18 [18,95%] vs 9 [12,16%], p<0,05) și boală cerebrovasculară (14 [14,74%] vs 1 [1,35%], p<0,001). Printre complicații, înregistrate doar în cazuri severe, a predominat sindromul de detresă respiratorie acută (28 [16.57%]), urmat de aritmii (18 [10,65%]), șoc (10 [5,92%]), leziuni cardiace acute (8 [4,73%]) și leziune renală acută (6 [6.,neumonie severă COVID-19 au avut comorbidități predominant vasculare, vârsta medie semnificativ mai mare și au dezvoltat complicații importante, în comparație cu pacienții non-severi.

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH COVID-19 PNEUMONIA

Marina Savca[1], Ana Popa[1], Tatiana Dumitraș[1], Sergiu Matcovschi[1], Virginia Cașcaval[1], Natalia Caproș[1]

[1] Department of Internal Medicine, Discipline of Clinical Synthesis „Nicolae Testemitanu" State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova

The aim of this study was to compare the clinical and paraclinical characteristics of 169 in patients with severe and non-severe COVID-19 pneumonia.

Methods. A cross-sectional study was conducted among patients with a PCR-confirmed COVID-19 pneumonia admitted to the 2 Chisinau municipal hospitals from March to June 28, 2020. Demographical, clinical, laboratory, and radiological features were obtained together with data collection from medical records. The severity criteria for COVID-19 pneumonia were based on applicable guidelines and protocols.

Results. The mean age of the patients was 56.22±12.45 years, 79 (46.75%) were man and 90 (53.25%) were woman. Compared with non-severe patients (n = 74), severe patients (n = 95) were significantly older (mean age 65.14±4.68 years vs 55.62±8.34 years; p < 0.001). Severe patients were more likely to develop bilateral lung involvement seen on chest X-ray/CT scan and decreased oxygen partial pressure compared with non-severe patients and were more likely to have underlying co-morbidities, including arterial hypertension (22 [23.16%] vs 12 [16.22%], p<0.01), diabetes mellitus (15 [15.79%] vs 6 [8.11%], p<0.05), coronary artery disease (18 [18.95%] vs 9 [12.16%], p<0.05), and cerebrovascular disease (14 [14.74%] vs 1 [1.35%], p<0.001). Among the complications, registered only in severe cases, predominated acute respiratory distress syndrome (28 [16.57%]), followed by arrhythmias (18 [10.65%]), shock (10 [5.92%]), acute cardiac injury (8 [4.73%]), and acute kidney injury (6 [6.32%]).

Conclusion. Patients with severe COVID-19 pneumonia had mostly vascular co-morbidities, were significantly older and developed important complications compared with non-severe patients.

INFECȚIA BRONHOPULMONARĂ CU FLORĂ GRAM-NEGATIVĂ LA COPIII CU IMUNODEFICIENȚE PRIMARE

Cristina Tomacinschi[1,2], Rodica Selevestru[1], Svetlana Șciuca[1,2]

[1]Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova
[2]Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova

Imunodeficiențele primare (IDP) reprezintă un grup larg și divers de peste 350 de entități diferite. Sensibilitatea crescută la infecții este manifestarea predominantă în IDP, în special la sugari și copii, demonstrând importanța supremă a sistemului imun în apărarea împotriva infecțiilor.

Scop: Evaluarea frecvenței infecțiilor cu floră gram-negativă la copii cu imunodeficiențe primare.

Materiale și metode: Au fost evaluați 13 pacienți cu imunodeficiențe primare, împărțiți în 2 grupuri conform tipului de IDP (6 copii cu deficit de anticorpi, 7 copii cu imunodeficiențe combinate). Drept metodă de diagnostic a fost folosită cultura din bacteriologia sputei realizată în cadrul Laboratorului Microbiologic IMC.

Rezultate: Cercetările bacteriologice ale sputei pacienților cu infecții bronhopulmonare în contextul IDP au depistat microorganismelor gram-negtive cu *Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae* și *E.coli*. Copiii cu IDP prin deficit de anticorpi (vârsta medie 11,6±4,8 ani) au prezentat infecții cu *Klebsiella pneumoniae* în 16,7%:95%CI,0,4-64,1 cazuri, *Ps.aeruginosa* a fost înregistrată în 16,7%:95%CI,0,4-64,1, iar *E.coli* nu a fost înregistrată la niciun copil din acest grup. În cazul copiilor din grupul imunodeficiențelor combinate (vârsta medie 3,4±3,2 ani) flora gram-negativă a fost identificată mai frecvent: culturile de *Ps.aeruginosa* au fost înregistrate în 14,2%:95%CI,0,3-57,8 cazuri, infecția cu *Klebsiella pneumoniae* – în 42,8%:95%CI,0,3-57,8, iar infecția cu *E.coli* a fost depistată la 28,5%:95%CI, 3,6-60,9 copii cu infecții respiratorii.

Concluzie: Infecția bronhopulmonară cu floră gram negativă este frecventă în rândul pacienților cu imunodeficiențe primare, depistarea precoce și tratamentul antibacterian al acesteia conform sensibilității poate preveni apariția complicațiilor acute sau cronice pulmonare.

BRONCHOPULMONARY INFECTION WITH GRAM NEGATIVE FLORA IN CHILDREN WITH PRIMARY IMMUNODEFICIENCIES

Cristina Tomacinschi[1,2], Rodica Selevestru[1], Svetlana Sciuca[1,2]

[1]„Nicolae Testemitanu"State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova
[2]Mother and Child Institute, Chisinau, Republic of Moldova

Primary immunodeficiencies (PIDs) are a broad and heterogeneous group of over 350 different entities. Increased susceptibility to infections is the predominant manifestation in IDP, especially in infants and children, demonstrating the supreme importance of the immune system in defending against infections.

Aim: To evaluate the frequency of infections with gram-negative flora in children with primary immunodeficiencies.

Materials and methods: We evaluated 13 patients with primary immunodeficiencies and divided into 2 groups according to the type of PIDs (6 children with antibody deficiency, 7 children with combined immunodeficiencies). The sputum culture performed in the Microbiological Laboratory of the Mother and Child Institute was used as a diagnostic method.

Results: Bacteriological evaluations of the sputum of patients with bronchopulmonary infections in the context of PIDs found gram-negative microorganisms such as *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae* and *E.coli*. Children with PID due to antibody deficiency (mean age 11.6±4.8 years) had *Klebsiella pneumoniae* infections in 16.7%:95%CI,0.4-64.1 cases, *Ps. aeruginosa* was recorded in 16.7%:95% CI, 0.4-64.1, and *E.coli* was not registered in any child in this group. In children with combined immunodeficiencies (mean age 3.4±3.2 years) the gram-negative flora was identified more frequently: *Ps.aeruginosa* were recorded in 14.2%:95%CI, 0.3-57.8 cases, *Klebsiella pneumoniae* infection - in 42.8%:95%CI,0.3-57.8, and *E. coli* infection was detected in 28.5%:95%CI, 3.6-60.9 children with respiratory infections.

Conclusion: Bronchopulmonary infection with negative flora is common among patients with primary immunodeficiencies, early detection and antibacterial treatment according to its antibiotic sensitivity profile can prevent the occurrence of acute or chronic lung complications.

UTILITATEA EBUS-TBNA ÎN EVALUAREA ADENOPATIILOR MEDIASTINALE SAU HILARE SECUNDARE MALIGNITĂȚILOR EXTRAPULMONARE

Mărioara Șimon[1], Antonia Țenț[1]

[1]Clinica de Pneumoftiziologie „Leon Daniello”, Cluj-Napoca, România

Adenopatiile mediastinale sunt frecvent întâlnite în evaluarea pacienților cu tumori maligne extratoracice și adesea reprezintă o dilemă în diagnostic.

Scopul acestui studiu a fost de a determina performanța diagnostică a endoscopiei endobronșice cu puncție aspirativă ghidată ecografic (EBUS-TBNA) în diagnosticul adenopatiilor mediastinale și hilare la pacienții cu malignități extrapulmonare.

Material și metodă. Acest studiu retrospectiv a fost efectuat în Departamentul de Bronhologie a Clinicii de Pneumoftiziologie din Cluj-Napoca, România, între anii 2015 și 2019. Din cei 554 de pacienți care au efectuat EBUS-TBNA, 92 s-au prezentat pentru adenopatii de la tumori maligne extrapulmonare, 50 detectate cu ajutorul CT-ului toracic, iar 42 cu ajutorul PET-CT-ului. Examinările EBUS au fost efectuate în anestezie generală pe bronhoscopul rigid, cu o medie de 3 puncții per stație ganglionară. Toate examinările au fost însoțite de ROSE.

Rezultate. Din totalul de 92 de pacienți cu malignități extratoracice, 35 (38,04%) au fost pacienți de sex masculin și 57 (61,95%) de sex feminin, cu o medie de vârstă de 59 ani. Confirmarea malignității a fost făcută în 52 de cazuri (56,5%), în timp ce 40 de cazuri (43,5%) au fost avut un diagnostic benign. Rata de confirmare a malignității a fost de 51.6% la grupul cu PET-CT și de 40,4% la grupul cu CT torace. Rezultate de benignitate au fost găsite la 25 din pacienții cu captare crescută FDG în ganglionii la PET-CT și la 15 din pacienții cu adenopatii la CT-ul toracic. Majoritatea pacienților au prezentat metastaze mediastinale și hilare de la cancerul mamar, pe locul al doilea fiind cancerul de colon.

Concluzii. Evaluarea prin EBUS-TBNA are o valoare crescută la pacienții cu malignității extratoracice și adenopatii mediastinale și hilare decelate la examinarea CT sau PET-CT. EBUS-ul este o metodă sigură și poate fi considerată la investigație de primă linie, cu impact atât asupra terapiei, cât și a prognosticului pacienților oncologici.

THE UTILITY OF EBUS-TBNA IN MEDIASTINAL OR HILAR LYMPHADENOPATHY EVALUATION IN EXTRAPULMONARY MALIGNANCY

Marioara Simon[1], Antonia Tent[1]

[1]„Leon Daniello" Clinic of Pneumophtysiology, Cluj-Napoca, Romania

Mediastinal lymphadenopathy is a common finding in patients with extrathoracic malignancies at follow-up and is a frequent diagnostic dilemma.

The aim of this study was to determine the diagnostic performance of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration (EBUS-TBNA) in the diagnosis of mediastinal and hilar lymph nodes in patients with known extrapulmonary malignancy.

Material and method. This retrospective study was conducted in the Bronchology Department of Cluj-Napoca, Romania, Hospital of Pneumology between 2015-2019. From the total number of 554 patients who underwent EBUS-TBNA, 92 had lymphadenopathy from extrapulmonary tumors, 50 patients on CT scan and 42 on a PET-CT scan. The examinations were carried out in general anesthesia with rigid bronchoscopy, with a mean of 3 TBNA per node, accompanied by ROSE.

Results. From the 92 patients with extrapulmonary malignancy, 35 were males (38.04%) and 57 females (61.95%), with a mean age of 59. A confirmation of malignancy was made in 52 cases (56.5%), while 40 cases (43.5%) were diagnosed as nonmalignant. The malign confirmation rate was 51.6% in the PET-CT group and 40.4% in CT group. Nonmalignant results were found in 25 patients with increased FDG uptake on PET-CT and in 15 patients in the CT scan group. The majority of patients presented with mediastinal and hilar metastasis from breast cancer, followed by colon cancer.

Conclusions. Evaluation by EBUS-TBNA is important in patients with extrathoracic malignancy and mediastinal or hilar lymph node metastases on CT or PET-CT scan. EBUS is a safe technique and may be considered a first-line investigation, with impact on the therapy and prognosis.

REÎNTOARCEREA LA MUNCĂ A PACIENȚILOR CU BOLI PULMONARE

Ioana Soare[1], Roxana Mirică[2]

[1]Facultatea de Medicină, Universitatea „Titu Maiorescu”, București, România
[2]Facultatea de Medicină, Universitatea „Carol Davila”, București, România

Întoarcerea la muncă RTW după concediul medical a fost impus ca subiect de medicina socială / de asigurări (Germania, Marea Britanie, România), definit ca un mod de reintegrare a pacientului. RTW, procesul de integrare a pacientului într-o rutină de lucru și un mediu de lucru după concediul medical, este, de asemenea, unul dintre principalii factori predictivi pentru un prognostic de succes și pentru evoluția afectării inițiale a pacientului. Determinanții sociali pentru întoarcerea la muncă / RTW și pentru pensia de invaliditate (singurătate, educație redusă, locuințe rurale cu acces dificil la servicii medicale, vârsta peste 50 de ani, sex feminin, sărăcie, salarii mici) sunt cei mai importanți.

Sunt discutate teme noi - COVID-19, apneea de somn, tuberculoza și infecția cu HIV, transplantul pulmonar și, de asemenea, cancerul, insuficiența respiratorie cronică, BPOC. Pacienții care au avut TBC au șanse mici să se angajeze. Trebuie să fim atenți la pacienții cu apnee obstructivă în somn, o boală greu de recunoscut. Intervențiile multidisciplinare care implică componente fizice, psiho-educaționale și / sau profesionale au condus la rate mai mari de RTW la pacienții cu cancer.

Pacienții cu BPOC au mai puține șanse ca psihoticii să se întoarcă la muncă. Ei pot profita de munca, în termeni de bani, bunăstare socială. Pacienții cărora li s-au efectuat transplanturi pulmonare trebuie sfătuiți să se întoarcă la muncă, dacă este posibil, dupa 6 luni.

Pacienții care au prezentat Covid sunt sfătuiți la fel ca în cazul tromboembolismului - RTW după 6 săptămâni, dar să lucreze de acasă.

RTW trebuie considerat un factor terapeutic.

RETURN TO WORK OF PATIENTS WITH PULMONARY DISEASES

Ioana Soare[1], Roxana Mirica[2]

[1]Faculty of Medicine, „Titu Maiorescu" University, Bucharest, Romania
[2]Faculty of Medicine, „Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Return to work RTW after sick leave was imposed as a topic by social/ insurance medicine (Germany, UK, Romania), defined as a way of reintegrating the patient. RTW, the process of integrating the patient into a work routine and a work environment after sick leave, is also one of the main predictive factors for a successful prognosis and evolution of the patient's initial impairment. The social determinants for return to work / RTW and for the invalidity pension (loneliness, reduced education, rural housing with difficult access to medical services, age over 50, female sex, poverty, low wages) are most important.

New themes are discussed - COVID-19, sleep apnea, tuberculosis and HIV infection, lung transplant and also -cancer, chronic respiratory failure, COPD. Patients who had TB have low chances to get employed. We must be attentive to patients with Obstructive Sleep Apnea, a disease difficult to recognize. Multidisciplinary interventions involving physical, psycho-educational and/or vocational components led to higher RTW rates in patients with cancer.

Patients with COPD have fewer chances as the psychotic to return to work. They may profit from working, in terms of money, social wellbeing. Patients who have received lung transplants should be advised to return to work if possible after 6 months.

Patients who experienced COVID are advised same as in Thromboembolism – RTW after 6 weeks, but to work from home.

PREVALENȚA TUBERCULOZEI ȘI ASOCIEREA CU BOLILE DE CĂI RESPIRATORII ÎNTR-UN CENTRU DE REFERINȚĂ TERȚIAR DIN VESTUL ROMÂNIEI

Daniel Gheorghe Solomie[1], Ștefan Frenț[1]

[1]Spitalul de Pneumoftiziologie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Introducere: Tuberculoza (TB) este în top 10 cauze de deces în lume și principala cauză de deces provocată de un singur agent infecțios. În ciuda eforturilor internaționale de reducere a epidemiei de tuberculoză, morbiditatea și mortalitatea la nivel global rămân crescute. România este una dintre cele 18 țări europene puternic afectate de epidemia de tuberculoză.

Scopuri și obiective: Scopul nostru a fost să investigăm prevalența TB în relație cu prezența unei boli de căi respiratorii (astm, BPOC sau ambele) pe o periodă de 11 ani în cadrul Spitalului „Victor Babeș”, Timișoara.

Metode: S-a efectuat o căutare în baza de date electronică a spitalului a pacienților internați pentru TB (pulmonară și extrapulmonară) în perioada 2008-2018. Dintre aceștia, au fost identificați acei pacienți care asociau o boală de căi respiratorii (astm, BPOC, sau ambele). Duplicatele au fost înlăturate.

Rezultate: 5859 pacienți au fost internați în spitalul nostru pentru TB cel puțin o dată în perioada ianuarie 2008 - decembrie 2018. Dintre aceștia, 134 (2,28%) pacienți au avut un diagnostic preexistent de astm și 453 (7,73%) pacienți au asociat BPOC. S-a observat un trend de scădere a prevalenței TB din 2008 până în 2018.

Concluzii: Asocierea dintre TB și bolile de căi respiratorii este frecventă (aprox. 10%). Întrucât conform recomandărilor ghidurilor de tratament pentru astm și respectiv BPOC, mulți pacienți erau sub tratament cu corticosteroizi inhalatori (CSI), este necesară o cercetare suplimentară pentru clarificarea rolului CSI administrați pe termen lung în creșterea riscului de TB.

TB PREVALENCE AND ASSOCIATION WITH AIRWAY DISEASES IN A TERTIARY REFERRAL CENTRE FROM WESTERN ROMANIA

Daniel Gheorghe Solomie[1], Stefan Frent[1]

[1]„Victor Babes" Hospital of Pneumophtysiology, Timisoara, Romania

Introduction: Tuberculosis (TB) is among 10 top causes of death worldwide and the leading cause of death from a single infectious agent. Despite international efforts to reduce the TB epidemic burden, global morbidity and mortality remain high. Romania is one of the 18 European countries mostly affected by the TB epidemic.

Aims and objectives: Our aim was to investigate the prevalence of TB cases in relation with the presence of an airway disease (i.e. asthma, COPD or both) over a period of 11 years in a tertiary referral centre from Western Romania.

Methods: Electronic records of patients hospitalized for TB (pulmonary and extrapulmonary) were searched in our hospital's database with respect to the discharge primary diagnosis. A separate search was also performed for those patients hospitalized for TB and associating an airway disease (asthma, COPD or both). Duplicates were thoroughly removed.

Results: 5859 patients were hospitalized in our hospital for TB at least once between January 2008 and December 2018. Of these, 134 (2.28%) patients had a pre-existing diagnosis of asthma and 453 (7.73%) patients associated COPD. We noted a trend towards a decrease in the prevalence of TB cases from 2008 throughout 2018.

Conclusions: The association of TB with airway diseases is quite frequent (approx. 10%). As many of these patients were treated with inhaled corticosteroids (ICS) according to the respective guidelines, further research is warranted to investigate the risk of TB infection in patients on long-term ICS treatment.

IMPORTANȚA FACTORILOR DE RISC ÎN DEZVOLTAREA DE FORME COMPLICATE DE PNEUMONIE COMUNITARĂ

Marcela Ionescu[1,2], Roxana Taraș[1,2], Maria Cristina Ștefan[1], Elena Andreea Știoiu[1], Bianca Dombici[1]

[1] Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Maria Sklodowska Curie”, București, România
[2] Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“, București, România

Pneumonia acută comunitară reprezintă o cauză importantă de morbiditate şi de mortalitate fiind principala cauză de deces la copilul sub cinci ani. Asocierea cu malformații pulmonare, cardiace, prematuritatea, statusul ponderal deficitar sau sindroamele de imunodepresie, cresc riscul de a dezvolta forme severe, complicate.

Scopul lucrării este de a evalua importanța factorilor de risc în formele complicate de pneumonie acută comunitară. Am efectuat un studiu de cohortă, de tip retrospectiv, în care au fost incluși 204 pacienți ai clinicii de pediatrie a S.C.U.C. „M.S Curie”, București, diagnosticați cu pneumonie acută în perioada 2017-2019.

În lotul studiat 11% prezintă malnutriție protein calorică, 9% au fost prematuri (67% au vârsta gestațională 35-37 de săptămâni), 4% asociază malformație cardiacă, 2% asociază malformație pulmonară, iar 74% nu prezintă factori de risc. Din totalul pacienților, 16% au dezvoltat pleurezie serofibrionoasă, 4% empiem, 3% abces, 0,49% pneumonie necrotizantă.

Dintre pacienții care au dezvoltat pleurezie, 34% au avut factori de risc: 13% au fost prematuri, 12% prezintă malnutriție protein calorică, 3% asociază malformații cardiace și pulmonare. 6% dintre pacienti au asociat doi factori de risc.

Studiul nostru arată că 22% dintre prematuri, 21% dintre cei cu malnutriție protein calorică și 25% dintre pacienții ce au asociat malformații cardiace și pulmonare, au dezvoltat complicații ale pneumoniei acute comunitare.

În concluzie, malnutriția protein calorică, malformațiile cardice și pulmonare, prematuritatea, inclusiv de grad mic, sunt factori de risc importanți pentru formele complicate de pneumonie acută comunitară.

RISK FACTORS INVOLVED IN THE DEVELOPMENT OF COMPLICATED FORMS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

Marcela Ionescu[1,2], Roxana Taras[1,2], Maria Cristina Stefan[1], Elena Andreea Stioiu[1], Bianca Dombici[1]

[1]„Maria Sklodowska Curie" Emergency Hospital for Children, Bucharest, Romania
[2]„Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Community-acquired pneumonia (CAP) is a significant cause of respiratory morbidity and mortality and it is the leading cause of death in children younger than five years. The association with pulmonary or cardiac malformations, prematurity, poor weight status or immunosuppression syndromes, increases the risk of a severe, complicated community-acquired form.

The aim of this paper is to assess the importance of risk factors in complicated forms of acute community-acquired pneumonia. We performed a retrospective cohort study that included 204 patients from the Emergency Clinical Hospital for Children „M.S Curie", Bucharest, diagnosed during 2017-2019.

Regarding past medical history, 11% had failure to thrive, 8% were preterm (67% had gestational age between 35 and 37 weeks), 4% associated cardiac malformation, 2% had associated pulmonary abnormalities and 74% had no risk factors. From the studied group, 16% developed serofibrinous pleural effusion, 4% empyema, 3% abscess, 0.49% necrotizing pneumonia.

Of the patients who developed pleural effusion, 34% had risk factors: 13% were premature, 12% had growth failure, 3% associated heart and lung malformations. 6% of patients associated two risk factors.

Our study shows that 22% of preterm infants, 21% of those with growth failure and 25% of the patients with heart and lung malformations, developed complications of acute community-acquired pneumonia.

In conclusion, growth failure, heart and lung malformations, prematurity, including low grade, are important risk factors for complicated forms of acute community-acquired pneumonia.

INFECȚIA SARS-COV-2 LA PACIENȚII CU BOLI BRONHOBSTRUCTIVE DIN CLINICA DE PNEUMOLOGIE, TÂRGU MUREȘ

Mioara Szathmary[1], Hédi - Katalin Sárközi[2], Mara - Andreea Vultur[2], Edith Simona Ianosi[1], Gabriela Jimborean[1]

[1]Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie „George Emil Palade“, Târgu Mureș, România
[2]Clinica Pneumologie, Târgu Mureș, România

Introducere: Datele din literatură arată o severitate crescută a infecției SARS-CoV-2 la pacienții cu comorbidități cardiovasculare, hepatice, renale, obezitate, diabet, afectare respiratorie (BPOC, astm bronșic, cancer bronhopulmonar), etc.

Metoda: Am studiat particularitățile asocierii infecției SARS-CoV-2 cu boli obstructive (BPOC, astm bronșic) internați în Clinica Pneumologie.

Rezultate: Din 202 cazuri infecție SARS-CoV-2 confirmată prin RT-PCR, 41(20,3%) au prezentat afectare bronho-obstructivă cronică (15 astm bronsic, 26 BPOC). In același timp au fost depistați 20 fumători cronici (fără BPOC diagnosticat) și 6 pacienți cu simptome „asthma like” cu tablouri clinice de exacerbări medii BPOC/astm din cauza infecției SARS-CoV-2 (12,9%). Lipsa efectuării spirometriei/pletismografiei s-a datorat prevenirii răspândirii infecției virale. Aprecierea severității obstrucției și a infecției SARS-CoV-2 s-a efectuat pe baza examenului clinic, pulsoximetriei, gazometriei, CT/radiografiei și a alterării unor markeri inflamatori. 23 din pacienții cunoscuți și 20 nou suspectați au prezentat exacerbare medie/severă a bolii obstructive (infiltrate interstițiale-alveolare bilaterale, markeri inflamatori pozitivi și insuficiență respiratorie), 18 au fost exacerbări ușoare (pneumonie interstițială simplă). 6 cazuri ce aveau și apnee în somn au fost urmărite în ATI (ventilație non-invazivă) cu recuperare lentă (4). Am înregistrat 2 decese în rândul pacienților obstructivi. Tratamentul a inclus maximizarea bronhodilatatoarelor/antiinflamatoarelor inhalatorii (100%), antibiotice antivirale, antibiotice nespecifice, oxigenoterapie, anticoagulante (45), hidroxiclorochin (7), corticoizi (55), simptomatice.

Concluzii: Asocierea infecției SARS-CoV-2 - boli obstructive exacerbate a fost frecventă (33,2%) și a avut o severitate semnificativă. Urmărirea clinică/funcțională/radiologică în ambulator a cazurilor la 1 lună de la externare se impune pentru reajustare diagnostică, restadializare, plan de tratament, monitorizarea sechelelor postexacerbare.

SARS-COV-2 INFECTION IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE DISEASES IN TG. MURES CLINIC OF PNEUMOLOGY

Mioara Szathmary[1], Hédi - Katalin Sárközi[2], Mara - Andreea Vultur[2], Edith Simona Ianosi[1], Gabriela Jimborean[1]

[1]„George Emil Palade“ University of Medicine, Pharmacy, Science and Technology, Targu Mures, Romania
[2]Clinic of Pneumology, Targu Mures, Romania

Introduction: Data from the literature show an increased severity of SARS-CoV-2 infection in patients with cardiovascular, hepatic, renal comorbidities, obesity, diabetes, respiratory impairment (COPD, asthma, lung cancer).

Method: We studied the particularities of the association SARS-CoV-2 infection - obstructive diseases (COPD, asthma) hospitalized in our Pneumology Clinic.

Results: Out of 202 cases of SARS-COV-2 infection confirmed by RT-PCR, 41 (20.3%) showed chronic broncho-obstructive involvement (15 asthma, 26 COPD). At the same time, 20 heavy chronic smokers (without previous diagnosed COPD) and 6 patients with „asthma-like” symptoms were detected with clinical pictures of moderate exacerbations of COPD/asthma due to SARS-CoV-2 (12.9%). The lack of spirometry/plethysmography was aimed for infection spreading prevention. The assessment of the disease severity association was performed based on clinical examination, pulse-oximetry, gasometry, CT/chest-X-ray and on inflammatory biomarkers. 23 of the known and 20 of the newly suspected patients showed moderate/severe exacerbation of the obstructive disease (interstitial-alveolar infiltrates, positive inflammatory markers and respiratory failure), 18 were mild exacerbations (simple interstitial pneumonia). 6 severe cases (plus sleep apnea) was followed in ICU and benefited from noninvasive ventilation, with slow recovery (4). We noted 2 deaths among obstructive patients. Treatment included maximized inhaled bronchodilators/anti-inflammatory drugs (all), antiviral antibiotics, nonspecific antibiotics, oxygen, anticoagulants (45), hydroxychloroquine (7), corticosteroids (55), medication for symptoms.

Conclusions: The association of SARS-CoV-2 infection + exacerbated obstructive diseases was frequent (33,2%) with significant severity. Outpatient clinical/functional/radiological follow-up of cases 1 month after discharge is required for diagnostic readjustment, restaging, treatment plan and monitoring of postexacerbation sequelae.

PNEUMOPATIE INTERSTIȚIALĂ DIFUZĂ CA PRIMĂ MANIFESTARE CLINICĂ ÎN CADRUL SINDROMULUI ANTISINTETAZĂ

Paul Tărău[1]

[1]Spitalul de Pneumoftiziologie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Introducere: Sindromul antisintetază face parte dintr-un grup heterogen de boli autoimune rare, din clasa miopatiilor inflamatorii idiopatice. Marca bolii este prezența în ser a autoanticorpilor antisintetază: JO-1, anti RO52, anti PL7 direcționați impotriva aminoacyl–t RNA sintetazei (familie de enzime cu rol în sinteza proteică). Sistemul respirator este afectat în grade variate, de la forme non-progresive la forme cu potențial distructiv. Formele de afectare interstițială sunt: pneumonie interstițială non-specificată, pneumonie interstițială uzuală, pneumonie criptogenică în organizare, pneumonie interstițială limfocitară, pneumonie interstițială și formă cu distrucție alveolară difuză. Frecvența, forma de prezentare, prognosticul și răspunsul la terapie variază cu tipul de afectare interstițială.

Caz clinic: Prezentăm cazul unui tânăr cu dispnee cu instalare relativ rapidă apărută în condițiile unui status fizic performant, fără antecedente patologice notabile. Evaluarea imagistică și bioptică pulmonară stabileşte diagnosticul de pneumopatie interstițială difuză cu caractere autoimune, screeningul serologic evidențiind prezența Ac anti Ro-52 si a Ac anti PL-7. Se inițiază tratament imunosupresor cu Prednison și Azatioprină. La 12 luni de la diagnostic pacientul dezvoltă elemente extrapulmonare caracteristice pentru dermatomiozită, iar funcția pulmonară se degradează progresiv.

Concluzii: Afectarea pulmonară interstițială poate preceda elementele clinice clasice sindromului antisintetază. Deteriorarea lent progresivă a funcției pulmonare sub corticosteroid sistemic asociat cu azatioprina impune augmentarea tratamentului imunosupresor.

INTERSTITIAL LUNG DISEASE AS FIRST CLINICAL MANIFESTATION WITHIN THE ANTYSINTHETASE SYNDROME

Paul Tarau[1]

[1]„Victor Babes" Hospital of Pneumophtysiology, Timisoara, Romania

Introduction: Antisynthetase syndrome is a heterogen group of rare autoimmune disorders which belongs to idiopathic inflammatory diseases. The hallmark of the disorder is the presence of serum antibodies: JO-1, RO-52, anti PL-7, which recognize the aminoacyl-tRNA synthetases, a family of intracytoplasmic enzymes which play the vital role in protein synthesis. The respiratory system is variable affect from non-progressive forms to destructive forms. For instance, the following forms are: non-specific interstitial pneumonia, interstitial pneumonia and diffuse alveolar damage, the last two have an unfavourable prognosis. The frequency, presenting forms, prognosis and therapy response are variable with interstitial lung disease type.

Clinical case: The case of a young man shall be presented with relatively quick dyspnea which has appeared under the conditions of an efficient physical status and without any notable pathological history. The imaging evaluation and pulmonary biopsy establish the diagnosis of interstitial lung disease with autoimmune features, the serological screening highlighting the presence of antibodies anti RO-52, anti PL-7. The treatment is commenced with systemic Corticoid and Azathioprine. At 12 months after diagnosis, the patient develops typically dermatomyositis symptoms, despite the treatment we are witnessing a slowly progressive clinical and functional deterioration.

Conclusions: Pulmonary involvement can be the only presenting form of Antisynthetase syndrome. In this case, pulmonary involvement precede dermatomyositis. Under the treatment with Corticosteroid and Azathioprine, we are witnessing a slow progressive pulmonary deterioration, which requires increased immunosuppressive therapy.

ELECTROREZECȚIA BRONHOSCOPICĂ A UNUI CARCINOM MUCOEPIDERMOID PULMONAR

Antonia Țent[1], Mărioara Șimon[1]

[1]Clinica de Pneumoftiziologie „Leon Daniello”, Cluj-Napoca, România

Istoricul bolii: Prezentăm cazul unei paciente în vârsta de 51 de ani, cunoscută cu astm bronșic, care se prezintă la consult pentru dispnee și durere toracică posterioară.

La evaluarea clinică, pacienta prezenta murmur vezicular diminuat bazal drept. Spirometria a decelat o disfuncție ventilatorie mixtă moderată. La CT-ul toracic s-a evidențiat o masă tumorală bine definită de 1.4x2cm la nivelul BPD. S-a efectuat fibrobronhoscopie unde s-a vizualizat o tumoră rotundă, netedă în suprafață, la nivelul BPD. S-au prelevat multiple biopsii, fără semne de malignitate la examenul histopatologic. S-a repetat fibrobronhoscopia cu electrorezecția completă a tumorii cu ajutorul ansei de electrochirurgie. Sângerarea a fost oprită prin electrocauterizare. Diagnosticul histopatologic final a fost de tumoră mucoepidermoidă cu grad scăzut de malignitate. Tumora rezecată avea margini libere tumorale. Pacientul a fost îndrumat spre consult oncologic cu efectuare PET-CT care nu a decelat modificări patologice. Medicul oncolog a decis efectuarea radioterapiei. Urmărirea timp de 2 ani a pacientului nu a evidențiat semne de recădere.

Concluzii și particularităţi ale cazului. Carcinomul mucoepidermoid pulmonar este un tip de carcinom al glandelor salivare care apare în general la pacienți mai tineri și afectează căile respiratorii mari. Diagnosticul diferențial pentru cazul nostru a fost cu hamartomul sau carcinoidul din cauza formei regulate. Decizia de electrorezecție a fost luată împreună cu chirurgul, cealaltă opțiune terapeutică fiind pneumectomia totală dreaptă. Tratamentul endoscopic a îmbunătățit statusul respirator. Electrorezecția cu ansă poate fi o alternativă de tratament bronhoscopic în unele cazuri de tumori endobronșice.

BRONCHOSCOPIC ELECTRORESECTION OF A MUCOEPIDERMOID CARCINOMA OF THE LUNG

Antonia Tent[1], Marioara Simon[1]

[1]„Leon Daniello" Clinic of Pneumophtysiology, Cluj-Napoca, Romania

Case history. We present the case of 51-year-old woman, with a history of asthma, who presented with dyspnea and thoracic pain.

On evaluation, she presented diminished right basal breath sounds. Spirometry showed a mixed moderate ventilatory impairment. Evaluation by computer tomography revealed a well-defined 1.4x2cm mass on the right main bronchus (RMB). The flexible bronchoscopy showed RMB obstruction by a round, smooth tumor. The biopsy samples showed no sign of malignancy. The bronchoscopy was repeated with complete electroresection of the tumor using an electrosurgical snare. The procedure caused mild bleeding that was stopped by electrocauterization. The final histopathologic examination revealed a low-grade mucoepidermoid carcinoma, with free resection margins. The patient was referred to an oncologist. The subsequent PET-CT showed no pathologic findings. The patient was subjected to radiation therapy, with no signs of relapse during a two-year follow-up.

Conclusion and point of discussion. Mucoepidermoid carcinoma of the lung is a rare salivary gland-type carcinoma occurring in younger patients and affecting the central airways. In our case, the differential diagnosis included hamartoma or a carcinoid tumor, because of its well-defined shape seen at bronchoscopy. The decision for electroresection was taken together with the surgeon, the other option being total right pneumectomy, since the tumor's broad base was located on the medial wall of right main bronchus, at its division in bronchus intermedius and superior right bronchus. Endoscopic tumor removal is considered the treatment of choice to improve respiratory status. Electrocautery and electrosurgical snaring may be effective alternatives in the bronchoscopic treatment of endobronchial masses.

NODULI PULMONARI EXCAVAȚI ÎN SIFILISUL PULMONAR SECUNDAR/LATENT, O PATOLOGIE RARĂ? PREZENTARE DE CAZ

Ana Adriana Trușculescu[1], Monica Marc[1], Daniel Trăilă[1], Cristian Oancea[1]

[1]Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

După o scădere spre sfârșitul secolului trecut, sifilisul reapare astăzi, probabil secundar unei schimbări a comportamentului sexual ca urmare a îmbunătățirii terapiei HIV, în special la bărbații care au relații sexuale cu alți bărbații . Asadar, în zilele noastre, medicii au putut vedea mai mulți pacienți cu sifilis, o boală care nu mai este bine recunoscută, care poate îmbrăca aspecte clinice neașteptate.

Sifilisul este o boală cu transmitere sexuală cauzată de infecția cu Treponema pallidum, care este clasificată în patru etape (primară, secundară, latentă și terțiară). Dacă pacienții cu sifilis primar nu primesc tratament, bacteria se va răspândi prin fluxul sanguin și se va pregăti pentru stadiul secundar. Tabloul clinic al sifilisului secundar poate lua diferite forme, boala fiind numită ”marele imitator”. Trebuie avut în vedere faptul că sifilisul secundar nu afecteaza numai pielea, ci și alte organe, cum ar fi plămânii.

Leziunile pulmonare în sifilisul secundar au fost descrise pentru prima dată în 1968 și se pot prezenta ca infiltrate interstițiale, consolidare pulmonară cu sau fără revărsat pleural și nodul pulmonar solitar sau noduli pulmonari multipli (cea mai comună formă) cu sau fără cavitație.

În ceea ce privește nodulii pulmonari excavați, un diagnostic diferențiat cu: metastazele pulmonare, noduli pulmonari din limfom, infecția cu micobacterium, actinomicoză, emboli pulmonari septice, noduli reumatoizi și granulomatoza Wegener este obligatoriu.

Deși incidența sifilisului primar și secundar este în creștere la nivel mondial, implicarea pulmonară în sifilisul secundar este neobișnuită. Credem totuși că clinicienii ar trebui să fie conștienți de această locație atipică a sifilisului.

EXCAVATED LUNG NODULES IN SECONDARY LATENT PULMONARY SYPHILIS, A RARE PATHOLOGY? A CASE REPORT

Ana Adriana Trușculescu[1], Monica Marc[1], Daniel Trăilă[1], Cristian Oancea[1]

[1]„Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Following a decline towards the end of the last century, syphilis is currently re-emerging, probably secondary to a change in sexual behavior following improvements in HIV therapy, particularly in men who have sex with others men .Nowadays, physicians could thus see more patients with syphilis, a disease no longer well recognized that can adopt unexpected clinical aspects.

Syphilis is a sexually transmitted disease caused by infection with *Treponema pallidum*, which is classified into four stages (primary, secondary, latent and tertiary). If the patients with primary syphilis do not receive treatment, the bacterium will spread through their bloodstream, and set the stage for secondary. The clinical appearance of secondary syphilis may take different forms, the disease being called"the great imitator". It should be taken into account that secondary syphilis does not involve only the skin, but also other organs, such as lungs.

Pulmonary lesions in secondary syphilis were first described in 1968 and may present as interstitial infiltrates, lung consolidation with or without pleural effusion and a solitary pulmonary nodule or multiple pulmonary nodules (most common finding) with or without cavitation.

Regarding multiple excavate lung nodules a differential diagnostic with: lung metastases, lymphoma lung nodules, mycobacterium infection, actinomycosis, septic pulmonary emboli, rheumatoid nodules and Wegener's granulomatosis is mandatory

Although the incidence of primary and secondary syphilis is increasing worldwide, pulmonary involvement in secondary syphilis is uncommon. Nonetheless we believe that clinicians should be aware of this atypical localization of syphilis.

O PROVOCARE DIAGNOSTICĂ MULTIDISCIPLINARĂ

Ștefania Vârban[1], Diana Leonte[1], Paleru Cristian[1], Elmira Ibraim[1]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 52 de ani, fumătoare (32 de pachete-an), internată în martie 2020 pentru hemoptizii.

Examinarea imagistică (CT) a evidențiat o leziune cavitară în lobul superior drept și adenopatii hilare ipsilaterale. Coroborând *datele clinico-imagistice* se ridică suspiciunea de tuberculoză pulmonară, pentru care pacienta primește trei luni terapie specifică, fără ameliorarea simptomatologiei. Se efectuează *lobectomie superioară dreaptă*, în scop diagnostic și terapeutic.

Examinarea macroscopică evidențiază o formațiune tumorală de 55 mm ax lung, brună, în mare parte necrozată și abcedată, ce retractă pleura supraiacentă.

Microscopic tumora este nediferențiată, cu frecvente mitoze atipice și înaltă anaplazie; celulele neoplazice se dispun în plaje solide sarcomatoide sau descriu angiogeneză, cu endotelii tumorale și conținut hematic, inclusiv microlumene intracitoplasmatice ce ridică suspiciunea unui angiosarcom; necroză extinsă, inflamație supurativă și microcolonii de Aspergillus. Celulele tumorale exprimă difuz TTF1, AE1/AE3 și sunt negative pentru CD31, CD34, ERG, p40; index Ki67 30%.

Acest caz a reprezentat o provocare diagnostică multidisciplinară, cu aspecte clinico-imagistice și histopatologice complexe, sugestive pentru alte patologii (tuberculoză pulmonară, angiosarcom). Profilul imunohistochimic tumoral susține însă diagnosticul de adenocarcinom pulmonar, infirmând natura sarcomatoasă prezumată inițial. *Scopul* prezentării este de a atrage atenția asupra importanței examenului imunohistochimic. O altă particularitate a cazului prezentat este reprezentată de suprainfecția cu Aspergillus.

A MULTIDISCIPLINARY DIAGNOSTIC CHALLENGE

Stefania Varban[1], Diana Leonte[1], Cristian Paleru[1], Elmira Ibraim[1]

[1]„Marius Nasta" Institute of Pneumophtysiology, Bucharest, Romania

We report the case of a 52-year-old female patient who presented in March 2020 with hemoptysis. The patient has 32 *pack-year* history of *smoking,* without occupational exposure to respiratory toxic agents.

Imagistic examination (CT) revealed a cavitary lesion in the right upper lobe of the lung and ipsilateral hilar lymphadenopathy. *Clinical and imagistic aspects* raised the suspicion of pulmonary tuberculosis. The patient received three months of specific *treatment*, without any improvement in symptoms. It was performed right upper lobectomy with diagnostic and therapeutic purpose.

Macroscopy revealed a 55 mm tumor, brown, mostly with necrosis and abcedated, retracting the adjacent pleura. *Microscopic*, the tumor is undifferentiated, with frequent atypical mitoses and anaplasia; neoplastic cells are arranged in solid areas or describe angiogenesis, with tumoral endothelium and hematic content, including intracytoplasmic microlumens, raising the suspicion of angiosarcoma; extensive necrosis, suppurated inflammation and Aspergillus filaments. Tumor cells express diffuse TTF1, AE1/AE3 and are negative for CD31, CD34, ERG, p40; Ki67 index 30%.

This case represented a multidisciplinary diagnostic challenge, with complex clinical, imagistic and histopathological aspects, suggestive of other pathologies (pulmonary tuberculosis, angiosarcoma). Immunohistochemical profile sustains the diagnosis of lung adenocarcinoma, invalidating the sarcomatoid nature presumed initially. The *purpose* of this presentation is to reveal the importance of immunohistochemistry. Another particularity of this case is superinfection with Aspergillus.

TUMORĂ BENIGNĂ RARĂ PULMONARĂ ASOCIATĂ CU BRONȘIECTAZII – PREZENTARE DE CAZ

Ștefania Varban[1], Elena Magheran[1], Grigorie Vasile[1], Elmira Ibraim[1]

[1]Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București, România

Tumorile benigne reprezintă o patologie diagnosticată relativ rar, de obicei incidental, la nivel pulmonar.

Prezentăm cazul unui pacient in varsta de 62 de ani, internat in iulie 2020 pentru tuse cu expectorații hemoptoice. Pacientul este în sevraj tabagic de un an, fără expunere profesională la noxe respiratorii.

Examinarea *clinico-imagistică* evidentiaza bronșiectazii bilaterale, BPOC și o formațiune tumorală de 39/32 mm în lobul inferior drept, pentru care se efectuează lobectomie cu limfadenectomie mediastinală.

Examinarea *macroscopică* evidentiază o formațiune chistică de 40 mm diametru, cu pereți subțiri, netezi, transparenți și conținut mucos; adiacent, bronhii dilatate având conținut grunjos.

Microscopic, formațiunea chistică are conținut mucinos și perete tapetat de celule cilindrice/cuboidale cu nuclei hipercromi, bazali și citoplasmă bazofilă; reacție giganto-celulară de corp străin asociată extravazării de mucină. Parenchimul adiacent prezintă bronșiectazii.

Diagnosticul histopatologic este de chistadenom mucinos, leziune diagnosticată în mod excepțional la nivel pulmonar. Cazul prezentat este interesant prin raritatea patologiei, dar și prin asocierea cu o leziune frecventă, benignă, non-tumorală (bronșiectazii), care a facilitat diagnosticul. În Institutul „Marius Nasta”, centru de referință în patologia pulmonară, nu a mai fost raportat niciun caz de chistadenom mucinos cel puțin în ultimii 8 ani.

RARE BENIGN PULMONARY TUMOR ASSOCIATED WITH BRONCHIECTASIS – CASE REPORT

Stefania Varban[1], Elena Magheran[1], Grigorie Vasile[1], Elmira Ibraim[1]

[1]„Marius Nasta" Institute of Pneumophtysiology, Bucharest, Romania

Benign tumors are relatively rare pulmonary lesions and are *usually* an *incidental* finding.

We report the case of a 62-year-old male patient, presented in July 2020 with cough and hemoptoic expectoration. The symptomatology occurred one year after quitting smoking, without *occupational exposure to respiratory toxic agents.*

Clinical and imagistic examinations revealed bilateral bronchiectasis, BPOC and a 39/32 mm tumor, located within the right lower lobe. It was performed lobectomy and mediastinal lymphadenectomy.

Gross examination revealed a cystic tumor 40 mm in diameter with thin, smooth, transparent walls and mucinous content; dilated bronchi with coarse content.

Microscopic the tumor have mucinous content and walls lined by columnar/ cubic cells with hyperchromatic, basally oriented nuclei and basophilic cytoplasm; foreign body giant cell reaction associated with mucin extravasation. Perilesional lung parenchyma presents bronchiectasis.

Histopathologic diagnosis is mucinous cystadenoma, a lesion diagnosed extremely rare in the lung. This is why this case is extremely interesting and because of its association with a frequent, benign, non-tumoral lesion (bronchiectasis), which facilitated the diagnosis. In "*Marius Nasta*" *Pneumophtisiology Institute*, a reference center in lung pathology, were not reported any cases of mucinous cystadenoma at least in the last 8 years.

RELAȚIA DINTRE FIBROZA PULMONARĂ ȘI CANCERUL PULMONAR

Ionela Vasies[1], Gabriel Geru[1]

[1] Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr.Victor Babeș”, Timișoara, România

Introducere: Fibroza idiopatică pulmonară este o boală interstițială pulmonară progresivă, HRCT (High Resolution Computer Tomography) este una dintre primele investigații la care se apelează. În FIP apare caracteristic aspectul de UIP (Usual Interstitial Pneumonia) definit prin opacități de tip reticular, retractile, bronsiectazii de tracțiune, microchiste cu aspect de fagure de miere cu distribuție predominant bazală şi subpleurală. Evoluția bolii este una progresivă care conduce la insuficiență respiratorie cronică, cu o speranță de viață de 3-3.5 ani.Terapia antifibrotică s-a dovedit a reduce declinul FVC şi la creşterea supraviețuirii. Pe lângă celelalte complicații ale FIP, asocierea cu cancerul bronhopulmonar este tot mai frecventă.

Prezentarea cazului: Bărbat în vârstă de 69 de ani, fost fumător, se prezintă acuzând dispnee la eforturi mici, fatigabilitate, astenie. La examenul obiectiv se decelează raluri de tip Velcro medio-bazal bilateral şi degete hipocratice. Se realizează HRCT (pattern UIP), teste funcționale (spirometrie=disfunctie pulmonară restrictivă şi DLCO=sindrom restrictiv parenchimatos) se dozează şi titrul anticorpilor ANCA (negativi). Se stabileşte diagnosticul de FPI. Se inițiază tratamentul cu Pirfenidona şi oxigenoterapie la domiciliu. Pacientul este compliant la tratament. Din decembrie 2019 pacientul începe să acuze scădere în greutate (10 kg în 3 luni), tuse seacă, şi dureri articulare, după efectuarea unui CT de torace se pune diagnosticul de suspiciune neoplasm pulmonar. Se intervine bronhoscopic cu efectuarea de biopsie bronşică, rezultatul histopatologic fiind de adenocarcinom. Se renunță la tratamentul cu Pirfenidona şi se initiază tratament oncologic.

Discuții şi concluzii: FPI este o boală care atrage după sine complicații de tipul exacerbărilor sau insuficienței respiratorii cronice, asocierea cu tumorile pulmonare reprezintă o problemă tot mai frecventă şi se transformă într-o adevărată provocare atât pentru medici cât şi pentru pacienți.

THE ASSOCIATION OF IPF AND PULMONARY CANCER

Ionela Vasies[1], Gabriel Geru[1]

[1]„Dr.Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumophtysiology, Timisoara, Romania

Introduction: Idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) is a progressive, fibrotic interstitial lung disease. HRCT is one of the first investigations that is used to put a diagnosis. In IPF the typical pattern is UIP (usual interstitial pneumonia) with the following features, bilateral and subpleural reticulation, associated with traction bronchiectasis and honeycombing. The evolution is progressive and it leads to chronical respiratory insufficiency with a life expectancy of 3-3.5 years. The new pharmacological therapy is proved to be efficient in reducing the decline of FVC. Among the others complications, the association with the pulmonary cancer is more and more frequent.

Case presentation: Male, 69 years, ex-smoker, is accusing dyspnoea, fatigue and asthenia. The pulmonary auscultation reveals Velcro like crackles. We run a HRCT (Pattern UIP), functional tests (spirometry=restricted pulmonary defect; DLCO=restricted parenchyma syndrome), ANCA antibodies (negative). We establish the IPF diagnosis and start the treatment with Pirfenidona and supplemental oxygen. The patient is being compliant to the treatment but since December 2019 he is accusing weight loss (10kg in 3months),dry cough and articular pain, after running another CT we establish the diagnosis of Pulmonary tumor confirmed by CT. We perform a bronchoscopy with bronchial biopsy, the histopathological result is adenocarcinoma. We stop the antifibrotic treatment and start the oncological treatment.

Conclusions: IPF is a disease that has many complications like exacerbation or chronical pulmonary failure. The association with the pulmonary carcinoma is more and more frequent and is becoming a real challenge for both the patients and the doctors.

GRANULOM GIGANTO-EPITELOID PULMONAR ÎN CONTEXTUL BOLILOR SISTEMICE REUMATOLOGICE

Andreea Vlădău[1]

[1]Departamentul de Pneumologie, Universitarea de Medicină și Farmacie, Oradea, România

Granulomatoza pulmonară este un diagnostic de confirmare histopatologică, suspectat la imagistica pulmonară la pacientul simptomatic respirator.

Uneori, simptomatologia respiratorie frustă a pacientului cu boli reumatologice sistemice, aflat și în tratament biologic, nu orientează spre patologie pulmonară decât în urma radiografiilor de screening din monitorizarea terapiei reumatologice.

Pe baza unui caz de psoriazis articular aflat în tratament anti-TNF-alfa și metotrexat, actual cu tumora pulmonară dovedită granulom giganto-epiteloid non-necrozant, revizuim diagnosticul etiologic pneumologic.

Diagnosticul diferențial este dificil mai ales la pacientul imunosupresat. Lipsa necrozei orientează către un diagnostic de granulom "benign": sarcoidoza, granulomatoza limfocitară-GLILD, secundar antiTNF-alfa.

Nu se pot exclude complet cauzele infecțioase: tuberculoza secundară la debut, alte infecții oportuniste, pneumonitele de hipersensibilitate.

Se vor urmări distribuția limfatică care pledează mai degrabă pentru sarcoidoză, conturul net pentru infecții, inflamația interstițială asociată pentru pneumonita de hipersensibilitate sau pentru terapii imunosupresoare.

Este evident însă că doar prin colaborarea clinician pneumolog, reumatolog, anatomopatolog, imagist se poate formula un diagnostic. Chiar interdisciplinar, certitudinea ar putea să nu fie stabilită, iar echipa medicală va decide în colaborare conduita de urmărire și terapeutică.

GIANT-EPITHELOID PULMONARY GRANULOMA IN CONTEXT OF RHEUMATIC SYSTEMIC DISEASES

Andreea Vladau[1]

[1]Department of Pneumology, University of Medicine and Pharmacy, Oradea, Romania

Pulmonary granulomatosis is a confirmed histopathological diagnosis, suspected in pulmonary imaging in the symptomatic respiratory patient.

Sometimes, the rough respiratory symptoms of the patient with rheumatologic systemic diseases, also in biological treatment, do not orient towards pulmonary pathology only after screening radiographs from the monitoring of rheumatological therapy.

Based on a case of joint psoriasis undergoing anti-TNF-alpha and methotrexate treatment, currently with a proven non-necrotizing giant-epitheloid granuloma of the lung, we review the pneumological etiological diagnosis.

Differential diagnosis is difficult especially in the immunosuppressed patient. The lack of necrosis leads to a diagnosis of "benign" granuloma: sarcoidosis, lymphocytic granulomatosis-GLILD, secondary antiTNF-alpha.

Infectious causes cannot be completely ruled out: secondary tuberculosis at onset, other opportunistic infections, hypersensitivity pneumonitis.

We will follow the lymphatic distribution that pleads rather for sarcoidosis, the net contour for infections, the interstitial inflammation associated for hypersensitivity pneumonitis or for immunosuppressive therapies.

It is obvious, however, that only through the collaboration of a pulmonologist, rheumatologist, pathologist and imager can a diagnosis be made. Even interdisciplinary, the certainty may not be established, and the medical team will decide in collaboration the follow-up and therapeutic conduct.

CE POATE ASCUNDE AMEȚEALA, INSTABILITATEA, TINNITUSUL ȘI HIPOACUZIA APĂRUTE LA PACIENȚII CU PATOLOGII PULMONARE TRATATE CU ANTIBIOTERAPIE ÎN DOZE MARI, PERIOADE LUNGI - ABORDARE, TRATAMENT

Ioana Vodă[1], Alexandra Marc[1], Raluca Ralea[1], Lidia Szoke[1]

[1]Clinica Nova Explorări O.R.L., București și Cluj-Napoca, România

Tratamentul obligatoriu dat în anumite patologii pulmonare grave implică administarea unor antibiotice cu reacții ototoxice în doze mari și timp îndelungat.

Instabilitatea, nesiguranța la mers, dependența vizuală, oscilopsiile, amețelile, tinnitusul și hipoacuzia sunt simptomele caracteristice afectării celulelor senzoriale cohleare și vestibulare, în grade și frecvențe diferite- hiporeflexie sau areflexie vestibulară bilaterală – frecvent simetrică.

Metodele de diagnostic şi management a areflexiei vestibulare şi a afectării cohleare sunt prezentate în trei paşi, cu un algoritm simplu.

Necesitatea testării la primele simptome previne instituirea unei areflexii definitive acustico vestibulare, precum şi instituirea unei terapii de susținere neuro – celulară şi de substituție senzorială sunt obligatorii pentru a salva funcția de echilibru şi auz al pacienților.

WHAT CAN HIDE DIZZINESS, INSTABILITY,OSCILLOPSY, TINNITUS AND HEARING LOSS IN PATIENTS WITH PULMONARY PATHOLOGIES TREATED WITH ANTIBIOTICS IN HIGH DOSES, LONG PERIODS - APPROACH, TREATMENT

Ioana Vodă[1], Alexandra Marc[1], Raluca Ralea[1], Lidia Szoke[1]

Nova Clinic of E.N.T. Explorations, Bucharest and Cluj-Napoca, Romania

The obligatory treatment given in certain serious lung pathologies involves the administration of antibiotics with ototoxic reactions in high doses and for a long time. Instability, visual dependence, oscillopsy, dizziness, tinnitus and hearing loss are the characteristic symptoms of cochlear and vestibular sensory cells, in varying degrees and frequencies - hyporeflexia or bilateral vestibular areflexia - often symmetrical. The methods of diagnosis and management of vestibular areflexia and cochlear involvement are presented in three steps, with a simple algorithm. The need for testing at the first symptoms prevents the establishment of a definitive acoustic-vestibular areflexia, as well as the establishment of a neuro-cellular support and sensory substitution therapy are mandatory to save the balance and hearing function of patients.

DIFICULTĂȚI ȘI LIMITE ÎN TRATAMENTUL CERVICO-MEDIASTINITELOR SUPURATE CU PUNCT DE PLECARE ORO-FARINGIAN

Daniela Vrînceanu[1,3], Mihai Dumitru[1,3], Adrian Ștefan[1], Bogdan Bănică[2]

[1]Compartiment ORL, Spitalul Universitar de Urgență, București, România
[2]Compartiment OMF, Spitalul Universitar de Urgență, București, România
[3]Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila ", București, România

Introducere. Supurațiile cervico-mediastinale reprezintă o patologie de urgență complexă, cu evoluție dramatică în lipsa tratamentului adecvat. Din păcate, incidența acestor supurații este din ce în ce mai mare, având ca punct de plecare nivelul cavității orale și al orofaringelui. Diversificarea abordărilor terapeutice, în echipe chirurgicale complexe – chirurg ORL, chirurg oro-maxilo-facial, chirurg toracic – precum și diversificarea tehnicilor de anestezie și de terapie intensivă au determinat creșterea șanselor de supraviețuire în această patologie, cu condiția diganosticului și tratamentului corect și precoce instituit.

Material și metodă. Vom prezenta experiența noastră în diagnosticul și tratamentul multidisciplinar al supurațiilor cervico-mediastinale printr-un studiu retrospectiv realizat în perioada 2013-1018, pe 26 de cazuri. Criteriile de includere au fost reprezentate de pacienți cu supurații cervicale profunde, operați în serviciul nostru, inclusiv cu intervenții chirurgicale de drenaj anterioare. Criteriile de excludere au fost supurațiile cervicale localizate. Protocolul diagnostic a inclus examen CT cervical și toracic la toți pacienții, admisie în ATI, cervicotomie largă de drenaj cu menținerea plăgii deschisă, cu lavaj zilnic al plăgii, toracotomii și revizii chirurgicale.

Rezultate. Vom prezenta distribuția cazurilor după sex, grupe de vârstă, status social, tablou clinic la admisie, focar, comorbidități/factori de risc, intervalul de timp admisie/cervicotomie, examen bacteriologic al plăgii, evoluție și perioada de spitalizare. Factorii de prognostic pozitiv au fost diagnosticul precoce (primele 24-48 h), intervenția chirurgicală precoce – cervicală și toracică, eradicarea focarului, suportul nutrițional.

Concluzii. Considerăm că foarte importante în rezolvarea acestor cazuri de supurații sunt abordarea multidisciplinară – chirugie cervico-toracică, anestezia și terapia intensivă – precum și nursing-ul pacientului cu supurație cervico-mediastinală.

DIFFICULTIES AND LIMITATIONS IN THE TREATMENT OF SUPPURATIVE CERVICO-MEDIASTINITIS WITH AN OROPHARYNGEAL STARTING POINT

Daniela Vrinceanu[1,3], Mihai Dumitru[1,3], Adrian Stefan[1], Bogdan Banica[2]

[1]Department of ENT, Bucharest University Emergency Hospital, Romania
[2]Department of OMF, Bucharest University Emergency Hospital, Romania
[3]„Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Introduction. Cervico-mediastinal suppurations represent a complex emergency pathology, with a dramatic evolution in the absence of adequate treatment. Unfortunately, the incidence of these suppurations is increasing, having as a starting point the level of the oral cavity and oropharynx. The diversification of therapeutic approaches in complex surgical teams - ENT surgeon, oro-maxillo-facial surgeon, thoracic surgeon, as well as anesthesia and intensive care techniques has increased the chances of survival in this pathology, provided the correct and early diagnosis and treatment established.

Material and method. We will present our experience in the diagnosis and multidisciplinary treatment of cervico-mediastinal suppurations through a retrospective study conducted during 2013-1018, including 26 cases. The inclusion criteria were represented by patients with deep cervical suppurations operated in our service, including with previous drainage surgeries. The exclusion criteria were localized cervical suppurations. The diagnostic protocol included cervical and thoracic CT examination in all patients, admission to ATI, wide drainage cervicotomy with open wound maintenance with daily wound lavage, thoracotomies, and surgical revisions.

Results. We will present the distribution of cases by sex, age groups, social status, the clinical picture at admission, outbreak, comorbidities/risk factors, admission time/cervicotomy, bacteriological examination of the wound, evolution, and period of hospitalization. Positive prognostic factors were early diagnosis (first 24-48 h), early cervical and thoracic surgery, eradication of the outbreak, nutritional support.

Conclusions. We consider that very important in solving these cases of suppurations are the multidisciplinary approach - cervicothoracic surgery, anesthesia and intensive care, as well as the nursing of the patient with cervico-mediastinal suppuration.

PNEUMONIE SEVERĂ PRIN SARS-COV-2 CU EVOLUȚIE FAVORABILĂ SUB TRATAMENT CU TOCILIZUMAB ÎN CLINICA DE PNEUMOLOGIE TÂRGU MUREȘ (PREZENTARE DE CAZ)

Mara Vultur[1], Hédi Balogh[2], Mioara Szatmary[2], Edith Simona Ianoși[2], Gabriela Jimborean[2]

[1] Clinica de Pneumologie, Târgu Mureș, România
[2] Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie „George Emil Palade", Târgu Mureș, România

Introducere: Infecția SARS-CoV-2 poate evolua cu forme severe de pneumonie cu cel puțin un criteriu pozitiv: polipnee ≥30 respirații/minut, SaO2<93% în repaus, PaO_2/FiO_2 ≤ 300mmHg, insuficiență respiratorie ce necesită ventilație mecanică, șoc și insuficiențe de organ ce necesită îngrijire ATI. Sunt studii ce arată că tratamentul cu tocilizumab (anticorp monoclonal umanizat, clasa IgG1 antireceptor IL6) a oferit beneficii la pacienții cu forme severe și furtună citokinică.

Prezentarea cazului: Un bărbat de 66 de ani se internează în Clinica Pneumologie cu infecție severă SARS-CoV-2 (pneumonie și detresă respiratorie acută SDRA) și factori de risc (expunere profesională la substanțe chimice). Pacientul prezenta febră, tuse, dispnee de repaus, astenie, cefalee. Radiografia toracică: infiltrate alveolare difuze bilaterale în „sticlă mată". Tratamentul a fost complex: oxigenoterapie 5-10 litri/min, lopinavir–ritonavir, hidroxicloroquin, azitromicin, heparină cu greutate moleculară mică, dexametazon, simptomatice. În evoluție, după 14 zile infiltratele pulmonare se extind, SaO2 devine 85%, PaO2/FiO2 <200mmHg (10l/min O2), se accentuează dispneea, astenia. Se transferă în ATI pentru monitorizare și tratamente avansate (tocilizumab, remdesivir, după caz ventilație mecanică). Alte investigații: glicemie 164mg%, feritina 1031ng/ml, fibrinogen 606 mg%, GOT 65U/L, GPT 158 U/L, leucocitoză cu limfopenie (8,75%), PCR 169mg/L. S-a introdus tocilizumab intravenous 8mg/kg/corp 1 infuzie/zi, 3 zile. Evoluția clinică a fost rapid favorabilă cu diminuarea infiltratelor, ameliorare clinică și a parametrilor inflamatori (feritina 339ng/ml, fibrinogen 120 mg%, GOT 17 U/L, GPT 38 U/L, PCR 1 mg/L).

Concluzii: Tratamentul cu tocilizumab a determinat un efect imunoactiv cu ameliorare clinică/radiologică și biologică rapidă la un pacient cu SDRA prin infecție severă SARS-CoV-2.

SEVERE PNEUMONIA IN SARS-COV-2 INFECTION, WITH FAVORABLE EVOLUTION UNDER TREATMENT WITH TOCILIZUMAB. A CASE REPORT FROM CLINIC OF PNEUMOLOGY, TARGU MURES

Mara Vultur[1], Hédi Balogh[2], Mioara Szatmary[2], Edith Simona Ianosi[2], Gabriela Jimborean[2]

[1] Clinic of Pneumology, Targu Mures, Romania
[2] „George Emil Palade" University of Medicine and Pharmacy, Sciences and Technology, Targu Mures, Romania

Introduction: SARS-CoV-2 infection can develop severe forms of pneumonia with at least one positive criterion: polypnea ≥30 breaths/minute, SaO2 <93% at rest, PaO2/FiO2 ≤300mmHg, respiratory failure requiring mechanical ventilation, shock and organs insufficiency requiring ICU. There are studies showing that treatment with tocilizumab (humanized monoclonal antibody, IgG1 class antireceptor IL6) has provided benefits in patients with severe forms and cytokine storms.

Case presentation: A 66-year-old man is admitted to the Clinic of Pneumology with severe SARS-CoV-2 infection (pneumonia and acute respiratory distress, ARDS) and risk factors (occupational exposure to chemicals). The patient had fever, cough, shortness of breath, asthenia, headache. Chest-x-ray: bilateral diffuse alveolar infiltrates in "ground glass". The treatment was complex: oxygen therapy 5-10 liters/min, lopinavir-ritonavir, hydroxychloroquine, azithromycin, low molecular weight heparin, dexamethasone, symptomatic. In evolution after 14 days the pulmonary infiltrates expand, SaO2 becomes 85%, PaO2/FiO2 <200mmHg (10L/min O2), dyspnea, asthenia is accentuated. We performed transfer to ICU for monitoring and advanced treatment (tocilizumab, Redemsivir, mechanical ventilation if necessary). Other investigations: glycemia 164mg%, ferritin 1031ng/ml, fibrinogen 606 mg%, GOT 65U/L, GPT 158 U/L, leukocytosis with lymphopenia (8.75%), PCR 169mg/L. We initiated intravenous tocilizumab 8mg/kg/body 1 infusion/day, 3 days. The clinical evolution was rapidly favorable with the decrease of infiltrates, clinical improvement and inflammatory parameters (ferritin 339ng/ml, fibrinogen 120 mg%, GOT 17 U/L, GPT 38 U/L, PCR 1 mg/L).

Conclusions: Treatment with tocilizumab resulted in an immunoactive effect with rapid clinical/radiological and biological improvement in a patient with ARDS due to severe SARS-CoV-2 infection.

BIOPSIA PLEURALĂ ECOGHIDATĂ

Mara Vultur[1], Gabriela Jimborean[2]

[1]Clinica Pneumologie, Târgu Mureș, România
[1]Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie „George Emil Palade”, Târgu Mureș, România

Biopsia pleurală se efectuează prin tehnici diferite: cu ac ghidată ultrasonografic (BPUS) (“closed pleural biopsy”), prin toracoscopie sau toracotomie invazivă. BPUS se recomandă în unele patologii pleurale/subpleurale: neoplazii maligne sau benigne, îngroșări pleurale (suspiciune de mezoteliom sau metastaze), tuberculoză, pleurezii nediagnosticate anterior prin metode clinice/imagistice sau din lichidul pleural (colagenoză, pahipleurită, sarcoidoză, azbestoză). Contraindicațiile sunt relative și unele pot fi corectate: lipsa acordului pacientului, sindroame hemoragice (se va verifica coagulograma; anticoagulantele vor fi întrerupte cu o perioadă egală cu durata lor de acțiune), insuficiență respiratorie (se administrează oxigen, se tratatează cauzele), empiemul pleural (se efectuează toracoscopie), absența lichidului pleural subiacent (se recomandă toracoscopie), intenția de introducere a VNI (se va amâna BPUS). Biopsia prelevată poate face obiectul examenului histopatologic, imunohistochimic sau bacteriologic. Se efectuează cu ace Abrams, Cope, Stoicescu sau Trucut. Principiul TRUcut presupune introducerea acului (care are în interior un spațiu pentru colectarea specimenelor) odată cu un trocar exterior (ghid), se împinge acul ascuțit în zona de biopsat sub ghidaj ecografic, se alunecă manșonul peste ac pentru tăierea biopsiei și se extrag în bloc ghidul și acul cu biopsia în interior. Utilizarea BPUS are multiple avantaje: este confortabilă pentru pacient (neinvazivă, nu necesită anestezie generală), permite o recuperare rapidă, se poate efectua în ambulator, determină cu precizie locul biopsiei, a crescut randamentul de confirmare (după unii autori între 84-97%), se desfășoară în timp real (spre deosebire de ghidarea CT), a redus la minim complicațiile postpuncție, ghidarea este neiradiantă, se poate efectua la patul pacientului.

PLEURAL BIOPSY SONOGRAPHICALLY GUIDED

Mara Vultur[1], Gabriela Jimborean[2]

[1] Clinic of Pneumology, Targu Mures, Romania
[1]„George Emil Palade" University of Medicine, Pharmacy, Sciences and Technology, Targu Mures, Romania

Pleural biopsy (PB) is performed by different techniques: sonographically guided PB (USPB) („closed pleural biopsy"), by thoracoscopy or invasive thoracotomy. USPB is recommended in some pleural/subpleural pathology: malignant/benign neoplasms, pleural thickening (suspicion of mesothelioma, metastases), tuberculosis, pleural effusion not previously diagnosed by clinical/imaging methods or by pleural fluid analysis (collagenosis, pahypleuritis, sarcoidosis). Contraindications are relative and some can be corrected: lack of patient consent, hemorrhagic syndromes (check the coagulogram; anticoagulants will be stopped for a period equal to their duration of action), respiratory failure (give oxygen, treat the causes), pleural empyema (thoracoscopy), absence of underlying pleural fluid (thoracoscopy), intention to introduce mechanical ventilation (USPB will be delayed). The biopsy may be the subject of histopathological, immunohistochemical or bacteriological examination. It is performed with Abrams, Cope, Stoicescu or Trucut needles. The Trucut principle involves inserting the needle (which has a space for collecting specimens) with an outer trocar (guide), pushing the sharp needle into the biopsy area under US guidance, sliding the sheath over the needle to cut the biopsy and extracting together guide and needle with biopsy inside. The use of USPB has multiple advantages: it is comfortable for the patient (doesn't require general anesthesia), it allows a quick recovery, it can be performed in an outpatient setting, it accurately determines the place of the biopsy, it has increased confirmation yield (84-97%), it is a real time investigation (unlike CT guidance), minimized post-puncture complications, it is non-radiant and can be performed at the patient's bedside.

COINFECȚIA HIV-TB LA CONSUMATORII DE DROGURI INTRAVENOASE DIN BUCUREȘTI

Ana-Maria Zaharie[1], Mirela Tigau[1]

[1] Dispensar TBC, Institutul de Pneumologie „Marius Nasta", București, România

Introducere: Tuberculoza pacientului infectat HIV este o patologie severă, fiind responsabilă de un sfert din decesele acestor pacienți. Consumatorii de droguri intravenoase (CDIV) reprezintă o categorie de pacienți vulnerabilă.

Scop: Descrierea coinfectiei HIV-tuberculoză în rândul CDIV din sectorul 4, București.

Material și metodă: Din registrul pacienților tratați în Dispensarul Sector 4, București în anii 2009-2018 s-au selectat pacienții cu coinfecție și s-au prelevat date demografice, medicale privind coinfecția și tratamentul tuberculozei ale CDIV.

Rezultate: În cei 10 ani au fost înregistrați 122 pacienți cu coinfecție HIV-TB; 60 dintre ei au fost CDIV. Vârsta medie a acestora este de 33.05 ani, 52 (86.6%) sunt bărbați, 54 (90%) sunt din mediul urban, restul din satele limitrofe sectorului 4. 17 pacienți sunt cazuri sociale. Cazuri noi au fost 48 pacienți, 7 recidive si 5 retratamente pentru abandon. 51 de pacienți au avut tuberculoză pulmonară, 21 extrapulmonară, 12 mixtă. Confirmarea prin cultură a fost obținută la 52 pacienți. 65% dintre pacienți primesc tratament antiretroviral , valoarea medie a CD4 este de 157,18/mm^3. Hepatita C este cunoscută la 57 dintre pacienți. Succes terapeutic s-a înregistrat la 31 de pacienți (23 de vindecări, 8 tratamente complete), 18 pacienți au decedat.

Concluzii: Peste jumătate din pacienții cu co-infecție HIV-TB sunt CDIV, tineri, preponderent bărbați, din mediul urban, cu o proporție covârșitoare de pacienți ce asociază hepatita C, majoritatea având tratament anti-HIV. Forma pulmonară a tuberculozei predomină. Succesul terapeutic s-a obținut în jumătate din cazuri. CVID reprezintă o populație specială, cu risc de insucces terapeutic și care necesită o atenție deosebită.

HIV-TB CO-INFECTION AMONG INTRAVENOUS DRUG USERS IN 4TH DISTRICT, BUCHAREST, 2009-2018

Ana-Maria Zaharie[1], Mirela Tigau[1]

[1] TB Unit, „Marius Nasta" Institute of Pneumology, Bucharest, Romania

Introduction: Tuberculosis of the HIV-infected patient is a severe pathology, being responsible for a quarter of the deaths of these patients. Intravenous drug users (IDU) are a vulnerable category of patients.

Purpose: Description of HIV-tuberculosis co-infection among IDU in 4th district, Bucharest.

Material and method: From the register of patients treated in the 4th District TB Unit, Bucharest during 2009-2018, the patients with coinfection were selected and demographic and medical data were taken regarding the coinfection and treatment of tuberculosis of IDU patients.

Results: In the 10 years, 122 patients with HIV-TB coinfection were registered; 60 of them were IDU. Their average age is 33.05 years, 52 (86.6%) are men, 54 (90%) are from urban areas, the rest from villages bordering 4th district. 17 patients are social cases. New cases were 48 patients, 7 relapses and 5 retreatments after abandonment. 51 patients had pulmonary tuberculosis, 21 extrapulmonary, 12 mixed. Culture confirmation was obtained in 52 patients. 65% of patients receive antiretroviral treatment, the average value of CD4 is 157.18/mm3. Hepatitis C is known in 57 patients. Therapeutic success was recorded in 31 patients (23 cures, 8 complete treatments), 18 patients died.

Conclusions: More than half of the patients with HIV-TB coinfection are IDU, young, mostly men, from urban areas, with an overwhelming proportion of patients associating hepatitis C, most with anti-HIV treatment. The pulmonary form of tuberculosis predominates. Therapeutic success was achieved in half of the cases. IDU is a special population, at risk of therapeutic failure, requiring special attention.

MULTIPLELE FAȚETE ALE UNEI PNEUMONITE CRIPTOGENICE ÎN ORGANIZARE – PREZENTARE DE CAZ

Zsolt Vastag[1], Emanuela Tudorache[2,3], Roxana Cocoș[1], Ovidiu Fira-Mladinescu[1,3]

[1] Clinica Universitară Pneumologie II, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș”, Timișoara, România
[2] Clinica Universitară Pneumologie I, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș”, Timișoara, România
[3] Departamentul XIII - Disciplina de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Pneumonita criptogenică în organizare (COP) este o pneumonie interstițială difuză cu afectarea de tip proliferativ și inflamator a bronhiolelor distale și respiratorii, ductelor alveolare și a alveolelor, de etiologie necunoscută. Tratamentul constă în corticoterapie orală în doză de atac timp de 2-6 săptămâni, cu scădere ulterioară progresivă pe o durată de 3-6 luni. În cazul lipsei de răspuns la corticoterapie, se pot asocia și alte imunosupresoare. Recăderile sunt relativ frecvente, în special în primul an de la debutul bolii.

Pacientă în vârstă de 51 de ani, hipotiroidiană, fără expunere semnificativă la factori din mediu este internată în luna ianuarie 2020 cu stare generală influențată, febră, tuse seacă persistentă cu debut insidios. Imaginea radiologică sugerează o bronhopneumonie pentru care se inițiază tratament antibiotic, la care pacienta nu răspunde corespunzător. CT-ul de torace evidențiază multiple focare de condensare pulmonară cu dispoziție preponderent subpleurală, inferior bilateral, pleurezie și pericardită minimă. Evoluția trenantă a bolii împreună cu rezultatele negative a multiplelor investigații cu viză etiologică ridică suspiciunea de COP și se indică corticoterapie sistemică cu răspuns inițial favorabil. La tentativa de dezecaladare a corticoterapiei, pacienta acuză reapariția simptomelor (subfebrilități și tuse seacă), astfel că în luna iunie 2020 se efectuează o reevaluare clinico-imagistică. Caracterul migrator și aspectul opacităților pulmonare în contextul epidemiologic specific ridică și suspiciunea de infecție COVID-19, care totuși este infirmată. Se decide re-escaladarea dozelor de corticoterapie orală cu evoluție favorabilă.

În concluzie, lipsa răspunsului la tratamentul antibiotic al unei pneumonii trebuie să atragă atenția și asupra diagnosticului diferențial de COP.

THE MANY FACETS OF A CRYPTOGENIC ORGANIZING PNEUMONIA – CASE PRESENTATION

Zsolt Vastag[1], Emanuela Tudorache[2,3], Roxana Cocoș[1], Ovidiu Fira-Mladinescu[1,3]

[1] IInd Department of Respiratory Medicine II, „Dr. Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumology Timisoara, Romania
[2] Department of Respiratory Medicine I, „Dr. Victor Babes" Clinical Hospital of Infectious Diseases and Pneumology Timisoara, Romania
[3] Department XIII – Respiratory Medicine, „Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy Timisoara, Romania

The cryptogenic organizing pneumonia (COP) is a diffuse interstitial lung disease, affecting the distal and respiratory bronchiole, the alveolar ducts and the alveolar walls, with an unknown etiology. Treatment involves a therapy with corticosteroids in a dose of 0.75 mg/kgc/day of Prednison, for 2-6 weeks, with a progressive reducing of doses throughout a period of 6 months. In case of a lack of response to therapy with corticoids, other immunosuppressive therapy can be associated. Relapses are relatively common, especially in the first year since the onset of the disease.

A 51-year-old patient, with hypothyroidism, comes in January 2020 with fever (38C), a dry cough. The chest radiography suggests a bronchopneumonia and an antibiotic treatment has been initiated, to which the patient has not responded. The CT shows condensations, minimal pleurisy and pericarditis. The initial therapeutic scheme is being modified, but no remission is noted. The dragging evolution of the disease rises the suspicion of COP and Prednison 5 mg, 30 mg/day, 6 weeks is initiated, with a progressive decrease to a dosis of maintenance of 15 mg/day and an initial favourable response. The patient accuses recurrency of symptoms (low fever and dry cough) and a new reevaluation is done in June 2020, including RT-PCR for COVID-19 infection (negative test). Prednison is increased to 20 mg/day and the evolution is favourable.

In conclusion, the lack of response to antibiotics when treating a pnemonia, has to draw our attention to a differential diagnosis of COP.