SRP
Societatea Română de PNEUMOLOGIE

AL 29-LEA CONGRES NAȚIONAL AL SOCIETĂȚII ROMÂNE DE PNEUMOLOGIE

11-14 noiembrie 2026

Alpin Conference Center, Poiana Brașov

Sănătatea plămânului – limite, progrese, speranțe

Volum de rezumate

POSTERE



congres-srp.ro

ISBN 978-606-8463-85-8

EVENT MANAGEMENT:

MEDIA MED PUBLICIS

www.mediamed.ro

cuprins interactiv

POLIARTRITA REUMATOIDĂ ȘI SARCOIDOZA: DOUĂ DIAGNOSTICE, ACEEAȘI AFECTARE PULMONARĂ? 6

RHEUMATOID ARTHRITIS AND SARCOIDOSIS: TWO DIAGNOSES, THE SAME PULMONARY INVOLVEMENT? 7

Ana-Maria Gospei, Nicoleta Baltă-Motoc

HIFE ASCUNSE SUB UN TABLOU BACTERIAN: O DILEMĂ DIAGNOSTICĂ REZOLVATĂ HISTOPATOLOGIC 8

HYPHAE HIDDEN BEHIND A BACTERIAL PICTURE: A DIAGNOSTIC DILEMMA RESOLVED BY HISTOPATHOLOGY 9

Camelia Bigu, Ana Chis

INTERSECȚIA PATOGENICĂ DINTRE ASTMUL BRONȘIC ȘI ABPA: IMPLICAȚII CLINICE, SEROLOGICE ȘI IMAGISTICE 10

THE PATHOGENIC INTERSECTION OF BRONCHIAL ASTHMA AND ABPA: CLINICAL, SEROLOGICAL, AND IMAGING IMPLICATIONS 11

Andrei Daniel Boca, Emanuela Theodora Vastag

REABILITAREA PULMONARĂ ÎN ERA MODULATORILOR CFTR: EVOLUȚIA FUNCȚIEI PULMONARE ȘI A COMPOZIȚIEI CORPORALE LA UN ADULT CU FIBROZĂ CHISTICĂ – PREZENTARE DE CAZ 12

RESPIRATORY REHABILITATION IN THE CFTR MODULATOR ERA: LUNG FUNCTION AND BODY COMPOSITION OUTCOMES IN AN ADULT WITH CYSTIC FIBROSIS – A CASE REPORT 13

Camelia Corina Pescaru, Adelina Mărițescu, Roxana Stoicescu

PATTERN IMAGISTIC MICRONODULAR: O PROVOCARE DE DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL ÎNTRE TUBERCULOZA MILIARĂ ȘI ADENOCARCINOMUL PULMONAR CU DISEMINARE MICRONODULARĂ, EGFR-POZITIV 14

MICRONODULAR IMAGING PATTERN: A DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC CHALLENGE *BETWEEN MILIARY TUBERCULOSIS AND EGFR-POSITIVE PULMONARY ADENOCARCINOMA WITH MICRONODULAR DISSEMINATION* 16

Corina-Maria Mocan, Nicoleta Sorina Bertici, Ovidiu Fira-Mlădinescu, Andrei Pașcalău

IMPACTUL ADMINISTRĂRII DE SALBUTAMOL PRIN NEBULIZATOR CU MEMBRANĂ (TIP MESH) COMPARATIV CU NEBULIZATORUL CU JET ASUPRA FUNCȚIEI PULMONARE ÎN EXACERBĂRILE ACUTE DE BPOC: STUDIU PILOT RANDOMIZAT CONTROLAT 17

IMPACT OF SALBUTAMOL DELIVERED VIA MESH COMPARED TO JET NEBULISER ON LUNG FUNCTION IN ACUTE EXACERBATIONS OF COPD: A PILOT RANDOMISED CONTROLLED TRIAL 19

Ruxandra Ilinca Stîlpeanu, Alexandru Tudor Steriade, Elena Alupei, Andreea Maria Pîrvan, Iulia Ortansa Tănase, Claudiu Ionuț Iordache, Daniela Necula, Nicoleta Șargarovschi, Diana Ligia Ioniță, Cornelia Elena Tudose, Dragoș Bumbăcea

EVALUAREA LONGITUDINALĂ A FENOTIPURILOR ÎN ASTMUL SEVER NECONTROLAT: RAPORT DE CAZ 20

LONGITUDINAL ASSESSMENT OF PHENOTYPES IN SEVERE UNCONTROLLED ASTHMA: A CASE REPORT 21

Elena Teodora Dimboi, Elena Irina Dichiu, Beatrice Mahler

TUBERCULOZĂ BRONHOPULMONARĂ COMPLICATĂ CU STENOZĂ BRONȘICĂ ȘI ABCES RETROSTENOTIC LA O PACIENTĂ TÂNĂRĂ: PREZENTARE DE CAZ 22

BRONCHOPULMONARY TUBERCULOSIS COMPLICATED BY BRONCHIAL STENOSIS AND RETROSTHENOTIC ABSCESS IN A YOUNG PATIENT: CASE REPORT *23*

Simona Tudorache, Liliana Grigoriu, Denisa Boroș, Gabriela Țoropoc, Emma Bălan, Andrei Enache

ASOCIEREA POLIPOZEI NAZALE RECURENTE CU ASTMUL BRONȘIC SEVER – MANAGEMENTUL MULTIDISCIPLINAR 24

THE ASSOCIATION OF RECURRENT NASAL POLYPOSIS WITH SEVER BRONCHIAL ASTHMA-MULTIDISCIPLINARY MANAGEMENT *26*

Maria Beatrice Ianosi, Edith Simona Ianosi, Gabriela Jimborean

VALOAREA PROGNOSTICĂ A SCORULUI RADIOGRAFIC BRIXIA ÎN PREDICȚIA SECHELELOR PULMONARE POST-COVID LA COPII: CORELAȚIE CU HRCT 27

PROGNOSTIC VALUE OF THE BRIXIA RADIOGRAPHIC SCORE IN PREDICTING POST-COVID PULMONARY SEQUELAE IN CHILDREN: CORRELATION WITH HRCT *28*

Svetlana Sciuca, Corina Corina, Rodica Selevestru , Nelea Buga, Nina Farmachi, Oxana Maliga

DINCOLO DE FIBROZA PULMONARĂ: NEOPLASMUL ASCUNS ÎN DETALIILE IMAGISTICE 29

BEYOND THE PULMONARY FIBROSIS: THE CANCER HIDDEN IN THE IMAGISTIC DETAILS *30*

Tudor Bîrlădeanu, Teodor Zaharia, Carina-Adina Afloarei, Adriana-Loredana Pintilie, David Toma, Andreea Zabara-Antal, Radu Crișan-Dabija

DINCOLO DE PLEUREZIE: CHILOTORAX RECURENT ÎN LIMFOMUL FOLICULAR 31

BEYOND PLEURAL EFFUSION: RECURRENT CHYLOTHORAX IN FOLLICULAR LYMPHOMA 32

Ariadna-Maria Mircescu, Denisa-Gabriela Ion-Andrei, Roxana Ștefania Enache, Cezara Tudor, Elena Danteș

FOTOGRAFIA ȘI INTELIGENȚA ARTIFICIALĂ ÎN PALIAȚIA CANCERULUI PULMONAR AVANSAT *33*

PHOTOGRAPHY AND ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN PALLIATIVE CARE FOR ADVANCED LUNG CANCER *34*

Armand Iustinian Enache, Vladimir Poroch, Gema Bacoanu

DIFERENȚE DE SEX ÎN EXPRESIA CLINICĂ, FUNCȚIONALĂ ȘI PSIHOLOGICĂ A BRONHOPNEUMOPATIEI OBSTRUCTIVE CRONICE *35*

SEX DIFFERENCES IN THE CLINICAL, FUNCTIONAL, AND PSYCHOLOGICAL EXPRESSION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE *36*

Liliana Lupu, Alexandru Corlăteanu

MANIFESTĂRILE CLINICE ȘI RELEVANȚA DIAGNOSTICULUI PRECOCE ÎN ASPERGILOZA BRONHOPULMONARĂ LA COPII 37

CLINICAL MANIFESTATIONS AND RELEVANCE OF EARLY DIAGNOSIS IN BRONCHOPULMONARY ASPERGILLOSIS IN CHILDREN *38*

Rodica Selevestru, Nelea Buga, Ludmila Rusu, Svetlana Șciuca

BACTERIOFAGOTERAPIA NEBULIZATĂ ASOCIATĂ COLISTINEI ÎN PNEUMONIA ASOCIATĂ VENTILAȚIEI MECANICE CU PSEUDOMONAS AERUGINOSA XDR: CAZ CLINIC 39

NEBULIZED BACTERIOPHAGE THERAPY COMBINED WITH COLISTIN IN VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA CAUSED BY XDR PSEUDOMONAS AERUGINOSA: A CLINICAL CASE *41*

Valeria Irodoi, Tatiana Dumitraș, Dorina Potop, Ana Russu, Diana Hapun, Andrei Cealan, Virginia Cașcaval, Diana Fetco-Mereuță

PNEUMONIA LA IMUNOCOMPROMIȘI – FENOTIP CLINIC ȘI RADIOLOGIC DISTINCT 42

PNEUMONIA IN THE IMMUNOCOMPROMISED HOST: A DISTINCT CLINICAL AND RADIOLOGICAL PHENOTYPE *43*

Eugenia Scutaru, Doina Rusu, Alexandru Corlăteanu

POLIARTRITA REUMATOIDĂ ȘI SARCOIDOZA: DOUĂ DIAGNOSTICE, ACEEAȘI AFECTARE PULMONARĂ?

Ana-Maria Gospei[1], Nicoleta Baltă-Motoc[2]

[1]Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie „Leon Daniello", Cluj-Napoca, România
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Haţieganu", Cluj-Napoca, România

Introducere: Manifestările pulmonare ale poliartritei reumatoide (PR) sunt heterogene și pot ridica dificultăți de diagnostic diferențial cu afecțiuni infecțioase, granulomatoase sau neoplazice. Prezentăm cazul unei paciente cu afectare pulmonară nodular-cavitară și adenopatii mediastino-hilare.

Descrierea cazului: Pacientă de 54 de ani, fostă fumătoare, sevrată de 2 ani (indice pachete-an=3), fără expunere profesională, cunoscută cu PR seropozitivă, stadiul III, activă, sub tratament cu metotrexat și metilprednisolon, cu noduli pulmonari anterior consideraţi posibil reumatoizi, s-a prezentat pentru reevaluarea afectării pulmonare. Examenul obiectiv a evidențiat deformări ale articulațiilor mâinilor, fără modificări auscultatorii pulmonare. Reevaluarea prin tomografie computerizată toracică nativă a evidențiat creșterea numerică a nodulilor, cu distribuție centrală și subpleurală, tendință la confluare, predominanță bazală bilaterală, unii cavitari, precum și adenopatii mediastino-hilare persistente. Spirometria a fost normală. Capacitatea de difuziune pulmonară pentru monoxid de carbon a scăzut de la 74% la 48%, iar la testul de mers de 6 minute s-a remarcat desaturare semnificativă. Lavajul bronhoalveolar (LBA) a evidențiat celularitate mixtă, cu predominanța limfocitelor (55,4%). Investigațiile pentru *Mycobacterium tuberculosis* au fost negative. Prin ecobronhoscopie cu puncție aspirativă transbronșică (EBUS-TBNA) s-au prelevat probe din stațiile ganglionare 4R, 7 și 11L. Examenul histopatologic a evidențiat granuloame non-necrotizante, fără elemente de malignitate. Receptorul solubil al interleukinei-2 a fost 1150 pg/mL, iar enzima de conversie a angiotensinei a fost 78 U/L.

Discuţii: Datele clinico-imagistice, citologice, histopatologice și biologice susțin diagnosticul de sarcoidoză pulmonară cu afectare ganglionară. Etiologia leziunilor nodular-cavitare rămâne incertă, acestea putând reprezenta afectarea parenchimatoasă sarcoidotică sau noduli reumatoizi. Trebuie considerată și posibilitatea coexistării celor două tipuri de afectare pulmonară, asociere rar raportată în literatură. Diagnosticul diferențial a inclus etiologii infecțioase și patologie neoplazică pulmonară primară sau secundară.

Concluzii: În contextul PR cu leziuni nodular-cavitare, identificarea adenopatiilor și granuloamelor non-necrotizante impune investigarea sarcoidozei, fără a exclude o afectare pulmonară reumatoidă concomitentă.

RHEUMATOID ARTHRITIS AND SARCOIDOSIS: TWO DIAGNOSES, THE SAME PULMONARY INVOLVEMENT?

Introduction: Pulmonary manifestations of rheumatoid arthritis (RA) are heterogeneous and may pose differential diagnostic challenges with infectious, granulomatous, or neoplastic diseases. We present a 54-year-old woman with nodular-cavitary pulmonary involvement and mediastinal-hilar lymphadenopathy.

Case description: A former smoker who quit 2 years earlier (3 pack-years), with no occupational exposure, known with active stage III seropositive RA, treated with methotrexate and methylprednisolone, and pulmonary nodules previously considered possibly rheumatoid, presented for reassessment of pulmonary involvement. Physical examination revealed hand joint deformities, without abnormal pulmonary auscultatory findings. Repeat non-contrast chest computed tomography showed an increased number of nodules, with central and subpleural distribution, tendency to coalesce, bilateral basal predominance, some cavitary, and persistent mediastinal-hilar lymphadenopathy. Spirometry was normal. Diffusing capacity of the lungs for carbon monoxide decreased from 74% to 48%, with significant desaturation during the 6-minute walk test. Bronchoalveolar lavage (BAL) showed mixed cellularity with lymphocyte predominance (55.4%). Investigations for *Mycobacterium tuberculosis* were negative. Endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration (EBUS-TBNA) sampled lymph node stations 4R, 7, and 11L. Histopathology revealed non-necrotizing granulomas, with no evidence of malignancy. Soluble interleukin-2 receptor level was 1150 pg/mL, and angiotensin-converting enzyme level was 78 U/L.

Discussion: Clinical-radiological, cytological, histopathological, and laboratory findings support pulmonary sarcoidosis with lymph node involvement. The etiology of the nodular-cavitary lesions remains uncertain, as they may represent sarcoid parenchymal involvement or rheumatoid nodules. Coexistence of both types of pulmonary involvement should also be considered, an association rarely reported in the literature. The differential diagnosis included infectious etiologies and primary or secondary pulmonary malignancy.

Conclusions: In RA with nodular-cavitary lesions, identification of lymphadenopathy and non-necrotizing granulomas warrants investigation for sarcoidosis, without excluding concomitant rheumatoid pulmonary involvement.

HIFE ASCUNSE SUB UN TABLOU BACTERIAN: O DILEMĂ DIAGNOSTICĂ REZOLVATĂ HISTOPATOLOGIC

Camelia Bigu[1], Ana Chis[1,2]

[1]*Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie „Leon Daniello", Cluj-Napoca, România*
[2]*Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Haţieganu", Cluj-Napoca, România*

O leziune cavitară pulmonară oferă de multe ori un tablou radiologic înșelător: aceeași imagine poate ascunde deopotrivă: o tuberculoză activă, un abces bacterian, un neoplasm excavat sau o infecție fungică, entități cu prognostic și conduită diferite. Diferențierea lor rămâne una dintre cele mai dificile provocări din practica pneumologică, mai ales când prezentarea clinică, markerii biologici și investigațiile microbiologice oferă răspunsuri contradictorii.

Prezentăm cazul unui pacient de 37 de ani, fumător activ, cu expunere profesională la noxe respiratorii, fără patologii pulmonare în antecedente, care s-a internat pentru: hemoptizie în cantitate moderată, durere toracică, dispnee de efort, subfebrilități, transpirații nocturne și scădere ponderală semnificativă. Analizele biologice au evidențiat sindrom inflamator biologic marcat, cu neutrofilie și procalcitonină crescută, sugestive pentru infecție bacteriană sistemică. Imagistica toracică a evidențiat o leziune cavitară la nivelul lobului superior stâng, ridicând suspiciunea unei tuberculoze pulmonare secundare cu prezentare relativ tipică. Suspiciunea inițială a fost infirmată, însă, de examenul sputei, în care nu s-a identificat Mycobacterium tuberculosis, ci Aspergillus niger. Pacientul a refuzat fibrobronhoscopia cu lavaj bronhoalveolar și determinarea markerilor serici specifici pentru *Aspergillus. Sub tratament antibiotic și antifungic administrat pe cale sistemică starea generală s-a ameliorat, însă,* în contextul persistenței leziunii interpretate drept aspergilom și al hemoptiziei, s-a efectuat lobectomie superioară stângă. Examenul histopatologic a evidențiat o cavitate pulmonară cu colonii intracavitare de hife septate, ramificate dihotomic, compatibile cu *Aspergillus niger*, fără invazie a parenchimului pulmonar, stabilind diagnosticul de aspergiloză pulmonară cronică cavitară cu aspergilom. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, cu remisia hemoptiziei și a sindromului inflamator.

Cazul ilustrează caracterul, uneori dificil de diferențiat, al aspergilozei pulmonare cronice de alte leziuni cavitare și subliniază posibilitatea apariției bolii la pacienți fără imunodepresie evidentă. De asemenea, evidențiază situația în care un microorganism considerat frecvent colonizator, precum *Aspergillus niger***,** poate avea un rol patogen susținut de examenul histopatologic.

HYPHAE HIDDEN BEHIND A BACTERIAL PICTURE: A DIAGNOSTIC DILEMMA RESOLVED BY HISTOPATHOLOGY

A pulmonary cavitary lesion often provides a misleading radiological picture: the same image can conceal active tuberculosis, a bacterial abscess, an excavated neoplasm, or a fungal infection—entities with different prognoses and management approaches. Differentiating between them remains one of the most difficult challenges in pulmonology, especially when the clinical presentation, biological markers, and microbiological investigations provide contradictory answers.

We present the case of a 37-year-old male patient, an active smoker with occupational exposure to respiratory irritants, with no prior pulmonary pathology, who was admitted for moderate hemoptysis, chest pain, exertional dyspnea, low-grade fever, night sweats, and significant weight loss. Laboratory tests revealed a marked biological inflammatory syndrome with neutrophilia and elevated procalcitonin, suggestive of a systemic bacterial infection. Chest imaging revealed a left upper lobe cavitary lesion, raising suspicion of secondary pulmonary tuberculosis with a relatively typical presentation. However, the initial suspicion was ruled out by sputum examination, which did not identify Mycobacterium tuberculosis but rather Aspergillus niger. The patient refused bronchoscopy with bronchoalveolar lavage and determination of specific serum markers for Aspergillus. Under systemic antibiotic and antifungal treatment, his general condition improved; however, given the persistence of the lesion interpreted as an aspergilloma and hemoptysis, a left upper lobectomy was performed. Histopathological examination revealed a pulmonary cavity with intracavitary colonies of septate, dichotomously branching hyphae, consistent with Aspergillus niger, without invasion of the pulmonary parenchyma, establishing the diagnosis of chronic cavitary pulmonary aspergillosis with aspergilloma. The postoperative course was favorable, with resolution of hemoptysis.

This case illustrates the difficult differentiation of chronic pulmonary aspergillosis from other cavitary lesions and highlights the possibility of the disease occurring in patients without evident immunosuppression. It also underscores a situation in which a microorganism frequently regarded as a colonizer, such as Aspergillus niger, can have a pathogenic role confirmed by histopathological examination.

INTERSECȚIA PATOGENICĂ DINTRE ASTMUL BRONȘIC ȘI ABPA: IMPLICAȚII CLINICE, SEROLOGICE ȘI IMAGISTICE

Andrei Daniel Boca[1], Emanuela Theodora Vastag[1]

[1]Spitalul Clinic de Boli Infecţioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș”, Timișoara, România

Introducere: Aspergiloza bronhopulmonară alergică (ABPA) este o entitate patologică mediată imunologic, determinată de reacția de hipersensibilitate la colonizarea căilor respiratorii cu Aspergillus fumigatus. Intersecția patogenică dintre astmul bronșic și ABPA amplifică inflamația de tip T2, conducând la degradare structurală pulmonară și apariția bronșiectaziilor centrale.

Descrierea cazului: O pacientă în vârstă de 23 de ani, aflată sub triplă terapie inhalatorie pentru astm bronșic dificil de tratat, s-a prezentat pentru episoade recurente de hemoptizie și infecții respiratorii. Imagistica CT toracică a evidențiat bronșiectazii centrale predominant în lobii superiori. În algoritmul de diagnostic diferențial s-au exclus tuberculoza (multiple examene microbiologice negative) și fibroza chistică clasică (două teste ale sudorii negative). Profilul serologic a fost decisiv pentru ABPA, indicând eozinofilie, valori semnificativ crescute ale IgE totale și prezența anticorpilor specifici IgE și IgG anti-Aspergillus fumigatus.

Discuţii și concluzii: Cazul subliniază importanța fenotipării serologice și imagistice la pacienții cu astm refractar. Sub tratament combinat cu corticosteroizi orali și antifungice, pacienta a obținut remisiunea completă, atât clinică, cât și imagistică, confirmată la evaluările de control. Inițierea rapidă a terapiei țintite în ABPA previne modificările ireversibile ale arborelui traheobronșic și conservă funcția pulmonară.

THE PATHOGENIC INTERSECTION OF BRONCHIAL ASTHMA AND ABPA: CLINICAL, SEROLOGICAL, AND IMAGING IMPLICATIONS

Introduction: Allergic bronchopulmonary aspergillosis (ABPA) is an immune-mediated pathological entity resulting from a hypersensitivity reaction to Aspergillus fumigatus airway colonization. The pathogenic intersection between bronchial asthma and ABPA cascades T2-high inflammation, leading to structural lung damage and the development of central bronchiectasis.

Case description: A 23-year-old female patient receiving triple inhalation therapy for difficult-to-treat bronchial asthma presented with recurrent episodes of hemoptysis and respiratory infections. Chest CT imaging demonstrated central bronchiectasis, predominantly localized in the upper lobes. Within the differential diagnostic algorithm, tuberculosis (multiple negative microbiological examinations) and classic cystic fibrosis (two negative sweat chloride tests) were ruled out. The serological profile was decisive for ABPA, indicating peripheral eosinophilia, highly elevated total IgE levels, and the presence of specific IgE and IgG antibodies against Aspergillus fumigatus.

Discussion and conclusions: This case highlights the importance of serological and imaging phenotyping in patients with refractory asthma. Under combination therapy with oral corticosteroids and antifungals, the patient achieved complete remission – both clinical and radiographic – as confirmed during follow-up evaluations. Prompt initiation of targeted therapy in ABPA prevents irreversible alterations of the tracheobronchial tree and preserves lung function.

REABILITAREA PULMONARĂ ÎN ERA MODULATORILOR CFTR: EVOLUȚIA FUNCȚIEI PULMONARE ȘI A COMPOZIȚIEI CORPORALE LA UN ADULT CU FIBROZĂ CHISTICĂ – PREZENTARE DE CAZ

Camelia Corina Pescaru[1,2], Adelina Mariţescu[2], Roxana Stoicescu[1,2]

[1]*Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România*
[2]*Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș”, Timișoara, România*

Introducere: Introducerea terapiei cu modulatori ai proteinei reglatoare a conductanței transmembranare din fibroza chistică (CFTR) a schimbat semnificativ managementul pacienților cu fibroză chistică, prin îmbunătățirea funcției pulmonare, a statusului nutrițional și prin reducerea exacerbărilor. Cu toate acestea, ghidurile actuale recomandă menținerea reabilitării pulmonare și a exercițiului fizic ca parte integrantă a managementului multidisciplinar, datorită beneficiilor asupra condiției fizice, compoziției corporale și calității vieții.

Descrierea cazului: Un pacient de 24 de ani cu fibroză chistică, care a inițiat în 2023 tratament cu elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor și a fost inclus concomitent într-un program individualizat de reabilitare pulmonară. La evaluarea inițială, greutatea a fost de 63,7 kg, indicele de masă corporală de 19 kg/m^2, iar volumul expirator maxim în prima secundă (VEMS) de 2,21 L (48% din valoarea prezisă). Programul a inclus două săptămâni de antrenament supravegheat, exerciții de forță, drenaj autogen, tehnici de presiune expiratorie pozitivă oscilantă și antrenament al musculaturii inspiratorii, urmate de continuarea la domiciliu a exercițiilor și tehnicilor respiratorii.

Discuţii: La reevaluare, greutatea a crescut la 74 kg, indicele de masă corporală la 22,1 kg/m^2, masa musculară de la 53,4 kg la 62,4 kg, iar VEMS la 2,53 L (52% din valoarea prezisă). Aceste modificări au fost observate în contextul asocierii terapiei cu modulatori CFTR și al reabilitării pulmonare. Deși contribuția fiecărei intervenții nu poate fi separată, literatura susține că exercițiul fizic și tehnicile de clearance al căilor aeriene aduc beneficii suplimentare asupra statusului funcțional și compoziției corporale după inițierea terapiei cu modulatori.

Concluzii: Acest caz susține integrarea reabilitării pulmonare în managementul pacienților cu fibroză chistică tratați cu modulatori CFTR. Monitorizarea funcției pulmonare și a compoziției corporale poate contribui la evaluarea evoluției clinice și la optimizarea managementului multidisciplinar.

RESPIRATORY REHABILITATION IN THE CFTR MODULATOR ERA: LUNG FUNCTION AND BODY COMPOSITION OUTCOMES IN AN ADULT WITH CYSTIC FIBROSIS – A CASE REPORT

Introduction: The introduction of cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) modulator therapy has significantly changed the management of patients with cystic fibrosis by improving lung function, reducing pulmonary exacerbations, and enhancing nutritional status. Nevertheless, current guidelines recommend maintaining pulmonary rehabilitation and regular exercise as integral components of multidisciplinary management because of their beneficial effects on physical fitness, body composition, and quality of life.

Case presentation: We present the case of a 24-year-old patient with cystic fibrosis who initiated treatment with elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor in 2023 and was simultaneously enrolled in an individualized pulmonary rehabilitation program. At baseline, body weight was 63.7 kg, body mass index (BMI) was 19 kg/m^2, and forced expiratory volume in one second (FEV_1) was 2.21 L (48% of the predicted value). The rehabilitation program consisted of two weeks of supervised training, including resistance exercises, autogenic drainage, oscillating positive expiratory pressure therapy, and inspiratory muscle training, followed by a home-based exercise and respiratory training program.

Discussion: At follow-up, body weight increased to 74 kg, BMI to 22.1 kg/m^2, skeletal muscle mass from 53.4 kg to 62.4 kg, and FEV_1 to 2.53 L (52% of the predicted value). These changes were observed in the context of combined CFTR modulator therapy and pulmonary rehabilitation. Although the individual contribution of each intervention cannot be distinguished, current evidence supports that exercise training and airway clearance techniques provide additional benefits for functional status and body composition following the initiation of CFTR modulator therapy.

Conclusions: This case supports the integration of pulmonary rehabilitation into the management of patients with cystic fibrosis receiving CFTR modulator therapy. Monitoring lung function and body composition may contribute to the assessment of clinical outcomes and the optimization of multidisciplinary management.

PATTERN IMAGISTIC MICRONODULAR: O PROVOCARE DE DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL ÎNTRE TUBERCULOZA MILIARĂ ȘI ADENOCARCINOMUL PULMONAR CU DISEMINARE MICRONODULARĂ, EGFR-POZITIV

Corina-Maria Mocan[1,2,3], Nicoleta Sorina Bertici[1,4,5], Ovidiu Fira-Mlădinescu[1,4,5], Andrei Pașcalău[6]

[1]Clinica de Pneumologie II, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș”, Timișoara, România
[2]Clinica de Pneumologie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea, România
[3]Școala Doctorală de Științe Biomedicale, Universitatea din Oradea, România
[4]Centrul de Cercetare și Inovare în Medicina Personalizată a Bolilor Respiratorii, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România
[5] Departamentul de Boli Infecțioase 13, Disciplina de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România
[6]Departamentul de Discipline Morfologice, Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea din Oradea, România

Introducere: Adenocarcinomul pulmonar poate determina, rar, diseminare metastatică pulmonară cu pattern imagistic micronodular miliar, simulând tuberculoza miliară. Similaritatea manifestărilor clinico-imagistice poate conduce la întârzierea diagnosticului oncologic, îndeosebi la pacienții cu antecedente de tuberculoză.

Descrierea cazului: Bărbat de 74 de ani, fumător (55 de pachete-an), cu antecedente de bronșită cronică și tuberculoză pulmonară tratată în 2014, se prezintă pentru depreciere clinică progresivă, tuse productivă, dispnee la eforturi mici, inapetență și scădere ponderală de 10 kg în două luni. HRCT toracic a evidențiat micronoduli centrolobulari bilaterali, sechele apicale și pleurezie dreaptă, sugerând tuberculoză miliară. Examenele bacteriologice pentru *Mycobacterium tuberculosis* au fost negative. Considerentele epidemiologice, clinice și imagistice au orientat diagnosticul către recidivă bacilară, formă miliară, inițiindu-se terapia antituberculoasă standard. Evoluția clinico-biologică sub tratament a fost nefavorabilă, impunând reevaluarea clinico-imagistică a cazului. HRCT toracic de control a evidențiat progresia leziunilor, diminuarea transparenței pulmonare și multiplicarea patternului micronodular difuz, ridicând suspiciunea de sarcoidoză/carcinomatoză. În prezența emfizemului pulmonar și a patternului micronodular, biopsierea a fost temporizată,

optându-se pentru PET-CT. S-au obiectivat captări hipermetabolice micronodulare și adenopatii mediastino-hilare, aspect interpretat drept tuberculoză miliară. Discordanța dintre suspiciunea imagistică și lipsa răspunsului la terapia antituberculoasă a impus biopsia transtoracică. Examenul histopatologic a identificat proliferare tumorală de tip adenocarcinom. Testarea moleculară a detectat mutația activatoare a exonului 19 al genei EGFR. Ulterior, pacientul a fost îndrumat către oncologie, unde s-a inițiat tratamentul țintit cu osimertinib, cu ameliorare clinică și regresia susținută a patternului imagistic micronodular la un an.

Discuţii: Imagistica CT și PET-CT nu poate diferenția cu certitudine tuberculoza pulmonară miliară de diseminarea metastatică, deoarece inflamația granulomatoasă și neoplazia pot prezenta distribuții micronodulare și aviditate metabolică suprapuse.

Concluzii: Patternul imagistic miliar necesită interpretare multidisciplinară, prin integrarea datelor clinico-epidemiologice, microbiologice, imagistice și anatomopatologice. Imagistica orientează, fără a stabili etiologia; biopsia, imunohistochimia și testarea moleculară previn erorile diagnostice.

MICRONODULAR IMAGING PATTERN: A DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC CHALLENGE BETWEEN MILIARY TUBERCULOSIS AND EGFR-POSITIVE PULMONARY ADENOCARCINOMA WITH MICRONODULAR DISSEMINATION

Introduction: Pulmonary adenocarcinoma may rarely cause metastatic pulmonary dissemination with a miliary micronodular imaging pattern, mimicking miliary tuberculosis. Similar clinical and imaging manifestations may delay the oncological diagnosis, particularly in patients with a history of tuberculosis.

Case presentation: A 74-year-old man, smoker (55 pack-years), with a history of chronic bronchitis and pulmonary tuberculosis treated in 2014, presented with progressive clinical deterioration, productive cough, dyspnea on mild exertion, loss of appetite, and 10 kg weight loss over two months. Chest HRCT revealed bilateral centrilobular micronodules, apical sequelae, and right pleural effusion, suggesting miliary tuberculosis. Bacteriological tests for *Mycobacterium tuberculosis* were negative. Epidemiological, clinical, and imaging considerations favored a miliary bacillary relapse, and standard antituberculosis therapy was initiated. The clinical and biological course under treatment was unfavorable, requiring clinical and imaging reassessment. Follow-up chest HRCT showed lesion progression, reduced pulmonary transparency, and multiplication of the diffuse micronodular pattern, raising suspicion of sarcoidosis/carcinomatosis. Given the pulmonary emphysema and micronodular pattern, biopsy was postponed and PET-CT was performed. Micronodular hypermetabolic uptake and mediastinal-hilar lymphadenopathy were identified and interpreted as miliary tuberculosis. The discrepancy between imaging suspicion and lack of response to antituberculosis therapy prompted transthoracic biopsy. Histopathological examination identified adenocarcinoma-type tumor proliferation. Molecular testing detected an activating exon 19 EGFR mutation. The patient was subsequently referred to oncology, where targeted therapy with osimertinib was initiated, resulting in clinical improvement and sustained regression of the micronodular imaging pattern at one year.

Discussion: CT and PET-CT cannot reliably differentiate miliary tuberculosis from metastatic dissemination because granulomatous inflammation and neoplasia may show overlapping micronodular distributions and metabolic avidity [1,2].

Conclusions: The miliary imaging pattern requires multidisciplinary interpretation integrating clinical-epidemiological, microbiological, imaging, and pathological data. Imaging guides without establishing etiology; biopsy, immunohistochemistry, and molecular testing prevent diagnostic errors.

IMPACTUL ADMINISTRĂRII DE SALBUTAMOL PRIN NEBULIZATOR CU MEMBRANĂ (TIP MESH) COMPARATIV CU NEBULIZATORUL CU JET ASUPRA FUNCȚIEI PULMONARE ÎN EXACERBĂRILE ACUTE DE BPOC: STUDIU PILOT RANDOMIZAT CONTROLAT

Ruxandra Ilinca Stîlpeanu[1], Alexandru Tudor Steriade[2], Elena Alupei[3], Andreea Maria Pîrvan[2], Iulia Ortansa Tănase[2], Claudiu Ionuț Iordache[2], Daniela Necula[1], Nicoleta Șargarovschi[1], Diana Ligia Ioniță[1], Cornelia Elena Tudose[2], Dragoș Bumbăcea[2]

[1]Departamentul de Pneumologie & Terapie Acută Respiratorie, Spitalul Universitar de Urgență „Elias", București, România
[2] Departamentul de Pneumologie & Terapie Acută Respiratorie, Spitalul Universitar de Urgență „Elias", Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București, România
[3] Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București, România

Introducere: Nebulizatoarele cu membrană vibratorie (NMV) pot administra aerosolii mai eficient decât nebulizatoarele convenționale cu jet (NJ). Rămâne incert dacă acest avantaj tehnic determină o ameliorare clinică și funcțională superioară NJ în exacerbările acute severe ale bolii pulmonare obstructive cronice (EA-BPOC).

Obiectiv: Compararea răspunsului spirometric la 60 de minute după administrarea salbutamolului prin NMV versus NJ în EA-BPOC severă.

Metode: Studiul pilot unicentric, randomizat, controlat, cu grupuri paralele, a inclus adulți cu EA-BPOC severă care asociau insuficiență respiratorie acută de tip I sau II internați consecutiv într-o unitate de îngrijire respiratorie intermediară în perioada 2025-2026. După randomizare, pacienții au primit 5 mg salbutamol în 2 mL soluție salină 0,9% prin NMV sau NJ. Volumul expirator forțat în prima secundă (FEV1) și capacitatea vitală forțată (FVC) au fost măsurate pre-nebulizare și la 60 de minute. Modificările față de valorile bazale au fost comparate prin testul t Welch.

Rezultate: Au fost incluși 34 de pacienți (NMV n=17; NJ n=17; 16 femei; vârsta medie 65,8 ani). Modificarea FEV1, exprimată ca medie ± deviație standard, a fost 73 ± 88 mL cu NMV și 15 ± 79 mL cu NJ; diferența a fost 58 mL (interval de încredere [IC] 95%: −1–11 6mL), p=0,053. Diferența ajustată a fost 52 mL (IC 95%: −7–111mL), p=0,081. Modificarea FVC a fost 195 ± 183 mL cu NMV și 32 ± 237 mL cu NJ; diferența a fost 162 mL (IC 95%: 14-311 mL), p=0,033. Diferența ajustată a fost 160 mL (IC 95%: 5–314 mL), p=0,044.

Concluzii: La 60 de minute, NMV a determinat o ameliorare mai mare a FVC comparativ cu NJ. FEV1 a favorizat numeric NMV, rezultatul fiind la limita semnificației statistice, după ajustarea pentru valoarea bazală. Sunt necesare studii randomizate mai ample.

IMPACT OF SALBUTAMOL DELIVERED VIA MESH COMPARED TO JET NEBULISER ON LUNG FUNCTION IN ACUTE EXACERBATIONS OF COPD: A PILOT RANDOMISED CONTROLLED TRIAL

Introduction: Vibrating mesh nebulisers (VMNs) may deliver aerosols more efficiently than conventional jet nebulisers (JNs). Whether this technical advantage produces short-term clinical and functional improvement in severe acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD) remains uncertain.

Objective: To compare spirometric response 60 minutes after salbutamol delivery via VMN versus JN in severe AECOPD.

Methods: This pilot, single-centre, parallel-group randomised controlled trial included adults with severe AECOPD, associated with type I or II respiratory failure, admitted to a respiratory intermediate care unit, between 2025 and 2026. After randomization, Salbutamol 5 mg in 2 mL of 0.9% saline was delivered via VMN or JN. Forced expiratory volume in one second (FEV1) and forced vital capacity (FVC) were measured before and 60 minutes after nebulisation. Changes from baseline were compared using Welch's t-test.

Results: A total of 34 patients (VMN n=17; JN n=17, 16 female, mean age 65.8 years) were included. Mean (SD) ΔFEV1 was 73 (88) mL with VMN vs 15 (79) mL with JN; mean difference (VMN–JN) was 58 mL (95% CI −1 to 116mL), p=0.053. The baseline-adjusted difference was 52 mL (95% CI −7 to 111mL), p=0.081. Mean (SD) ΔFVC was 195 (183) mL with VMN vs 32 (237) mL with JN, with a mean difference of 162 mL (95% CI 14–311mL), p=0.033. The baseline-adjusted difference was 160 mL (95% CI 5–314mL), p=0.044.

Conclusion: At 60 minutes, VMN produced greater FVC improvement than JN. FEV1 favoured VMN numerically but was not statistically significant after baseline adjustment. Larger randomised trials are needed.

EVALUAREA LONGITUDINALĂ A FENOTIPURILOR ÎN ASTMUL SEVER NECONTROLAT: RAPORT DE CAZ

Elena Teodora Dimboi, Elena Irina Dichiu, Beatrice Mahler

Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta", București, România

Introducere: Astmul sever este o afecțiune heterogenă și dinamică, ale cărei fenotipuri inflamatorii (tip 2, non-tip 2 și mixte) nu sunt statice, ci evoluează longitudinal sub influența imunosenescenței, infecțiilor recurente și comorbidităților. Deși agenții biologici direcționați împotriva eozinofilelor (anti-IL-5) obțin inițial un control optim, plasticitatea sistemului imunitar și suprapunerea patogenică pot duce la schimbarea fenotipului și la pierderea răspunsului terapeutic. Ipoteza lucrării este că reevaluarea longitudinală a biomarkerilor și a evoluției fenotipice justifică tranziția de la o terapie biologică specifică la una cu acțiune amonte, la nivel epitelial (anti-TSLP).

Descrierea cazului: O pacientă în vârstă de 70 de ani, fostă fumătoare (15 pachete-an) cu expunere profesională la noxe, a fost inițial diagnosticată și tratată pentru BPOC stadiu GOLD III, cu necesar crescut de CSO. Reevaluarea ulterioară pe baza eozinofiliei, creșterii imunoglobulinei E (IgE) și a răspunsului superior la bronhodilatatoare asociate cu corticosteroizi inhalatori a reorientat diagnosticul către astm bronșic sever persistent (treapta V). S-a inițiat terapie biologică anti-IL-5 (benralizumab) în noiembrie 2023. Inițial, s-a obținut un control clinic optim și supresia eozinofilelor. Ulterior, sub evoluția dinamică a bolii, fenotipul s-a modificat: pacienta a dezvoltat un astm necontrolat, marcat de exacerbări infecțioase recurente, bronșiectazii bilaterale suprainfectate și o scădere accentuată a volumului expirator maxim pe secundă (VEMS = 29,2%). În acest context de tranziție fenotipică, s-a decis switch-ul la tezepelumab (anti-TSLP, 210 mg/lună, subcutanat).

Discuţii: Cazul exemplifică natura evolutivă a astmului sever sub bioterapie. Blocarea izolată a IL-5 a fost eficientă inițial, însă oscilația către o cale inflamatorie complexă, afectată de bronșiectazii și remodelare, a cauzat eșecul terapeutic. Trecerea la tezepelumab, prin inhibarea limfopoietinei stromale timice (TSLP) la nivelul epiteliului bronșic, a abordat eficient noul fenotip mixt. La reevaluarea la o lună, VEMS a crescut la 73,2% (1,5 L), iar scorul chestionarului de control al astmului (ACT) s-a îmbunătățit semnificativ de la 10 la 22 de puncte.

Concluzii: Evaluarea longitudinală a fenotipului în astmul sever este esențială. Schimbarea ghidată a terapiei biologice de la anti-IL-5 la anti-TSLP restabilește controlul clinic în cazul tranzițiilor fenotipice complexe.

LONGITUDINAL ASSESSMENT OF PHENOTYPES IN SEVERE UNCONTROLLED ASTHMA: A CASE REPORT

Introduction: Severe asthma is a heterogeneous and dynamic condition whose inflammatory phenotypes (type 2, non-type 2, and mixed) are not static, but evolve longitudinally under the influence of immunosenescence, recurrent infections, and comorbidities. Although biologic agents targeting eosinophils (anti-IL-5) initially achieve optimal control, the plasticity of the immune system and pathogenic overlap can lead to phenotype shifting and loss of therapeutic response. The hypothesis of this paper is that longitudinal re-evaluation of biomarkers and phenotypic evolution justifies the transition from a specific biologic therapy to one acting upstream at the epithelial level (anti-TSLP).

Case description: A 70-year-old female patient, a former smoker (15 pack-years) with occupational exposure to noxious substances, was initially diagnosed and treated for GOLD stage III COPD, requiring frequent courses of OCS. Subsequent re-evaluation based on blood eosinophilia, elevated immunoglobulin E (IgE) levels, and a superior response to bronchodilators combined with inhaled corticosteroids reoriented the diagnosis to severe persistent bronchial asthma (Step 5). Anti-IL-5 biologic therapy (benralizumab) was initiated in November 2023. Initially, optimal clinical control and eosinophil suppression were achieved. Subsequently, driven by the dynamic evolution of the disease, the phenotype shifted: the patient developed uncontrolled asthma marked by recurrent infectious exacerbations, superinfected bilateral bronchiectasis, and a marked decline in forced expiratory volume in one second (FEV1 = 29.2%). In this context of phenotypic transition, a switch to tezepelumab (anti-TSLP, 210 mg/month, subcutaneously) was decided.

Discussion: This case exemplifies the evolving nature of severe asthma under biotherapy. Isolated IL-5 blockade was initially effective; however, the shift toward a complex inflammatory pathway affected by bronchiectasis and airway remodeling led to therapeutic failure. Switching to tezepelumab, by inhibiting thymic stromal lymphopoietin (TSLP) at the bronchial epithelial level, effectively addressed the new mixed phenotype. At the one-month re-evaluation, FEV1 increased to 73.2% (1.5 L), and the Asthma Control Test (ACT) score improved significantly from 10 to 22 points.

Conclusions: Longitudinal evaluation of the phenotype in severe asthma is essential. Guided switching of biologic therapy from anti-IL-5 to anti-TSLP restores clinical control in cases of complex phenotypic transitions.

TUBERCULOZĂ BRONHOPULMONARĂ COMPLICATĂ CU STENOZĂ BRONȘICĂ ȘI ABCES RETROSTENOTIC LA O PACIENTĂ TÂNĂRĂ: PREZENTARE DE CAZ

Simona Tudorache[1], Liliana Grigoriu[1], Denisa Boroș[1], Gabriela Țoropoc[1], Emma Bălan[1], Andrei Enache[1]

[1]Secția Clinică Pneumologie IV, Institutul Național de Pneumoftiziologie „Marius Nasta", București, România

Tuberculoza endobronșică (TBEB) prezintă manifestări clinice și imagistice variabile și poate mima patologia infecțioasă sau neoplazică. Stenoza fibroasă poate determina retenție de secreții, infecții retrostenotice și afectare pulmonară ireversibilă.

Prezentăm cazul unei paciente imunocompetente, de 30 de ani, fără comorbidități, inițial tratată pentru pneumonie comunitară, fără răspuns clinico-imagistic favorabil. CT-ul toracic a evidențiat o formațiune centro-hilară stângă pseudotumorală, cu înglobarea bronhiei lobare inferioare. Examenul de spută a fost pozitiv pentru bacili acid-alcool rezistenți (BAAR 2++), sensibili la izoniazidă și rifampicină, cu negativare microbiologică la două luni de tratament. Probele funcționale respiratorii au evidențiat disfuncție ventilatorie mixtă severă, cu VEMS 44% din prezis, fără reversibilitate la bronhodilatator. La trei luni, CT-ul a demonstrat obstrucția completă a bronhiei lobare inferioare stângi, atelectazie și bronșiectazii distale. Bronhoscopia a confirmat stenoza severă, cu recalibrare parțială prin electrocauterizare și evacuarea secrețiilor retrostenotice, iar biopsia a reconfirmat TBEB. Ulterior, pacienta s-a prezentat în urgență pentru hemoptizie și junghi toracic posterior, în contextul unei supurații retrostenotice complicate cu abces. Reevaluarea bronhoscopică a evidențiat persistența obstrucției complete, iar asocierea cu un plămân stâng distrus supurativ a impus pneumonectomie stângă la șapte luni de la diagnostic. Examenul histopatologic a evidențiat tuberculoză pleuro-pulmonară, stenoză bronșică prin fibroză intramurală, bronșiectazii și modificări fibro-sechelare. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, cu status clinic bun și fără desaturare la efort sau în repaus, dar cu sindrom ventilator obstructiv foarte sever la două luni (VEMS 34% din prezis), ceea ce a impus inițierea triplei terapii inhalatorii în doză maximă.

Cazul evidențiază progresia leziunilor structurale bronhopulmonare în pofida negativării bacteriologice precoce. Stenoza fibroasă severă a favorizat supurația retrostenotică și abcedarea, cu evoluție către distrucție pulmonară și pierderea posibilității de conservare a plămânului afectat.

Diagnosticul precoce al TBEB și monitorizarea stenozei bronșice sunt esențiale pentru prevenirea complicațiilor ireversibile. Evoluția fibrostenotică poate persista după controlul bacteriologic și poate conduce la necesitatea unei rezecții pulmonare extinse.

BRONCHOPULMONARY TUBERCULOSIS COMPLICATED BY BRONCHIAL STENOSIS AND RETROSTHENOTIC ABSCESS IN A YOUNG PATIENT: CASE REPORT

Endobronchial tuberculosis (EBTB) has variable clinical and imaging manifestations and may mimic infectious or neoplastic disease. Fibrotic stenosis may cause secretion retention, recurrent post-stenotic infections and irreversible pulmonary damage.

We present a 30-year-old immunocompetent woman without comorbidities, initially treated for community-acquired pneumonia without favorable clinical or radiological response. Chest computed tomography (CT) showed a left central hilar pseudotumoral lesion involving the left lower lobe bronchus. Sputum was positive for acid-fast bacilli (AFB 2++), susceptible to isoniazid and rifampicin, with microbiological conversion after two months of treatment. Pulmonary function testing showed severe mixed ventilatory impairment, with forced expiratory volume in one second (FEV1 = 44 % predicted and no bronchodilator reversibility. At three months, CT demonstrated complete obstruction of the left lower lobe bronchus, atelectasis and distal bronchiectasis. Bronchoscopy confirmed severe stenosis, with partial recanalization by electrocautery and evacuation of post-stenotic secretions; biopsy reconfirmed EBTB. Subsequently, the patient presented to the emergency department with hemoptysis and posterior pleuritic chest pain due to post-stenotic suppuration complicated by abscess formation. Repeat bronchoscopy demonstrated persistent complete obstruction, while a suppurative destroyed left lung led to left pneumonectomy seven months after diagnosis. Histopathology demonstrated pleuropulmonary tuberculosis, bronchial stenosis due to intramural fibrosis, bronchiectasis and fibro-sequelae. The postoperative course was favorable, with good clinical status and no desaturation at rest or during exertion, but severe obstructive ventilatory impairment persisted two months after surgery (FEV1 34% predicted), leading to initiation of maximum-dose triple inhaled therapy.

This case highlights progressive structural bronchopulmonary damage despite early microbiological conversion. Severe fibrotic stenosis promoted post-stenotic suppuration and abscess formation, with progression to a suppurative destroyed lung and loss of the possibility of preserving the affected lung.

Early diagnosis of EBTB and close monitoring of bronchial stenosis are essential to prevent irreversible complications. Fibrostenotic progression may persist after microbiological control and may ultimately require extensive pulmonary resection.

ASOCIEREA POLIPOZEI NAZALE RECURENTE CU ASTMUL BRONȘIC SEVER – MANAGEMENTUL MULTIDISCIPLINAR

Maria Beatrice Ianosi[1], Edith Simona Ianosi[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: Asocierea astmului bronșic (AB) cu rinita polipoidă (RP) este frecvent întâlnită. Prezența polipozei nazale afectează condiționarea aerului inspirat, favorizează apariția infecțiilor și exacerbările astmului. Diagnosticul și tratamentul ambelor afecțiuni necesită o abordare multidisciplinară.

Prezentarea cazului: O pacientă în vârstă de 22 de ani, nefumătoare, s-a prezentat în Clinica de Pneumologie pentru dispnee de efort, wheezing, tuse mucopurulentă, somnolență diurnă, sforăit și cefalee. Pacienta prezenta de 4 ani exacerbări frecvente ale astmului bronșic și polipoză nazală de 6 ani, cu antecedente de 3 polipectomii, urmate de recidiva polipilor și episoade infecțioase.

La examenul clinic s-au evidențiat obstrucție nazală, cearcăne periorbitare, voce nazonată, hipertrofie amigdaliană la nivelul orofaringelui, wheezing și raluri ronflante. Indicele de masă corporală (IMC) a fost de 32 kg/m^2, cu retrognatism și scor Mallampati III. Scorul ACT (Asthma Control Test) a fost de 12 puncte, corespunzător unui astm necontrolat.

Radiografia toracică a evidențiat accentuarea desenului interstițial. Exudatul faringian a fost negativ bacteriologic. Hemograma a evidențiat eozinofilie periferică (460 celule/mm^3), iar valoarea IgE a fost de 240 UI/mL. Explorarea funcțională respiratorie a evidențiat o disfuncție ventilatorie obstructivă moderată.

Consultul ORL a recomandat efectuarea unui examen CT cranio-facial și intervenție chirurgicală pentru îndepărtarea formațiunilor polipoide.

Tratamentul instituit a inclus corticosteroizi inhalatori în asociere cu bronhodilatatoare, antibiotice/macrolide, mucolitice, tratament antialergic topic și sistemic (corticosteroizi și antihistaminice), precum și vaccinarea antipneumococică și antigripală. Având în vedere fenotipul de astm sever eozinofilic, s-a inițiat tratament biologic cu benralizumab, anticorp monoclonal anti-lanț alfa al receptorului pentru interleukina-5 (IL-5Rα).

Sub tratament, starea clinică s-a ameliorat semnificativ, numărul eozinofilelor sanguine a scăzut, iar scorul ACT a crescut de la 12 la 22 de puncte. Poligrafia efectuată preoperator a evidențiat sindrom de apnee obstructivă în somn (SAOS) formă ușoară.

Discuţii: Asocierea astmului bronșic cu rinită polipoidă recurentă contribuie la agravarea ambelor afecțiuni, cu impact negativ asupra calității vieții, apariția unor exacerbări repetate ale astmului și favorizarea infecțiilor. Tratamentul a necesitat atât o abordare locală a patologiei nazale, cât și o strategie terapeutică modernă pentru astmul sever, bazată pe tratament antiinflamator și terapie biologică.

Concluzii: Asocierea polipozei nazale recurente cu astmul bronșic sever la o pacientă tânără a impus investigații complexe, inclusiv efectuarea unei poligrafii, precum și o abordare terapeutică multidisciplinară, prin colaborarea dintre pneumolog, medic ORL și alergolog.

Tratamentul biologic cu benralizumab a contribuit la reducerea semnificativă a simptomatologiei și la ameliorarea controlului astmului, cu un impact favorabil asupra calității vieții pacientei.

THE ASSOCIATION OF RECURRENT NASAL POLYPOSIS WITH SEVERE BRONCHIAL ASTHMA – MULTIDISCIPLINARY MANAGEMENT

Introduction: The association of bronchial asthma (BA) with polypoid rhinitis (PR) is common. The presence of PR impedes the inspired air conditioning, favors infections and asthma exacerbations. The diagnosis and treatment of both conditions involve a multidisciplinary approach.

Case description: A 22-year-old non-smoking female was admitted in the Pulmonology Clinic for exertional dyspnea, wheezing, mucopurulent cough, daytime sleepiness, snoring, and headache. The patient has had for 4 years frequent BA exacerbations and nasal polyposis for 6 years with 3 polypectomies followed by polyp recurrence and infections. We noted nasal congestion, dark circles under the eyes, nasal voice, hypertrophic tonsils in the oropharynx, wheezing and snoring rales, BMI 32 kg/m^2, retrognathia, Mallampati III, ACT questionnaire 12 points corresponding to uncontrolled asthma. Chest X-ray: pronounced interstitial markings, pharyngeal exudate (bacteriologically negative), blood eosinophilia (460 cells/mm^3), IgE 240U/L, moderate obstructive ventilatory dysfunction. ENT consult recommended craniofacial CT and polypectomy. We administrated combined inhaled corticosteroids and bronchodilators, antibiotics/macrolides, mucolytics, topical and oral antiallergics (steroids, antihistamines), pneumococcal and influenza vaccination and we started biologic therapy with benralizumab (anti-alpha chain of the interleukin-5 receptor monoclonal antibody). The clinical condition improved significantly, blood eosinophils decreased, and ACT questionnaire increased to 22 points. Preoperative sleep study showed mild obstructive sleep apnea (OSA).

Discussions: The association of BA with recurrent PR confers severity to both diseases, decreasing the quality of life and leading to multiple asthma exacerbations, infections, onset of OSA with possible further complications. The treatment required both local treatment for PR as well as modern approach of BA with anti-inflammatory drugs (monoclonal antibodies).

Conclusions: The association of recurrent PR and severe BA in a young patient required complex investigations (included sleep study) and a combined multidisciplinary approach (pulmonology, ENT, allergist). Biologic treatment has contributed with a significant reduction in symptoms and an improvement in quality of life.

VALOAREA PROGNOSTICĂ A SCORULUI RADIOGRAFIC BRIXIA ÎN PREDICȚIA SECHELELOR PULMONARE POST-COVID LA COPII: CORELAȚIE CU HRCT

Svetlana Sciuca[1,2], Corina Corina[1,2], Rodica Selevestru [1], Nelea Buga[1], Nina Farmachi[2], Oxana Maliga[1]

[1]Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova
[2]Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Deși infecția COVID-19 are evoluție predominant ușoară la copii, persistența modificărilor pulmonare structurale este raportată în 30-70% cazuri. Scorul radiografic Brixia, utilizat pentru cuantificarea afectării pulmonare acute, nu este validat suficient în populația pediatrică ca marker prognostic.

Scopul studiului: Evaluarea corelației dintre scorul Brixia în faza acută și modificările pulmonare evidențiate prin HRCT post-COVID la copii.

Metode: Studiu observațional desfășurat în perioada 2021-2024. Au fost analizați 74 de copii evaluați radiografic în faza acută (scor Brixia) și 81 de copii examinați prin HRCT post-infecțios. Datele au fost prelucrate cu SPSS 22. Corelația dintre scorul Brixia și severitatea modificărilor CT a fost analizată prin coeficientul Spearman (ρ).

Rezultate: Vârsta medie 3,47±0,53 ani; sugarii au reprezentat 45% din cazuri. La HRCT, 65,4% (95%CI 55,6-74) au prezentat modificări patologice, predominant fibrotice (58,5%) și bilaterale (62,3%). Scorurile Brixia ≤ 10 au fost asociate preponderent cu CT normal (5/5 cazuri Brixia 0; 1/2 cazuri Brixia 5; 1 caz Brixia 10 fără modificări). Scorurile ≥ 35 s-au asociat cu leziuni fibro-atelectatice și remodelare bronșică: Brixia 35 – modificări subsegmentare bilaterale; Brixia 70 – afectare fibro-atelectatică 55% hemitorace stâng cu bronșiectazii varicoase. Analiza Spearman a evidențiat corelație pozitivă moderată între scorul Brixia și severitatea leziunilor CT ($\rho = 0,62$; $p < 0,01$).

Concluzii: Scorul Brixia în faza acută se corelează semnificativ cu severitatea modificărilor pulmonare post-COVID la copii. Valorile ≥ 35 pot indica risc crescut de sechele structurale. Sunt necesare studii prospective pentru validarea pragurilor pediatrice.

PROGNOSTIC VALUE OF THE BRIXIA RADIOGRAPHIC SCORE IN PREDICTING POST-COVID PULMONARY SEQUELAE IN CHILDREN: CORRELATION WITH HRCT

Introduction: Although COVID-19 infection has a predominantly mild course in children, persistence of structural pulmonary changes has been reported in 30–70% of cases. The Brixia radiographic score, used to quantify acute lung involvement, has not been sufficiently validated in the pediatric population as a prognostic marker.

Aim: To evaluate the correlation between the Brixia score in the acute phase and post-COVID pulmonary abnormalities detected by HRCT in children.

Methods: Observational study conducted between 2021 and 2024. A total of 74 children assessed by chest X-ray in the acute phase (Brixia score) and 81 children evaluated by post-infectious HRCT were analysed. Correlation between Brixia score and CT severity was assessed using Spearman's correlation coefficient (ρ).

Results: Mean age was 3.47±0.53 years; infants accounted for 45% of cases. On HRCT, 65.4% (95% CI 55.6-74) presented pathological findings, predominantly fibrotic (58.5%) and bilateral (62.3%). Brixia scores ≤ 10 were mainly associated with normal CT (5/5 cases with Brixia 0; 1/2 cases with Brixia 5; and 1 case with Brixia 10 without abnormalities). Scores ≥35 were associated with fibro-atelectatic lesions and bronchial remodelling: Brixia 35 – bilateral subsegmental changes; Brixia 70 – fibro-atelectatic involvement with varicose bronchiectasis. Spearman analysis demonstrated a moderate positive correlation between Brixia score and CT lesion severity ($\rho=0.62$; $p<0.01$).

Conclusions: The Brixia score in the acute phase correlates significantly with the severity of post-COVID pulmonary changes in children. Values ≥35 may indicate an increased risk of structural sequelae. Prospective studies are required to validate pediatric-specific thresholds.

DINCOLO DE FIBROZA PULMONARĂ: NEOPLASMUL ASCUNS IN DETALIILE IMAGISTICE

Tudor Bîrlădeanu[1,2], Teodor Zaharia[1], Carina-Adina Afloarei[1,2], Adriana-Loredana Pintilie[1,2], David Toma[1,2], Andreea Zabara-Antal[1,2], Radu Crișan-Dabija[1,2]

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

Introducere: Pacientul cu fibroză pulmonară interstițială asociază un risc de 3,85 ori mai mare de a dezvolta neoplazii pulmonare în prezența bolii interstițiale. Prognosticul devine rezervat prin prisma mortalității duble a pacienților cu neoplasm bronhopulmonar și fibroză pulmonară idiopatică. Astfel, monitorizarea riguroasă și conduita terapeutică inițiată precoce sunt de bază în bolile fibrozante pulmonare.

Prezentarea cazului: Prezentăm pacientul G.I., 71 de ani, nefumător, fără expunere profesională la noxe respiratorii, cu debutul simptomatologiei prin dispnee de efort și tuse seacă în iunie 2023. CT din noiembrie 2024 evidențiază modificări fibrotice, cu pattern UIP probabil. În mai 2025, apare deteriorarea funcțională, cu desaturare până la 83% la efort și scăderea DLCO până la 29%. Sindromul inflamator persistă, iar radiografia toracică indică o opacitate extensivă, reflectată CT printr-o masă solidă de 56 mm în LID, cu adenopatii mediastinale și hilare. Biopsia stabilește diagnosticul de cancer pulmonar microcelular și se inițiază radio și chimioterapia. Pacientul nu urmează protocolul de urmărire și tratament al fibrozei și decedează în mai 2026.

Discuţii: Prognosticul nefavorabil al asocierii dintre neoplazie și boala fibrozantă este vehiculat în literatura de actualitate. Absența tabagismului și a expunerii la noxe respiratorii, pre-cum și progresia funcțională și imagistică a pneumopatiei fibrozante ce precedă identificarea unui neoplasm local avansat constituie particularități ale cazului. Patternul UIP ar fi putut re-prezenta o limitare terapeutică, adăugând un risc suplimentar de exacerbare acută a bolii in-terstițiale în contextul curei oncologice.

Concluzii: Cazul subliniază necesitatea monitorizării HRCT riguroase la pacientul cu fi-broză pulmonară, în special cu declin funcțional sau suspiciune radiografică. Chiar la nefumă-tor, o opacitate focală în asociere cu agravare clinică trebuie să determine excluderea și even-tuala cură unei malignități. Detectarea tardivă a malignității și nerespectarea protocolului pentru fibroze au limitat opțiunile terapeutice și a provocat o evoluție fatală la aproximativ 12 luni de la diagnosticul oncologic.

BEYOND THE PULMONARY FIBROSIS: THE CANCER HIDDEN IN THE IMAGISTIC DETAILS

Introduction: Patients presenting interstitial pulmonary fibrosis have a 3.85-fold increased risk of developing lung cancer in the presence of interstitial lung disease. The outcome is worsened by the two-times higher mortality in patients with such association. Therefore, rigorous monitoring and early implementation of therapeutic strategies are essential in fibrosing lung diseases.

Case presentation: We present the case of a 71-year old non-smoking male, without occupational exposure to respiratory noxae, who presents exertional dyspnea and dry cough in June 2023. CT of November 2024 reveals a probable UIP pattern. In May 2025, the functional status deteriorates, with plunges in saturation down to 83% and in DLCO to 29%. Inflammatory markers remain elevated, while chest radiography shows an extensive opacity, described in CT as a 56-mm solid mass in the right lower lobe, with mediastinal and hilar lymphadenopathy. Biopsy reveals small cell lung cancer, and radiotherapy and chemotherapy are initiated. The patient does not adhere to the follow-up protocol for fibrosis and dies in May 2026.

Discussion: The unfavorable prognosis associated with the coexistence of neoplasia and fibrosing interstitial disease is documented in the current literature. Absence of smoking and noxae exposure, together with functional and radiological progression preceding the identification of locally advanced malignancy, represent distinctive case features. The UIP pattern could have represented a therapeutic limitation, adding a risk of acute exacerbation of the lung disease during oncological treatment.

Conclusions: This case emphasizes the need for radiological monitoring in patients with pulmonary fibrosis, particularly with functional decline or suspicious radiographic findings. Even in non-smokers, focal opacities associated with clinical deterioration should determine the investigation and possible cure for an underlying malignancy. Delayed detection of cancer and non-adherence to the fibrosis management protocol limited therapeutic options and resulted in a fatal outcome at 12 months post-diagnosis.

DINCOLO DE PLUREZIE: CHILOTORAX RECURENT ÎN LIMFOMUL FOLICULAR

Ariadna-Maria Mircescu[1,3,4], Denisa-Gabriela Ion-Andrei[1,2,4], Roxana Ștefania Enache[1,3,4], Cezara Tudor[1,2,4], Elena Danteș[1,2,3,4]

[1]Departamentul nr. 3 – Discipline Clinice Medicale I,Facultatea de Medicină, Universitatea Ovidius, Constanța, România
[2]Facultatea „Ovidius", Constanța, România
[3]Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie, Constanța, România
[4]Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei", Constanța, România

Introducere/Obiective: Chilotoraxul reprezintă o formă rară de revărsat pleural, caracterizată prin acumularea de lichid limfatic bogat în trigliceride în cavitatea pleurală. Etiologia malignă trebuie avută în vedere în formele non-traumatice, afecțiunile limfoproliferative reprezentând un context clinic important. Lucrarea prezintă particularitățile diagnostice și evolutive ale unui chilotorax recurent asociat unui limfom folicular.

Prezentarea cazului: Pacientă diagnosticată în aprilie 2024 cu limfom cu celulă B folicular clasic, grad 1-2, stadiul IVB. Examinarea CT toraco-abdomino-pelvină inițială a evidențiat adenopatii extensive supra- și subdiafragmatice, pleurezie dreaptă în cantitate mare, cu colaps pulmonar secundar, revărsat pericardic și afectare retroperitoneală. Au fost analizate datele clinice, imagistice, citologice și biochimice ale lichidului pleural, precum și evoluția sub tratament.

Discuţii: Evoluția a fost marcată de persistența revărsatului pleural, necesitând drenaj toracic și toracocenteze evacuatorii repetate. Lichidul pleural, vâscos, gălbui, a prezentat trigliceride 534 mg/dL, proteine 4,25 g/dL, colesterol 87 mg/dL și LDH 195 U/L, susținând diagnosticul de chilotorax. Examenul citologic a evidențiat aspect inflamator mixt, predominant limfocitar. Au fost necesare evacuări pleurale repetate, cu volume de până la 4000 mL/procedură. Imagistic, pleurezia a devenit bilaterală, predominant dreaptă. Concomitent cu tratamentul specific al bolii hematologice, s-a constatat regresia progresivă a revărsatului pleural, până la dispariția acestuia la evaluările imagistice ulterioare.

Concluzii: Chilotoraxul poate constitui o complicație pleurală importantă în evoluția limfomului folicular. Caracterizarea biochimică a lichidului pleural are un rol esențial în stabilirea diagnosticului. Evoluția favorabilă a afectării pleurale sub tratamentul bolii de fond evidențiază importanța recunoașterii etiologiei și a managementului multidisciplinar pneumologie–hematologie.

BEYOND PLEURAL EFFUSION: RECURRENT CHYLOTHORAX IN FOLLICULAR LYMPHOMA

Introduction/Objectives: Chylothorax is a rare form of pleural effusion characterized by the accumulation of triglyceride-rich lymphatic fluid within the pleural cavity. Malignancy should be considered among the underlying causes of non-traumatic chylothorax, with lymphoproliferative disorders representing an important clinical setting. This report describes the diagnostic features and clinical course of recurrent chylothorax associated with follicular lymphoma.

Case presentation: A female patient was diagnosed in April 2024 with classic follicular B-cell lymphoma, grade 1–2, stage IVB. Initial thoraco-abdominopelvic CT revealed extensive supra- and infradiaphragmatic lymphadenopathy, a large right-sided pleural effusion with secondary lung collapse, pericardial effusion, and retroperitoneal involvement. Clinical and imaging findings, as well as cytological and biochemical characteristics of the pleural fluid and the clinical course under treatment, were analyzed.

Discussion: The clinical course was marked by persistent pleural effusion requiring chest tube drainage and repeated therapeutic thoracenteses. The pleural fluid was viscous and yellowish, with triglycerides of 534 mg/dL, protein of 4.25 g/dL, cholesterol of 87 mg/dL, and LDH of 195 U/L, supporting the diagnosis of chylothorax. Cytological examination revealed a mixed inflammatory pattern with lymphocytic predominance. Repeated pleural drainage procedures were required, with volumes of up to 4,000 mL per procedure. Imaging subsequently demonstrated bilateral pleural effusions, predominantly right-sided. Concurrently with specific treatment of the underlying hematological malignancy, the pleural effusion progressively regressed and ultimately resolved on subsequent imaging.

Conclusions: Chylothorax may represent an important pleural complication in the course of follicular lymphoma. Biochemical characterization of pleural fluid plays an essential role in establishing the diagnosis. The favorable evolution of pleural involvement following treatment of the underlying disease highlights the importance of identifying the etiology and of a multidisciplinary approach involving pulmonology and hematology.

FOTOGRAFIA ȘI INTELIGENȚA ARTIFICIALĂ ÎN PALIAȚIA CANCERULUI PULMONAR AVANSAT

Armand Iustinian Enache[1], Vladimir Poroch[1], Gema Bacoanu[1]

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

Metoda studiului: A fost realizată o sinteză narativă focalizată a cinci publicații identificate prin căutări tematice, disponibile la 30 septembrie 2026. Au fost analizate patru studii la adulți și o revizuire exploratorie privind fotografia, terapia demnității sau inteligența artificială (IA) în contexte relevante pentru paliație. Analiza descriptivă a urmărit populațiile, intervențiile și aplicabilitatea în cancerul pulmonar avansat. Ipoteza a vizat complementaritatea dintre susținerea identității prin fotografie și identificarea nevoilor paliative prin IA.

Rezultatele studiului: Studiul calitativ cu 23 de participanți și 76 de fotografii a evidențiat relația dintre mediul de îngrijire, identitate și continuitatea vieții cotidiene. Un alt studiu, cu 19 pacienți și 40 de clinicieni, a descris rolul fotografiilor în facilitarea comunicării și în recunoașterea pacientului ca persoană. În studiul exploratoriu cu 7 participanți, după terapia demnității cu album familial s-a observat reducerea semnificativă a oboselii. Studiul randomizat cu 120 de pacienți cu cancer pulmonar în chimioterapie a raportat, după terapia demnității orientată spre familie, reducerea distresului existențial ($\beta = -1,372$; $p = 0,003$) și a simptomelor depresive ($\beta = -3,430$; $p < 0,001$) la o săptămână, față de grupul control. Bunăstarea spirituală s-a ameliorat la una și patru săptămâni. Revizuirea din 2026 a inclus 15 studii privind IA: 9 pentru identificarea nevoilor paliative, 6 pentru evaluarea și gestionarea simptomelor și 4 pentru sprijin decizional, în categorii suprapuse; 2 au măsurat direct calitatea vieții.

Discuţii: Publicațiile analizate susțin separat rolurile fotografiei, terapiei demnității și IA. Eterogenitatea populațiilor și intervențiilor limitează extrapolarea la cancerul pulmonar avansat. Niciuna dintre cele cinci publicații nu a evaluat o intervenție integrată de fotografie și IA în această populație.

Concluzii: Complementaritatea fotografiei și IA rămâne o ipoteză pentru îngrijirea paliativă centrată pe persoană. Aplicarea clinică integrată necesită validare prospectivă, consimțământ informat, protecția datelor și supraveghere clinică.

PHOTOGRAPHY AND ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN PALLIATIVE CARE FOR ADVANCED LUNG CANCER

Methods: A focused narrative synthesis examined five publications identified through thematic searches and available as of 30 September 2026. Four studies involving adults and one scoping review addressed photography, dignity therapy, or artificial intelligence (AI) in contexts relevant to palliative care. The descriptive analysis examined populations, interventions, and applicability to advanced lung cancer. The hypothesis concerned complementarity between supporting identity through photography and identifying palliative care needs through AI.

Results: A qualitative study involving 23 participants and 76 photographs highlighted links between care surroundings, identity, and continuity of everyday life. Another study, involving 19 patients and 40 clinicians, described the role of photographs in facilitating communication and recognising the patient as a person. In an exploratory study involving 7 participants, significantly lower tiredness was observed after dignity therapy incorporating family photographs. A randomised trial involving 120 patients with lung cancer undergoing chemotherapy reported lower existential distress ($\beta = -1.372$; $p = 0.003$) and depressive symptoms ($\beta = -3.430$; $p < 0.001$) at one week following family-oriented dignity therapy, compared with the control group. Spiritual well-being improved at both one and four weeks. The 2026 scoping review included 15 studies on AI: 9 addressed palliative needs identification, 6 symptom assessment and management, and 4 decision support, with overlapping categories; 2 directly measured quality of life.

Discussion: The publications analysed support separate roles for photography, dignity therapy, and AI. Heterogeneity in populations and interventions limits extrapolation to advanced lung cancer. None of the five publications evaluated an integrated photography and AI intervention in this population.

Conclusions: Complementarity between photography and AI remains a hypothesis for person-centred palliative care. Integrated clinical application requires prospective validation, informed consent, data protection, and clinical oversight.

DIFERENȚE DE SEX ÎN EXPRESIA CLINICĂ, FUNCȚIONALĂ ȘI PSIHOLOGICĂ A BRONHOPNEUMOPATIEI OBSTRUCTIVE CRONICE

Liliana Lupu[1], Alexandru Corlăteanu[1]

[1]Disciplina de Pneumologie și Alergologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC), considerată anterior o patologie predominant masculină, este din ce în ce mai frecvent diagnosticată la femei. Deși diferențele de sex în prevalența BPOC s-au redus, manifestările clinice, funcționale și psihologice diferă între sexe, ceea ce susține necesitatea unei evaluări multidimensionale.

Scop: Evaluarea diferențelor între sexe în manifestările clinice și funcționale ale BPOC și a asocierilor dintre parametrii funcționali respiratori, capacitatea de efort, severitatea bolii și simptomele depresive.

Materiale și metode: Studiu observațional transversal pe 70 de pacienți cu BPOC (35 de femei, 35 de bărbați). Au fost evaluate FEV1, FVC, dispneea prin scala mMRC, testul de mers de 6 minute (6MWD), indicele BODE, clasificarea GOLD ABE și scorul SGRQ. Simptomele depresive au fost evaluate clinic, pe baza simptomelor raportate, fără instrument psihometric standardizat. Analiza statistică a inclus comparații între sexe și corelații Spearman ($p < 0,05$).

Rezultate: În lotul studiat femeile au fost mai vârstnice decât bărbații (61,8 ± 8,1 vs. 57,7 ± 3,5 ani; $p = 0,008$), iar fumatul a fost semnificativ mai frecvent la bărbați (88,6% vs. 31,4%; $p < 0,001$). Expectorația cronică a prevalat la bărbați (94,3% vs. 74,3%; $p = 0,049$), în timp ce internările urgente au fost mai frecvente la femei (94,3% vs. 61,8%; $p = 0,001$). Distribuția categoriilor BODE a diferit între sexe ($p = 0,045$), fără diferențe semnificative pentru GOLD ABE, FEV1, FVC, BMI, 6MWD sau SGRQ ($p > 0,05$). Simptomele depresive au fost mai frecvente la femei (42,9% vs. 5,7%; $p<0,001$). În lotul total, BODE a prezentat o corelație pozitivă cu simptomele depresive ($rs = 0,241$; $p = 0,044$), observată la femei ($rs = 0,364$; $p = 0,032$), dar nu și la bărbați ($rs = 0,134$; $p = 0,444$). La femei, severitatea dispneei evaluată prin mMRC s-a corelat pozitiv cu simptomele depresive ($rs = 0,472$; $p = 0,004$), în timp ce valorile mai mari ale FEV1 s-au asociat cu rezultate mai bune la 6MWD ($rs = 0,405$; $p = 0,016$), fără asocieri semnificative la bărbați.

Concluzii: Diferențele între sexe s-au manifestat predominant la nivelul expresiei clinice și psihologice a BPOC, cu diferențe limitate ale funcției pulmonare și capacității de efort. La femei, severitatea bolii și dispneea s-au asociat cu simptomele depresive. Aceste rezultate susțin o abordare multidimensională a BPOC, integrând evaluarea clinică, funcțională și psihologică și luând în considerare particularitățile asociate sexului.

SEX DIFFERENCES IN THE CLINICAL, FUNCTIONAL, AND PSYCHOLOGICAL EXPRESSION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Introduction: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), previously considered a predominantly male disease, is increasingly diagnosed in women. Although sex differences in COPD prevalence have decreased, clinical, functional, and psychological manifestations differ between sexes, supporting the need for a multidimensional assessment.

Aim: To assess sex differences in the clinical and functional manifestations of COPD and the associations between respiratory functional parameters, exercise capacity, disease severity, and depressive symptoms.

Materials and methods: A cross-sectional observational study was conducted in 70 patients with COPD (35 women, 35 men). FEV1, FVC, dyspnea assessed using the mMRC scale, the 6-minute walk test (6MWD), BODE index, GOLD ABE classification, and SGRQ score were evaluated. Depressive symptoms were assessed clinically, based on reported symptoms, without the use of a standardized psychometric instrument. Statistical analysis included between-sex comparisons and Spearman correlations ($p < 0.05$).

Results: In the study cohort, women were older than men (61.8±8.1 vs. 57.7 ± 3.5 years; $p = 0.008$), while smoking was significantly more frequent among men (88.6% vs. 31.4%; $p < 0.001$). Chronic sputum production was more prevalent among men (94.3% vs. 74.3%; $p = 0.049$), whereas emergency admissions were more frequent among women (94.3% vs. 61.8%; $p = 0.001$). The distribution of BODE categories differed between sexes ($p = 0.045$), with no significant differences in GOLD ABE, FEV1, FVC, BMI, 6MWD, or SGRQ ($p > 0.05$). Depressive symptoms were more frequent among women (42.9% vs. 5.7%; $p < 0.001$). In the total cohort, BODE was positively associated with depressive symptoms ($rs = 0.241$; $p = 0.044$), an association observed in women ($rs = 0.364$; $p = 0.032$), but not in men ($rs = 0.134$; $p = 0.444$). In women, dyspnea severity assessed by mMRC was positively correlated with depressive symptoms ($rs = 0.472$; $p = 0.004$), while higher FEV1 was associated with better 6MWD performance ($rs = 0.405$; $p = 0.016$), with no significant associations in men.

Conclusions: Sex differences were manifested predominantly in the clinical and psychological expression of COPD, with limited differences in pulmonary function and exercise capacity. In women, disease severity and dyspnea were associated with depressive symptoms. These findings support a multidimensional approach to COPD, integrating clinical, functional, and psychological assessment while considering sex-specific characteristics.

MANIFESTĂRILE CLINICE ȘI RELEVANȚA DIAGNOSTICULUI PRECOCE ÎN ASPERGILOZA BRONHOPULMONARĂ LA COPII

Rodica Selevestru[1], Nelea Buga[1], Ludmila Rusu[3], Svetlana Șciuca[1,2]

[1]*Departamentul de Pediatrie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova*
[2]*Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova*
[3]*Spitalul de Urgențe pentru Copii, Cluj-Napoca,* România

Infecțiile fungice cu *Aspergillus spp*. sunt menționate în structura etiologică a bolilor cronice pulmonare, cum este fibroza chistică (FC), imunodeficiențe, bronșiectazii, etc. Exacerbările pulmonare, caracterizate prin simptome respiratorii și înrăutățirea funcției pulmonare, reprezintă o provocare clinică majoră și sunt cauza principală de morbiditate și scăderea calității vieții în bolile pulmonare cronice.

Obiectivul: Cercetarea manifestărilor clinice și importanța diagnosticării precoce în aspergiloza pulmonară la copii cu maladii cronice bronhopulmonare.

Metode: Studiul a inclus 17 copii cu maladii cronice bronhopulmonare: FC – 8 pacienți, astm bronșic – 4, emfizem lobar unilateral și tuberculoză pulmonară câte 2 copii, bronșiolită obliterantă 1 copil. Aprecierea cantitativă a anticorpilor totali anti-Aspergillus fumigatus (IgM, IgG) s-a efectuat prin metoda ELISA. Rezultatele sunt exprimate cantitativ în Un/mL raportat la cut-off > 15 U/mL sugerează prezența anticorpilor IgG/IgM anti-*Af*. Copiii au fost examinați imagistic prin CT pulmonară (Toshiba Aquilion Prime 80). Funcția respiratorie a fost evaluată prin spirometrie: FEV1, FVC, FEV1/FVC și fluxurile expiratorii la volume mici (MEF 25-75).

Rezultate: Vârsta medie a copiilor a fost 11,2 ± 4,3 ani. Manifestările clinice la acești copii au inclus: tusea persistentă, uscată, mai accentuată noaptea sau dimineața, *wheezing*, dispnee, febră, fatigabilitate, prezente la toți pacienții, în 26,7% – durere toracică, 46,7% flegmă, 13,33% –hemoptizie. La CT pulmonară – modificări structurale variate, bronșiectazii cilindrice și varicoase, impactare mucoasă endobronșică, opacități nodulare, infiltrate peribronșice, atelectazii segmentare. Evaluarea spirometrică a evidențiat un sindrom obstructiv ușor-moderat, cu pattern mixt în cazurile cu afectare structurală extinsă.

Concluzii: Persistența *Aspergillus* în afecțiunile bronhopulmonare la copii a fost asociată cu manifestări clinice persistente, exacerbări pulmonare multiple, spitalizări frecvente, iar CT pulmonară rămâne un instrument esențial în diagnosticul precoce al aspergilozei pulmonare la copii. Reducerea frecventă a MEF25-75 sugerează implicarea bronhiolară în aspergiloza bronhopulmonară la copii.

CLINICAL MANIFESTATIONS AND RELEVANCE OF EARLY DIAGNOSIS IN BRONCHOPULMONARY ASPERGILLOSIS IN CHILDREN

Fungal infections with Aspergillus spp. are mentioned in the etiological structure of chronic pulmonary diseases, such as cystic fibrosis (CF), immunodeficiencies, bronchiectasis, etc. Pulmonary exacerbations, characterized by respiratory symptoms and worsening of pulmonary function, represent a major clinical challenge and are the main cause of morbidity and decreased quality of life in chronic pulmonary diseases.

Objective: to investigate the clinical manifestations and the importance of early diagnosis in pulmonary aspergillosis in children with chronic bronchopulmonary diseases.

Methods: The study included 17 children with chronic bronchopulmonary diseases: CF – 8 patients, bronchial asthma – 4, unilateral lobar emphysema and pulmonary tuberculosis – 2 children each, bronchiolitis obliterans – 1 child. Quantitative assessment of total anti-Aspergillus fumigatus antibodies (IgM, IgG) was performed by ELISA. The results are expressed quantitatively in Un/mL relative to the cut-off > 15 U/mL suggesting the presence of IgG/IgM anti-Af antibodies. The children were examined by lung CT imaging (Toshiba Aquilion Prime 80). Respiratory function was assessed by spirometry: FEV1, FVC, FEV1/FVC and expiratory flows at small volumes (MEF 25-75).

Results: The mean age of the children was 11.2 ± 4.3 years. Clinical manifestations in these children included: persistent, dry cough, more pronounced at night or in the morning, wheezing, dyspnea, fever, fatigue, present in all patients, in 26.7% – chest pain, 46.7% phlegm, 13.33% –hemoptysis. On pulmonary CT – various structural changes, cylindrical and varicose bronchiectasis, endobronchial mucosal impaction, nodular opacities, peribronchial infiltrates, segmental atelectasis. Spirometric evaluation revealed a mild-moderate obstructive syndrome, with a mixed pattern in cases with extensive structural damage.

Conclusions: Persistence of Aspergillus in bronchopulmonary diseases in children was associated with persistent clinical manifestations, multiple pulmonary exacerbations, frequent hospitalizations, and pulmonary CT remains an essential tool in the early diagnosis of pulmonary aspergillosis in children. Frequent reduction of MEF25-75 suggests bronchiolar involvement in bronchopulmonary aspergillosis in children.

BACTERIOFAGOTERAPIA NEBULIZATĂ ASOCIATĂ COLISTINEI ÎN PNEUMONIA ASOCIATĂ VENTILAȚIEI MECANICE CU *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* XDR: CAZ CLINIC

Valeria Irodoi[1,3], Tatiana Dumitraș[1], Dorina Potop[1,3], Ana Russu[1,3], Diana Hapun[3], Andrei Cealan[2], Virginia Cașcaval[1], Diana Fetco-Mereuță[1]

[1]Disciplina de Medicină Internă, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova

[2] Catedra de Radiologie și Imagistică Medicală, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova

[3] Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime", Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Rezistența extensivă la antibiotice a *Pseudomonas aeruginosa* reprezintă o provocare terapeutică majoră, limitând semnificativ opțiunile de tratament disponibile. Asocierea terapiei antimicrobiene țintite cu bacteriofagi administrați prin nebulizare poate contribui la stabilizarea clinică și la regresia modificărilor pulmonare la pacientul critic cu pneumonie asociată ventilației mecanice produsă de *Pseudomonas aeruginosa* XDR.

Prezentarea cazului: A fost analizat un caz clinic de pneumonie comunitară bilaterală severă, complicată cu sindrom de detresă respiratorie acută, ventilație mecanică invazivă, traheostomie și ulterior pneumonie asociată ventilației mecanice. Pacientul era cunoscut cu bronhopneumopatie obstructivă cronică, indicele fumătorului 30 de pachete-an, obezitate de gradul III, sindrom de hipoventilație asociat obezității, hipertensiune arterială și insuficiență cardiacă cronică. Infecția cu virus gripal A a fost confirmată prin reacție de polimerizare în lanț (RT-PCR). Culturile microbiologice pe parcursul spitalizării în terapie intensivă au identificat *Pseudomonas aeruginosa* sensibilă doar la colistină. La internare, leucocitele au fost 7,84 × 10^9/L, neutrofilele 84%, proteina C reactivă 22,05 mg/L, iar viteza de sedimentare a hematiilor 61 mm/h. Examinările imagistice au evidențiat infiltrate pneumonice bilaterale polisegmentare și revărsat pleural; angio-tomografia computerizată pulmonară a exclus embolia pulmonară. Tratamentul cu colistină, asociat bacteriofagilor anti-Pseudomonas administrați prin nebulizare, a fost urmat de stabilizare clinică și regresia modificărilor radiologice pulmonare.

Discuţii: Comorbiditățile multiple și necesitatea suportului ventilator prelungit au favorizat colonizarea căilor respiratorii, instalarea infecției ulterioare cu un germen multirezistent. Rezultatele terapiei sugerează un posibil efect sinergic între colistină și bacteriofagi, prin reducerea biofilmului bacterian și creșterea susceptibilității tulpinii la tratamentul antimicrobian.

Concluzie: Terapia cu bacteriofagi inhalatori poate reprezenta o opțiune adjuvantă în pneumoniile severe cu Pseudomonas aeruginosa extensiv rezistentă, însă sunt necesare studii suplimentare pentru confirmarea eficacității și siguranței. Standardizarea protocoalelor de administrare și monitorizarea pe termen lung a răspunsului terapeutic rămân pași esențiali pentru integrarea acestei abordări în practica clinică curentă.

NEBULIZED BACTERIOPHAGE THERAPY COMBINED WITH COLISTIN IN VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA CAUSED BY XDR PSEUDOMONAS AERUGINOSA: A CLINICAL CASE

Introduction: Extensive antibiotic resistance in *Pseudomonas aeruginosa* represents a major therapeutic challenge, significantly limiting the available treatment options. The combination of targeted antimicrobial therapy with bacteriophages administered via nebulization may contribute to clinical stabilization and the regression of pulmonary changes in critically ill patients with ventilator-associated pneumonia caused by XDR *Pseudomonas aeruginosa*.

Case description: A clinical case of severe bilateral community-acquired pneumonia, complicated by ARDS, invasive mechanical ventilation, tracheostomy and subsequent ventilator-associated pneumonia, was analyzed. The patient had a history of chronic obstructive pulmonary disease, a smoker's index of 30 pack-years, grade III obesity, obesity-related hypoventilation syndrome, hypertension and chronic heart failure. Infection with influenza A virus was confirmed by RT-PCR and microbiological cultures taken during his stay in the ICU identified *Pseudomonas aeruginosa* susceptible only to colistin. On admission, the white blood cell count was 7.84×10^9/L, the neutrophil percentage was 84%, C-reactive protein was 22.05 mg/L, and the erythrocyte sedimentation rate was 61 mm/h. Imaging studies revealed bilateral polysegmental pulmonary infiltrates and pleural effusion; pulmonary computed tomography angiography ruled out pulmonary embolism. Treatment with colistin, combined with anti-Pseudomonas bacteriophages administered via nebulization, was followed by clinical stabilization and radiological regression of pulmonary changes.

Discussion: Multiple comorbidities and the need for prolonged ventilatory support facilitated subsequent development of an infection caused by a multidrug-resistant pathogen. The results of the treatment suggest a possible synergistic effect between colistin and bacteriophages, through the reduction of the bacterial biofilm and an increase in the strain's susceptibility to antimicrobial treatment.

Conclusion: Therapy with inhaled bacteriophages may represent an adjunctive option in severe pneumonia caused by XDR *Pseudomonas aeruginosa*; however, further studies are required to confirm its efficacy and safety. Standardization of administration protocols and long-term monitoring of the therapeutic response remain essential steps for integrating this approach into current clinical practice.

PNEUMONIA LA IMUNOCOMPROMIȘI – FENOTIP CLINIC ȘI RADIOLOGIC DISTINCT

Eugenia Scutaru[1], **Doina Rusu**[2], **Alexandru Corlăteanu**[1]

[1] *Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova*
[2] *Institutul de Pneumologie „Chiril Draganiuc”, Chișinău, Republica Moldova*

Metoda studiului: Pentru caracterizarea fenotipului clinic și radiologic al pneumoniei la pacienții imunocompromiși, a fost realizat un studiu prospectiv observațional. Au fost incluși 96 de pacienți imunocompromiși cu pneumonie (PI) și 96 de pacienți imunocompetenți cu pneumonie (PC). Caracteristicile clinice, de laborator și radiologice au fost comparate între cele două cohorte. Variabilele cu diferențe semnificative statistic au fost ulterior introduse într-un model de regresie logistică multivariabilă pentru identificarea caracteristicilor asociate independent cu statutul de imunocompromis în rândul pacienților cu pneumonie.

Rezultatele: Analiza multivariabilă a identificat șase caracteristici asociate independent cu pneumonia la pacienții imunocompromiși. Caracteristicile clinice au inclus debutul insidios (OR 3,29; IC 95%: 1,31–8,19; p = 0,01), tusea uscată (OR 2,67; IC 95%: 1,20–5,97; p = 0,016) și hipotensiunea (OR 23,27; IC 95%: 1,56–34,1; p = 0,022). Caracteristicile radiologice au inclus afectarea bilaterală (OR 3,12; IC 95%: 1,10–8,14; p = 0,02), leziuni în ≥ 2 câmpuri pulmonare (OR 3,82; IC 95%: 1,59–9,17; p = 0,003) și opacități interstițiale (OR 6,06; IC 95%: 2,38–15,41; p < 0,001).

Discuţii: Particularitățile identificate reflectă complexitatea prezentării pneumoniei la pacientul imunocompromis și pot fi explicate prin răspunsul imun alterat și heterogenitatea etiologică, inclusiv prin infecții oportuniste bacteriene și fungice. Asocierea debutului insidios, a tusei uscate și a afectării pulmonare bilaterale, extinse și interstițiale este descrisă în literatura de specialitate în contextul infecțiilor asociate imunodepresiei. Aceste caracteristici pot constitui repere clinico-radiologice utile pentru diagnosticarea precoce.

Concluzii: Fenotipul identificat poate reprezenta un reper clinic util pentru creșterea suspiciunii de pneumonie la pacientul imunocompromis, în special în cazurile cu prezentare atipică. Integrarea caracteristicilor clinico-radiologice cu gradul imunodepresiei și evaluarea etiologică poate contribui la stabilirea diagnosticului și inițierea promptă a tratamentului.

PNEUMONIA IN THE IMMUNOCOMPROMISED HOST: A DISTINCT CLINICAL AND RADIOLOGICAL PHENOTYPE

Study methods: To characterise the clinical and radiological phenotype of pneumonia in immunocompromised patients, a prospective observational study was conducted. A total of 96 immunocompromised patients with pneumonia (PI) and 96 immunocompetent patients with pneumonia (PC) were included. Clinical, laboratory, and radiological characteristics were compared between the two cohorts. Variables showing statistically significant differences were subsequently entered into a multivariable logistic regression model to identify characteristics independently associated with immunocompromised status among patients with pneumonia.

Results: Multivariable analysis identified six characteristics independently associated with immunocompromised status among patients with pneumonia. The clinical characteristics included insidious onset (OR 3.29; 95% CI: 1.31–8.19; p = 0.01), dry cough (OR 2.67; 95% CI: 1.20–5.97; p = 0.016), and hypotension (OR 23.27; 95% CI: 1.56–34.1; p = 0.022). Radiological characteristics included bilateral pulmonary involvement (OR 3.12; 95% CI: 1.10–8.14; p = 0.02), lesions involving ≥ 2 lung fields (OR 3.82; 95% CI: 1.59–9.17; p = 0.003), and interstitial opacities (OR 6.06; 95% CI: 2.38–15.41; p < 0.001).

Discussion and conclusions: The identified features may reflect the altered host immune response and the heterogeneous spectrum of infectious aetiologies in immunocompromised patients. The presence of insidious onset, dry cough, hypotension, and bilateral, extensive, and interstitial pulmonary involvement suggests a distinct clinical and radiological phenotype. Recognition of these features may increase clinical suspicion of underlying immunocompromised status and support earlier diagnostic and etiological evaluation.