

PNEUMOPED 2024

Conferința Națională cu Participare Internațională
de Pneumologie Pediatrică și Fibroză Chistică
Timișoara 2024

16–19 Octombrie

 **Format FIZIC**
Locație: UMF “Victor Babeș” Timișoara



ASOCIAȚIA
NAȚIONALĂ ROMÂNĂ
DE MUCOVISCIDOZĂ



UNIVERSITATEA
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
VICTOR BABEȘ | TIMIȘOARA



PATOLOGIE RESPIRATORIE PEDIATRICĂ – DE LA BOLI RARE LA PATOLOGII FRECVENTE

Coordonator:
Ioana-Mihaiela Ciucă

- VOLUM DE REZUMATE -

MANIFESTĂRI ȘTIINȚIFICE

Editura “Victor Babeș”
Timișoara
2024

Editura „Victor Babeș”

Piața Eftimie Murgu nr. 2, cam. 316, 300041 Timișoara

Tel./Fax 0256 495 210

e-mail: evb@umft.ro

www.umft.ro/editura

Director general: Prof. univ. dr. Sorin Ursoniu

Colecția: MANIFESTĂRI ȘTIINȚIFICE

Coordonatori colecție: Prof. univ. dr. Danina Muntean

Prof. univ. dr. Bogdan Timar

Referent științific: Prof. univ. dr. Sorin Eugen Boia

© 2024

Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate.

Reproducerea parțială sau integrală a textului, pe orice suport, fără acordul scris al autorilor este interzisă și se va sancționa conform legilor în vigoare.

ISBN 978-606-786-421-2

Comitet științific

Prof. Dr. Ioana Ciucă

Prof. Dr. Liviu Pop

Prof. Dr. Mariana Boia

Prof. Dr. Bogdan Almăjan

Prof. Dr. Mihai Craiu

Prof. Dr. Edgar Delgado-Eckert

Prof. Dr. Cristian Gheonea

Prof. Dr. Monica Hăncianu

Prof. Dr. Dana Iacob

Prof. Dr. Gheorghe Iovănescu

Prof. Dr. Bat Sheva Kerem

Prof. Dr. Eitan Kerem

Prof. Dr. Sorin Man

Prof. Dr. Ioana Maris

Prof. Dr. Cristian Oancea

Prof. Dr. Carmen Panaitescu

Conf. Dr. Vlad David

Conf. Dr. Laura Dracea

Conf. Dr. Marcela Ionescu

Conf. Dr. Corina Paul

Conf. Dr. Liviu Tămaș

Șef Lucr. Dr. Alexandru Crișan

Șef Lucr. Dr. Laura Haidar

Şef Lucr. Dr. Monica Marc
Şef Lucr. Dr. Paraschiva Cherecheş- Panţa
Şef Lucr. Dr. Camelia Pescaru
Şef Lucr. Dr. Iustina Stan
Şef Lucr. Dr. Alexandru Ulmeanu
Asist. Univ. Dr. Adrian Lacatusu
Asist. Univ. Dr. Mihaela Dediu
Asist. Univ. Dr. Valentin Iovin
Asist. Univ. Dr. Cristian Marinău
Asist. Univ. Dr. Mirela Mogoi
Asist. Univ. Dr. Anca Popoiu
Asist. Univ. Dr. Csilla Szabo
Dr. Mihail Basa
Dr. Lucia Cinezan
Dr. Drd. Ramona Coardoş
Dr. Cozmina Cucui
Dr. Drd. Diana Dabîca
Dr. Otilia Fufezan
Dr. Daniela Mitrofan
Dr. Mihaela Oros
Dr. Tudor Pop
Dr. Simona Turcu

Comitet de organizare

Prof. Univ. Dr. Liviu Pop

Conf. Univ. Dr. Ioana Ciucă

Asist. Univ. Dr. Mihaela Dediu

Asist. Univ. Dr. Mirela Mogoi

Asist. Univ. Dr. Albulescu Ramona

S.L. Dr. Pienar Corina

Asist. Univ. Dr. Ionela Tamasan

Asist. Univ. Dr. Sonia Tănăsescu

Dr. Postelnicu Carmen

Dr. Lacatusu Alina

Dr. Dobre Alina

Dr. Toma Stefania

Dr. Mihnea Băloi

Dr. Ramona Coardos

Dr. Diana Dabîca

Dr. Melisa Necşulescu

Dr. Lukic Mirabela

Dr. Carina Petrişor

Dr. Olivia Scăueru

Dr. Maria Safta

Dr. Nadejda Silosieva

As.Pr. Lucia Gordan

As.Pr. Loredana Ispas

REZUMATE

REFERATE

Miercuri, 16 Octombrie

DIAGNOSTICUL GENETIC ÎN MUCOVISCIDOZĂ (FIBROZĂ CHISTICĂ)

Tămaș Liviu Athos¹, Bonțe Diana Camelia¹

1 – Departamentul de Biochimie și Farmacologie, UMF „Victor Babeș” Timișoara

Fibroza chistică (mucoviscidoza) reprezintă cea mai frecventă boală genetică, autozomal recesivă, a rasei caucaziene, având potențial letal. Este o boală sistemică determinată de mutații la nivelul unei singure gene – gena CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator), boala manifestându-se atunci când ambele variante alelice ale genei sunt mutante. În prezent există peste 110 000 de pacienți la nivel mondial și aproximativ 60 000 de cazuri nediagnosticate. Dintre pacienții identificați doar 20 000 primesc tratament personalizat, în funcție de mutațiile identificate. În funcție de efectul lor, mutațiile sunt distribuite în mai multe clase de mutații (7 clase), multe mutații având efecte specifice mai multor clase de mutații ceea ce a determinat apariția unei clasificări ce propune 31 de clase de mutații.

Terapia actuală, terapia modulatoră folosește molecule ce au efecte corectoare, potențitoare și stabilizatoare asupra proteinei CFTR, adresându-se defectelor specifice fiecărei clase de mutații, pentru tratamentul complet al bolii produse de mutații cu efecte multiple fiind nevoie de o terapie combinată. Identificarea mutațiilor implicate în etiopatogenia fibrozei chistice este esențială pentru diagnosticul pozitiv al bolii,

alegerea tipului de terapie – tratamentul personalizat, prognosticul evoluției bolii, diagnosticul prenatal și screening-ul purtătorilor.

Recent au fost realizate mai multe studii care au arătat că purtătorii de mutații CFTR, chiar dacă nu au tabloul clinic al bolii, sunt predispuși la o serie de afecțiuni – cancer de colon, pancreatită, diabet, infecții respiratorii greu tratabile. De aceea cunoașterea statusului de purtător de mutații CFTR ar permite o abordare mai eficientă a prevenției și tratamentului unor boli comune. În alte studii s-a încercat tratarea copiilor cu fibroză chistică diagnosticați prin testare genetică prenatală prin terapie modernă cu rezultate bune.

Toate aceste argumente pledează pentru necesitatea identificării mutațiilor CFTR prin numeroasele tehnici moderne de biologie moleculară (real time PCR, next generation sequencing - NGS) și aplicarea acestor testări la scară largă pe un număr mare de copii.

Evaluarea funcțională pulmonară în fibroza chistică

Dediu Mihaela^{1,2}

1 Disciplina Pediatrie II, UMF „Victor Babeș” Timișoara¹

2 Clinica Pediatrie, SCJUT „Pius Brânzeu” Timișoara²

Abstract: Boală pulmonară din fibroza chistică (FC) este caracterizată prin modificări atât de tip obstructiv, secundare mucusului și hipersecreției bronșice, dar și modificări restrictive, care pot apărea după perioade mai lungi de evoluție a bolii, secundare hipotrofiei ponderale, osteoporozei și modificărilor osoase. Deși speranța de viață a crescut în ultimii ani, rata mortalității este încă crescută în special din cauza deteriorării progresive a funcției pulmonare și din acest motiv trebuie identificate aceste modificări cât mai precoce. În prezent, cele mai utilizate metode de evaluare a funcției pulmonare sunt spirometria și determinarea indicelui de clearance pulmonar (ICP). Spirometria este cea mai utilizată metodă de evaluare. Ea permite determinarea fluxurilor și volumelor pulmonare, dar este o metodă de evaluare care se adresează în general pacienților cu vârstă peste 6 ani, care pot efectua corect tehnica. Nu identifică boala pulmonară în stadiile incipiente de boală și nu poate fi efectuată când pacientul se află în exacerbare. ICP – reflectă gradul de omogenitate al ventilației pulmonare. Parametrul sensibil ce detectează modificările pulmonare incipiente din FC. Ușor de efectuat, chiar și de preșcolari, necesită doar respirații tidal. Studiile efectuate au arătat că în fața unui ICP normal, modificările structurale pulmonare sunt improbabile. ICP poate fi determinat inclusiv când pacientul este în exacerbare, pentru diagnosticarea și monitorizarea exacerbărilor.

Evaluarea avansată în Fibroza Chistică și implicații clinice

Conf. Univ. dr. med. Laura Larisa Dracea

Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Brașov

Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania din Brașov

Rezumat

Fibroza chistică (FC) sau Mucoviscidoza este una dintre cele mai complexe boli genetice transmise autosomal recesiv la populația caucaziană, monogenica, cu defect în gena CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator). Incidenta bolii este foarte mare (aprox. 1 la 2500 nașteri), ceea ce o face, în ciuda clasificării în categoria de boli rare, o afecțiune cu care clinicianul se va întâlni frecvent.

Îngrijirea multidisciplinara în centre specializate, progresele geneticii, screeningul neonatal aproape universal, accesul la terapii cu eficiență înaltă de tipul modulatorilor CFTR, au făcut ca evoluția bolii să se schimbe radical. Speranța de viață și calitatea vieții pacienților s-a schimbat considerabil.

În continuare, problemele cele mai importante în evoluția bolii sunt cele pulmonare și gastroenerologice, care de multe ori necesită atenție deosebită din punct de vedere al diagnosticului unor complicații sau aspecte particulare evolutive.

Boala pulmonară, deși schimbată în era modulatorilor CFTR, poate avea aspecte evolutive speciale în funcție de factori de risc particulari pentru fiecare pacient sau de situații care ies din tiparul exacerbărilor obișnuite. La fel, complicațiile gastroenterologice, evoluția particulară a unor pacienți către afectare hepatică parenchimatousă sau predominant vasculară, afecțiunile asociate, tendința unor pacienți de a se prezenta cu

sindroame subocluzive, asocierea cu alte afecțiuni ca celiachia, intoleranțe alimentare.

Ca și clinician care se confruntă cu această afecțiune, trebuie menținută starea de alertă în orice momentă în care boala se acutizează. Ideea acestei prezenări este ca judecata clinică trebuie să „iasă din cutie” și să pe lângă investigațiile uzuale, întotdeauna trebuie luate în calcul și situații neașteptate, particulare, pentru care de multe ori e necesară colaborarea cu alte specialități, gândirea pe mai multe paliere.

De ce investigăm? Investigăm pentru a găsi soluții în cazul exacerbărilor pulmonare nonresponsive la tratament (ABPA, bronșita cu *Aspergillus*, infecție cu germeni neobișnuiți), evoluțiilor dificile, aspectelor nutriționale (insuficiența pancreatică exocrină parțial responsabilă la terapia enzimatică de substituție, malabsorbție persistentă, deficite vitaminice, aderență scăzută la tratamente de cauze diverse). Investigăm pentru a stabili un profil psihologic al pacienților care poate fi îmbunătățit, pentru a rezolva orice alte probleme medicale fără legătura cu FC.

Investigăm de multe ori când evoluția nu este cea așteptată, când apar efecte secundare sau complicații, ale căror cauze sunt uneori obscure. Investigăm pentru că suntem în permanență în fața unui anumit risc, în care anticiparea este poate cea mai bună strategie.

Prezentarea va face uz de situații particulare, pornind de la cazuri, pentru a angrena gândirea cursantului în mod dinamic. Scopul final este de a recunoaște diferite probleme clinice și de a oferi diagnostic prompt și de acuratețe, de a îmbunătăți statusul clinic, și în ultimul rând, de a prelungi viața.

Joi, 17 Octombrie

Evoluții particulare în Fibroza Chistică

Conf.univ.dr.med Laura Larisa Dracea

Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Brașov

Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania din Brașov

Fibroza chistică (mucoviscidoza), definită tradițional ca cea mai frecventă afecțiune genetică transmisă autosomal recesiv la populația caucaziană, care generează o speranță limitată de viață, reprezintă un complex de afectări organice pulmonare și digestive care se regăsește la marea majoritate a pacienților cu simptome clasice. Defectul genetic, mutațiile în gena CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator, explică, cel puțin în parte, polimorfismul clinic, răspunsul la tratament și evoluția bolii, diferite chiar și în cadrul familiilor cu mai mulți copii afectați.

Insuficiența pancreatică exocrină, afectarea pulmonară cronică care marchează evoluția bolii, complicațiile de tipul afectării hepatice, diabetul asociat sau aspergiloza bronhopulmonară alergică, infecțiile pulmonare mai puțin uzuale cu micobacterii atipice, în contextual afectării monogenice, dar cu un polimorfism de mutații, fac ca explorarea fiecărui pacient să fie o experiență unică, ce pune de multe ori clinicianul la încercare. În era existenței terapiilor înalt eficiente cu modulatori CFTR, evoluția bolii s-a schimbat, numărul exacerbărilor pulmonare a scăzut, afectarea nutrițională este mai puțin importantă, speranța de viață a crescut. Pacienții sunt diferiți, iar frumusețea cunoașterii acestei afecțiuni multisistemice vine tocmai din situațiile particulare în care aceștia pot fi la un moment dat. De

la asocierea oricărei alte afecțiuni, la incidența crescută a celiachiei, la evenimente adverse asociate cu alte îmbolnaviri , până la răspunsul la terapia modulatoare a defectului genetic, drumul uneori nu este foarte lung și poate fi greu de deslușit. Lucrarea de față va trece în revistă o serie de pacienți cu evoluții particulare în contextul unor îmbolnaviri rare chiar și în patologia curentă, la evoluția neașteptată într-un caz de afectare pulmonară severă, la complicații rare ale terapiei antibiotice , și nu în ultimul rând, la răspunsul la tratament al unor pacienți cu status clinic sever afectat. Prin exemplificarea de față, se dorește a se sublinia încă o dată modelul complex pe care această afecțiune îl reprezintă, în care interferențele epigenetice probabil că joacă rolul cel mai important în evoluția observabilă clinic.

COMPLICAȚIILE NAZO-SINUSALE ALE SINUZITEI ÎN FIBROZA CHISTICĂ

Prof. Dr. Iovanescu Gheorghe, Roxana Vintila, Andreea Micu, Iovanescu Dan

Clinica ORL “Bega” Timisoara

Afectarea sinusala este observată la aproape toti pacienții cu fibroză chistică. De obicei, afectarea este cronica, dar, uneori se pot observa acutizari, si foarte rar, apar complicatiile obisnuite ale sinuzitelor acute. Frecventa fibrozei chistice in Europa este 1/5000-6000 cu variatii de la valorile cele mai ridicate de 1/1353 în Irlanda pana la cele mai scazute de 1/25.000 în Finlanda. Simptomatologia sinuzitei cronice din CF nu este diferita de cea a unei sinuzitei cronice de alta etiologie, sau adenoiditei cronice ceea ce face ca incadrarea unei a sinuzitei cronice sa fie incadrata in contextual fibrozei chistice să fie dificila. CT este utilizată pentru evidentiere afectarii sinusale, si, in cele mai multe cazuri, aspectul este de pansinuzita, asociata sau nu cu degenerare polipoida. Tratamentul sinuzitei cronice din CF este dificil din cauza defectului genetic care stau la baza care duce la dezvoltarea acestuia. Tratamentul conservator este considerată opțiunea terapeutică de primă linie, incluzand irigații saline nazale, corticosteroizi intranasali și orali, antibiotice topice și sistemice și decongestionante. Sinuzita cronica din FC adesea nu raspunde la terapia standard, fiind necesar tratamentul chirurgical. Acesta este marcat de recidive care sunt inevitabile uneori.

PROVOCĂRI ÎN DIAGNOSTICAREA FIBROZEI CHISTICE – CAZURI CLINICE

Csilla-Eniko Szabo^{1,2}, Radu Sorin Șerban^{1,2}, Lia Usatiuc^{1,2}

1. Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca, România
2. Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, România

Introducere: Fibroza chistică (FC) reprezintă cea mai frecventă boală monogenică cu transmitere autozomal recesivă, cu o incidență medie de 1:2500 nou-născuți. Este determinată de mutația genei CFTR, fiind caracterizată de un polimorfism fenotipic, datorită variabilității severității, progresiei, afectării organelor și manifestărilor clinice. Diagnosticul precoce este esențial pentru prevenirea complicațiilor bolii.

Prezentarea cazurilor (Materiale și metode): Prezentăm 3 cazuri clinice, în care diagnosticarea a fost provocatoare din cauza variabilității mari a manifestărilor clinice și a complexității genetice. Primul caz este un băiat în vârstă de 1 an, la care screeningul neonatal a fost pozitiv, dar testul sudorii, a fost cu valoare intermediară la mai multe determinări. Deși prezenta semne clinice sugestive: pneumonii repetate și scaune steatoreice, diagnosticul a fost confirmat la 9 luni, după efectuarea secvențierii genei CFTR, care a identificat mutațiile delta F508 și gena E831X. Al doilea caz: un băiat de 2 ani 2 luni, cu screening pozitiv la naștere și testul sudorii echivoc, iar secvențierea genei CFTR a identificat mutațiile G542X și V920L. Mutația V920L fiind considerate probabil patogenă (clasa IV).

Al treilea caz este un pacient de 28 ani, cu Boală pulmonară cronică obstructivă, Bronșiectazii bilaterale și Insuficiență

respiratorie cronică. Suspiciunea de FC a apărut după o infecție pulmonară cu *Pantoea* spp, testul sudorii a fost pozitiv și testul genetic, identifică mutația delta F508 în status homozigot.

Rezultate: În primele două cazuri, diagnosticul FC a fost confirmat doar prin secvențierea genei CFTR, după un screening neonatal pozitiv. La al treilea caz s-a suspiciionat FC după aspectul CT și după apariția infecției pulmonare, diagnosticul fiind confirmat după efectuarea testării genetice.

Concluzii: Diagnosticarea fibrozei chistice este complicată datorită variabilității clinice, limitării testărilor genetice și dificultăților de interpretare a testelor, necesitând o abordare personalizată și multidisciplinară pentru un diagnostic corect și în timp util.

Diagnosticul de precizie în afecțiunile alergice respiratorii

Laura Haidar

Departamentul de Științe Funcționale, Disciplina de Fiziologie,
Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie
„Victor Babeș” Timișoara, Piața Eftimie Murgu nr. 2, 300041
Timișoara, România

Centrul de Imunofiziologie și Biotehnologii, Departamentul de
Științe Funcționale, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor
Babeș”, Piața Eftimie Murgu nr. 2, 300041 Timișoara, România

Introducere: Alergiile respiratorii, incluzând rinita alergică și astmul alergic, afectează un număr semnificativ de persoane la nivel global, afectând calitatea vieții și generând un cost economic ridicat. Diagnosticul de precizie în aceste afecțiuni este esențial pentru a asigura un management eficient și o îmbunătățire a prognosticului pacienților. În acest sens, tehnicile moderne de diagnostic evoluează rapid, oferind medicilor posibilitatea de a identifica în mod specific alergenii implicați și de a evalua corect mecanismele imune care contribuie la aceste patologii.

Lucrarea de față explorează metodele avansate de diagnostic utilizate în prezent în afecțiunile alergice respiratorii, cu un accent special pe tehnologiile de testare moleculară și imunologică. De asemenea, sunt discutate aspectele practice ale utilizării acestor metode în identificarea factorilor declanșatori specifici, precum și în evaluarea severității și evoluției bolii, dar și particularități ale diagnosticului la copii. Metodele convenționale, cum ar fi testele cutanate și evaluarea imunoglobulinelor E serice, sunt comparate cu testele de

diagnostic molecular, și biomarkerii specifici, pentru a sublinia avantajele și limitările fiecărei abordări.

Diagnosticul de precizie în afecțiunile alergice respiratorii nu doar că îmbunătățește selecția terapiei personalizate, dar contribuie și la prevenirea exacerbărilor și la monitorizarea eficientă a pacienților pe termen lung. Progresele recente din domeniul diagnosticului molecular deschid noi perspective în înțelegerea și tratarea acestor afecțiuni, subliniind necesitatea integrării acestora în practica clinică de rutină.

Rolul toracoscopiei în supurațiile pleuro-pulmonare la copil

Vlad Laurențiu David^{1, 2}

1. Disciplina de Chirurgie și Ortopedie Pediatrică, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara, Romania
2. Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Louis Țurcanu” Timișoara, Romania

Introducere: Supurațiile pleuro-pulmonare sunt o sursă importantă de morbiditate și chiar mortalitate infantilă. În marea majoritate a cazurilor colecția purulentă pleurală sau pulmonară se dezvoltă secundar în cadrul pneumoniilor bacteriene. Opțiunile terapeutice includ antibioterapia, plasarea unui tub de dren percutan sub control ecografic sau tomografic în cavitatea pleurală, administrarea de substanțe cu efect fibrinolitic pe tubul de dren sau tratamentul chirurgical (toracotomia sau toracosopia cu debridarea cavității pleurale și drenajul colecției). Supurațiile pleuro-pulmonare reprezintă una dintre cele mai frecvente indicații pentru abordul chirurgical minim invaziv (toracosopia) la copil. Material și metodă: Lucrarea de față își propune să efectueze o analiză retrospectivă a pacienților cu supurații pleuro-pulmonare care au necesitat tratament chirurgical minim invaziv, internați în Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Louis Țurcanu” în ultimii 3 ani. Rezultate: În perioada 2021-2024 au fost internați și tratați chirurgical un număr de 14 pacienți cu supurații pleurale (5 fete și 9 băieți, vârstă cuprinsă între 11 luni și 15 ani, medie: 5,4 ani). Intervenția chirurgicală a constat în debridarea cavității pleurale prin abord torascopic, lavajul și drenajul cavității. Durata intervenției a variat între 60 și 120 de min (m 95.1 min). Tuburile de dren au

fost menținute postoperator între 4 și 33 de zile (medie 12.9 zile). Complicații au apărut în 3 cazuri, în 2 fiind necesară reintervenția chirurgicală (un caz de emfizem subcutanat și un caz de fistula bronșică). În final evoluția a fost favorabilă pentru toți pacienții. Concluzii: Toracosopia este o metodă terapeutică sigură și eficientă în cazul pacienților cu supurații pleurale în fazele avansate, fiind actualmente preferată celorlalte opțiuni de tratament.

Vineri, 18 Octombrie

Exacerbarea astmului bronșic-punct de vedere pneumolog pediateru

Paraschiva CHERECHEȘ-PANȚA,

Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj-
Napoca

Introducere: Simptomatologia exacerbării se datorează fiziopatologic pe de o parte accentuării inflamației cronice, pe de altă parte asocierii bronhoconstricției. Clinic definim exacerbarea pe baza prezenței simptomatologiei: obstrucție bronșică manifestată prin tuse, scurtarea respirației, polipnee, wheezing, senzație de constricție toracică, ce pot evolua cu detresă respiratorie până la fenomene de insuficiența respiratorie acută. Pacientul trebuie evaluat sub aspectul severității exacerbării, întrucât atitudinea inițială depinde de aceasta. Terapia clasică a exacerbării se bazează pe administrarea de bronhodilatatoare cu durată scurtă de acțiune (BDSA) respectiv beta2-agonistul, salbutamol. Strategia terapeutică în exacerbarea astmului a suferit numeroase modificări în timp. Întrucât BDSA nu are eficiență în combaterea accentuării inflamației, a fost reajustată abordarea terapeutică a exacerbării astmului prin includerea unei terapii antiinflamatoare de la debutul episodului acut. Cea mai semnificativă modificare a recomandărilor ghidurilor este cea publicată în ghidul GINA în 2019. Astfel recomandarea actuală este de inițiere precoce a administrării de bronhodilatator asociat cu corticoterapie inhalatorie. La copilul peste 12 ani, adolescent și adult se recomandă ca terapia de

primă intenție utilizarea de GCI asociat cu formoterol, un bronhodilatator cu efect rapid și durată lungă de acțiune.

În lucrarea de față abordăm recomandările ghidurilor actuale de tratament a exacerbării astmului și erorile care apar în practica curentă în cabinetul medicului pediatru.

Aportul investigatiilor imagistice in diagnosticul patologiei toracale pediatrice – rolul ultrasonografiei

Otilia Fufezan

Departamentul de Radiologie, Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii, Cluj-Napoca

Patologia toracica pediatrica este extrem de vasta, incepand cu afectarile pulmonare corelate cu prematuritatea, malformatiile pulmonare, patologia pediatrice infectioasa sau non-infectioasa, pana la patologia adolescentului care poate implica afectiuni dobandite ce pot fi intalnite si in patologia adultului.

Autorii vor descrie aportul ultrasonografiei toracice (US) comparativ cu alte metode imagistice de investigatie in evaluarea patologiei toracice pediatrice.

Va fi prezentata importanta US in evaluarea afectiunilor pleuro-pulmonare, ale peretelui toracic si mediastin in pediatrie, exemplificate prin prezentare de cazuri clinice.

Va fi pusa in evidenta importanta US in investigarea pleuro-pneumoniilor cu etiologii diverse, patologiei de perete toracic precum si in investigarea pacientilor cu patologie la nivel mediastinal extracardiac, respectiv adenopatii sau patologie timica.

In concluzie, autorii vor releva rolul si valoarea US in evaluarea imagistica a patologiei toracice pediatrice prin prezentarea de cazuri clinice.

The importance of imaging investigations in the the diagnosis of pediatric thoracical pathology – the role of ultrasonography

Otilia Fufezan

Radiology Department, Emergency Children Hospital, Cluj-Napoca

The thoracical pathology is extremely vast, starting with the pulmonary conditions correlated with prematurity, pulmonary malformations, pediatric pathology with infection or non-infection diseases, up to adolescent pathology which could implicate conditions gained that can be come across in adult pathology as well.

The authors will describe the intake of thoracical ultrasonography (US) compared to other imagistical methods of investigation in the evaluation of pediatric thoracical pathology.

The importance of US will be presented in evaluating pleuro-pulmonary, thoracic wall and mediastinum conditions in pediatrics, exemplifying this through the presenting of clinical cases.

The importance of US in investigating pleuro-pneumonias with diverse etiologies, thoracic wall pathology, as well as in the investigation of patients with pathology at mediastinal extracardiac level, respectively adenopathies or thymic pathology, will be evidentiaded.

In conclusion, the authors will reveal the role and value of US in the imagistical evaluation of pediatric thoracic pathology, exemplifying this through the presenting of clinical cases.

Airway pollution and respiratory health

Simona Turcu¹ and Meredith Robertson¹

¹ Paediatric Respiratory Unit, Evelina London Children Hospital, UK

Background: Children's right to clean air as part of a healthy environment is enshrined in the UN Convention on the Rights of the Child. The latest WHO Global Air Quality Guidelines (AQG) published in 2021 estimated that air pollution is responsible for nearly 7 million premature deaths annually. Children are more susceptible to the harmful effects of pollutants as their developing tissues are undergoing rapid changes, paired with less developed anti-oxidant defence systems to respond to stress. This is exacerbated by a higher minute ventilation rate, and low stature, meaning they walk at the level of traffic fumes and higher concentrations of pollutants. The acute effects on children include higher incidence of asthma, worsening of symptoms and frequency of asthma exacerbations in those already diagnosed, increased sensitivity to allergens, shortness of breath, nose and throat irritation, more frequent and severe respiratory tract infections, and pneumonia. Long-term effects from air pollution include reduced lung function, intrauterine growth restriction (IUGR) and low birth weight, increased risk of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). In addition to the physical health effects, adverse outcomes have been proven on cognition, behaviour, psychomotor development and academic performance in children in relation to air pollution exposure. This presentation aims to provide an overview of the impact air pollution has on children's health.

PNEUMONIA RECURENTĂ – EVALUAREA PACIENTULUI PEDIATRIC

Daniela Marcela Ionescu^{1,2}

¹ Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Maria Sclodowska Curie, București, România

² Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila, București, România

Cuvinte cheie: pneumonie recurentă, istoric clinic, condiție subiacentă, radiografie pulmonară

Introducere: Pneumonia recurentă (PR) este definită ca prezența a cel puțin două episoade de pneumonie într-un an sau a trei sau mai multe episoade, oricând, cu normalizarea radiografiei pulmonare între acestea.

Material și metodă: Diagnosticul de pneumonie este stabilit frecvent pe baza anamnezei și a examenului clinic, fără efectuarea unei radiografii pulmonare, deși semnele și simptomele de pneumonie, bronșiolită și astm se suprapun adesea în copilărie. Lipsa unei documentări radiologice, face dificil diagnosticul diferențial între o pneumonie recurentă și persistentă. Istoricul, examenul clinic și radiografia pulmonară susțin diagnosticul de PR, urmat de o evaluare pentru stabilirea unei condiții subiacente.

Rezultate: Radiografie pulmonară cu hiperinflație și prezența unor atelectazii segmentare la un copil cu PR, necesită evaluarea funcției pulmonare și a terenului atopic. Sindroamele de imunodeficiență primare, atrag atenția când asociază infecții recurente de tract respirator de la vârsta mică, cu germeni patogeni comuni, oportuniști și afectarea altor organe și sisteme.

Copiii cu fibroză chistică pot prezenta istoric de PR. Testul sudorii și testele genetice confirmă suspiciunea. Detresa respiratorie neonatală și infecțiile de căi respiratorii superioare din primele zile de viață, sugerează diskinezie ciliară, iar examenul clinic poate releva dextrocardie, situs inversus abdominal. Examinarea în microscopie electronică, fracția expirată de oxid nitric nazal sau analiza ADN sunt utile. Copiii cu tuse inefficientă, afectarea clearance-ului muco ciliar, cu afecțiuni neurologice, distrofii musculare, cifoscolioze, traheobronhomalacie, pot avea PR. Disfagia, aspirația, refluxul gastro-esofagian, sunt cauze comune. Ph-metria cu impedanță, esofagogastroduodenoscopia, tranzitul baritat sau videofluoroscopia pot fi utile.

Bronhoscopia flexibilă identifică anomaliile căilor aeriene, biopsia de mucoasă permite evaluarea cililor, iar lavajul bronhoalveolar identifică germenii în culturi sau celule specifice. Tomografia pulmonară evidențiază anomalii congenitale pulmonare, ale arborelui bronșic sau obstrucții de căi aeriene.

Concluzii: Odată stabilit diagnosticul de PR, planul de investigații pentru identificarea condiției subiacente are scopul prevenirii leziunilor ireversibile și prezervării funcției pulmonare.

Respiratory health in children with SMA1 in the era of new therapies

Simona Turcu¹ and Jane Heraghty¹

¹ Paediatric Respiratory Unit, Evelina London Children Hospital, UK

Spinal muscular atrophy (SMA) is second most common autosomal recessive inherited disorder and most common monogenic disease leading to infant mortality. Respiratory infections and respiratory failure are common source of morbidity and mortality of SMA1 patients. With the introduction of modern therapies Nusinersen, Risdiplan and gene therapy (Zolgensma) there have been a real upbeat with regards to neuromuscular improvements. However, the respiratory outcomes seem to lag behind the neurological scores. The talk will discuss current respiratory management and challenges and the impact on the natural progression of the disease in the context of new therapies.

HEMORAGIA PULMONARĂ – CAZURI CLINICE

M.D Ionescu ^{1,2}, R. Taraș ^{1,2}, M. I.Brustan ^{1,2}, A Nicorici ¹

¹ Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii “Marie Sklodowska Curie”,

² Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”

Introducere: Hemoragia pulmonară este un episod acut de sângerare din tractul respirator superior sau inferior, inclusiv: trahee, bronhii, bronhiol, alveole. Poate debuta prin hemoptizie, o expectorație cu sânge, în timpul unei episod de tuse.

Material și metodă

Caz 1: Adolescentă, 17 ani, cunoscută cu hipertensiune pulmonară (HTP) severă, insuficiență cardiacă clasa III NYHA, în tratament cu sildenafil și bosentan, prezintă un episod de hemoptizie în cantitate medie, în contextul unui episod de infecție respiratorie. Ecografia cardiacă evidențiază HTP severă, iar CT și angio CT exclud malformații pulmonare, vasculare, tromboze sau patologii autoimune.

Caz 2: Băiat, 4 ani, prezintă debut acut cu tuse, ulterior hemoptizie. Hemograma arată anemie hipocromă, microcitară cu Hb 4,9 mg/dl. CT de torace evidențiază infiltrate alveolare difuze ce ocupă aproximativ 80% din câmpurile pulmonare. Sub tratament cu antibioterapie, corticoterapie, transfuzie de ME, evoluția este rapid favorabilă. Valorile crescute ale Ig E totale și specifice la proteina laptelui de vacă după excluderea altor patologii ridică suspiciunea de hemosideroză pulmonară indusă de proteina laptelui de vacă. Se instituie dieta de excludere.

Caz 3: Sugar, o lună, prezintă în context de infecție respiratorie, un episod de tuse și hemoptizie. CT torace evidențiază arii extinse cu aspect de geam mat, imprecis delimitate și infiltrate

bilateral, cu bronhograma aerică prezentă și microbule de emfizem subpleural drept. Sunt excluse alte patologii malformative, fibroză chistică, coagulopatii, cauza hemoptiziei fiind considerată infecția.

Rezultate

În toate cazurile investigațiile au stabilit diagnosticul de hemoragie pulmonară și au exclus etiologii frecvente ale acesteia. Aceasta a inclus o echipă multidisciplinară și a permis un management adecvat.

Concluzii

Hemoragia pulmonară, complicație rară în copilărie, are o etiologie variată. Hemoragia pulmonară se va lua în considerare la copiii cu tuse, hipoxemie, detresă respiratorie, în context de anemie. În multe cazuri sângerarea alveolară ascunde o condiție severă subiacentă, infecția fiind principala cauză în copilărie.

Fistula bronhopleurală – provocare majoră în tratamentul pneumoniei necrotizante la copil

Sef lucr Dr Alexandru Ulmeanu^{1,2}, Sef lucr. Dr Carmen Zapucioiu¹, Dr Livia Cumpanasu¹, Dr Georgiana Ciuparu¹, Prof Dr. Laura Balanescu^{1,2}

¹ SCUC “Grigore Alexandrescu”, Bucuresti, Romania

² UMF “Carol Davila”, Bucuresti, Romania

Pneumonia necrotizantă este o complicație rară, dar gravă, a pneumoniei comunitare, frecvent asociată cu complicații severe, precum fistula bronhopleurală. Aceasta din urmă poate provoca exteriorizare persistentă de aer și pneumotorax, complicând semnificativ tabloul clinic și prelungind spitalizarea. Tratamentul fistulelor bronhopleurale la pacienții pediatrici este complex și variază în funcție de experiența echipei medicale. Autorii prezintă două cazuri de pneumonie necrotizantă complicate cu empiem pleural și fistula bronhopleurală.

Primul caz este o fetiță de 7 ani, fără comorbidități, internată pentru o pneumonie severă complicată cu empiem pleural. La 36 de ore după toracoscopie video-asistată (VATS), pacienta a prezentat exteriorizare continuă de aer prin tuburile de dren, iar radiografia toracică a evidențiat hidropneumotorax stâng. Tratamentul conservator prin drenaj aspirațiv continuu nu a adus îmbunătățiri după o săptămână. CT-ul toracic a evidențiat bronhii dilatate comunicând cu spațiul pleural. O a doua intervenție VATS a identificat multiple fistule bronhopleurale, dintre care majoritatea au fost închise chirurgical, iar drenajul prin aspirație a continuat încă două săptămâni, ducând la rezolvarea fistulelor restante.

Al doilea caz este o adolescentă de 17 ani, internată inițial pentru sinuzită și otită medie dreaptă, care a dezvoltat ulterior pneumonie și empiem pleural pe partea stângă. VATS a relevat aderențe pleurale și lichid purulent. CT-ul toracic a evidențiat hidropneumotorax și o cavitate aerolichidiană comunicând cu spațiul pleural, sugerând un abces pulmonar cu fistulă. A doua VATS a evidențiat necroză și multiple fistule bronhopleurale, iar tratamentul chirurgical urmat de cel conservator cu drenaj toracic aspirativ a condus la o evoluție favorabilă.

Bronchopleural fistula: A major challenge in the treatment of necrotizing pneumonia in children

Necrotizing pneumonia is a rare but severe complication of community-acquired pneumonia, often associated with serious complications such as bronchopleural fistula. This can cause persistent air leaks and pneumothorax, significantly complicating the clinical course and prolonging hospitalization. The treatment of bronchopleural fistula in pediatric patients is complex and varies depending on the experience of the medical team.

The authors present two cases of necrotizing pneumonia complicated by pleural empyema and bronchopleural fistula. The first case is a 7-year-old girl without comorbidities, admitted for severe pneumonia complicated by pleural empyema. Approximately 36 hours after video-assisted thoracoscopy (VATS), the patient had continuous air leaks through the chest drains, and a chest X-ray revealed a left hydropneumothorax. Conservative treatment with continuous aspiration drainage showed no improvement after one week. A chest CT scan revealed dilated bronchi communicating with the pleural space. A second VATS procedure identified multiple bronchopleural fistulas, most of which were surgically closed. Aspiration drainage was continued for two more weeks, leading to the resolution of the remaining fistulas.

The second case involves a 17-year-old adolescent initially admitted for right maxillary sinusitis and right otitis media, who later developed left-sided pneumonia with pleural empyema. VATS revealed whitish pleural adhesions and purulent pleural fluid. A chest CT scan showed a left hydropneumothorax with an air-fluid cavity communicating with the pleural space, suggesting a pulmonary abscess with a direct fistula. A second

VATS revealed necrosis and multiple bronchopleural fistulas in the left lung. Conservative treatment with aspirative chest drainage was chosen, leading to a favorable clinical outcome.

Sambata, 19 Octombrie
COMUNICARI ORALE

Pneumonie de aspirație complicată cu abces pulmonar

Zaroniu Anca¹, Cugerian Alexandra¹, Vîlceanu Emilia¹, Doroș Gabriela^{1,2}, Isac Raluca^{1,2}

¹ Spitalul de Urgenta pentru Copii „Louis Turcanu” Timisoara, sectia Pediatrie IV

² Universitatea de Medicina si Farmacie „Victor Babes” Timisoara, Clinica Pediatrie III

Introducere: Patologia acută respiratorie reprezintă o cauză importantă de morbiditate și mortalitate la nivel global în populația pediatrică, mai ales datorită complicațiilor: forme severe cu insuficiență respiratorie, abces pulmonar, pleurezie sau empiem. Un diagnostic imagistic cert și precoce orientează conduita terapeutică și evoluția bolii.

Prezentare caz: Prezentăm cazul unui pacient de 2 ani și 4 luni, sex masculin, internat pentru febră, tuse productivă și sindrom inflamator marcat. În urmă cu 10 zile pacientul este diagnosticat cu Rinofaringită acută și tratat la domiciliu cu medicație simptomatică. În evoluție asociază stare generală progresiv influențată negativ, tuse productivă și sindrom inflamator, astfel se internează în unitatea spitalicească teritorială. Analizele de laborator relevă leucocitoză cu neutrofilie și devierea la stânga a formulei leucocitare, precum și valori crescute ale markerilor inflamatori. Radiografia toracică relevă opacitate neomogenă,

de intensitate costală-subcostală în ½ superioară a lobului pulmonar drept (LSD). Se inițiază dublă antibioterapie (Cefort asociat cu Gentamicină) dar cu evoluție staționară. Se monitorizează imagistic și se identifică un aspect neomogen al condensării pulmonare, cu apariția unui conținut lichidian, în ciuda ameliorării ușoare a markerilor inflamatori sub tratament. Reluarea anamnezei, identifică multiple episoade de reflux gastro-esofagian (RGE), inclusiv un episod de asfixie temporară prin inhalare de lichid (aspirație de lapte). Standardul de aur al patologiei pulmonare – CT cardio-toracic confirmă procesul de condensare al LSD însoțit de leziuni cavitate intralezionale, parțial evacuate și implicit complicația pneumoniei – abcesul pulmonar constituit pe fondul RGE. Antibioterapia completă de 21 zile și evaluarea seriată imagistică asigură evoluția favorabilă. Profilaxia recurențelor implică tratamentul factorului favorizant RGE și instruirea aparținătorului.

Concluzii: Pneumonia de aspirație reprezintă o patologie frecventă pediatrică, necesită diagnostic timpuriu, sesizare promptă și disponibilitatea asistenței medicale spitalicești specializate, pentru a minimiza apariția complicațiilor și a consecințelor grave, uneori cu potențial fatal.

Puzzle de diagnostic

Alexandra-Cristiana Ciobotaru, Dr. Alexandra Bratu, Dr. Radu Gheorghiu, Dr. Ioana Codreanu, Dr. Valentina Daniela Comănici, Dr. Plăiașu Vasilica, Dr. Iustina-Violeta Stan

Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului
“Alessandrescu-Rusescu” București

Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila” București

Introducere: Pacientă în vârstă de 7 ani și 5 luni se prezintă pentru o evaluare pneumologică în contextul mai multor episoade recurente de infecții respiratorii. Deși simptomatologia comună descrisă inițial sugerează o predispoziție obișnuită sezonieră, acest caz ascunde un diagnostic complex, plin de semne și multiple anomalii, ce au dus într-un final la diagnosticarea unui sindrom congenital rar și surprinzător.

Metode: Istoricul medical: fost prematur, cu atrezie de esofag operată în primele zile de viață. Ulterior se intervine chirurgical pentru corectarea herniei inghinale bilaterale la 6 luni și este diagnosticată cu persistență de venă cavă superioară la 1 an. La examinarea clinică a pacientei se decelează particularități fizice ce descriu microretrogație, fante palpebrale înguste, polidactilie mâna dreaptă, apendice preauricular ureche stângă, scolioză malformativă, ce impun efectuarea unui consult genetic.

Rezultate: Infecțiile respiratorii recurente și dificultățile respiratorii ascundeau malformații traheo-esofagiene și vertebrale, ce au dus la stabilirea diagnosticului genetic. Managementul pacientei a fost centrat ulterior pe monitorizarea funcției pulmonare și implicarea unei echipe multidisciplinare pentru a gestiona complexitatea acestui caz.

Concluzii: Deși simptomatologia respiratorie inițială era sugestivă pentru un copil aflat în colectivitate, acest caz accentuează ideea că fiecare detaliu clinic, alături de o anamneză completă, poate fi o piesă importantă ce transformă un caz aparent obișnuit, într-o lecție de diagnostic. Puzzle-ul medical a fost completat doar printr-o colaborare multidisciplinară, ce a dus la o diagnosticare rapidă și o abordare integrată pentru a îmbunătăți calitatea vieții pacientei.

De la tuse productivă la boală cronică - prezentare de caz

Ienășesc Daniela-Andreea¹, Ciucă Ioana-Mihaiela^{1,2}, Pop Liviu-Laurențiu^{1,2}, Dediu Mihaela^{1,2}

1 Compartimentul de Pneumologie Pediatrică, Clinica II Pediatrie Bega, Spitalul Clinic Județean de Urgență Pius Brînzeu Timișoara

2 Departamentul de Pediatrie, UMF Timișoara

Introducere: Fibroza chistică (FC) reprezintă cea mai frecventă afecțiune monogenică, potențial letală, în cadrul populației cauziene. Tabloul clinic este conturat de simptomatologia respiratorie și digestivă. Până la vârsta de 1 an, pacienții nediagnosticați la naștere (prin screening-ul neonatal), prezintă cel mai adesea frecvente pneumonii sau bronșiolite, însoțite de o creștere ponderală nesatisfăcătoare și diaree cronică.

Metode: Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 1 an și 3 luni, care se prezintă pentru evaluarea unei tuse productive cu debut de aproximativ 1 lună, anterior prezentării. Menționăm că pacientul a prezentat până la vârsta de 1 an multiple spitalizări pentru episoade repetate de pneumonii, însoțite de diaree.

Rezultate

În momentul prezentării, pacientul este cu stare generală moderat influențată. Greutate= 7970 g. Tegumente palide. Țesut celular subcutanat slab reprezentat. Obstrucție nazală și rinoree sero-mucoasă. Stetacustic pulmonar: murmur vezicular prezent pe întreaga arie pulmonară, raluri ronflante și ronchusuri diseminate bilateral. SpO₂= 98% în aerul atmosferic, FR= 30 r/min. Degete hipocratice. În urma reluării anamnezei, mama afirmă că pacientul prezintă 4-5 scaune/zi cu miros ranced. Se

decide efectuarea testului sudorii care are un rezultat pozitiv (Cl= 77 mmol/l), NaCl= 115 mmol/l). Testul genetic confirmă diagnosticul de Fibroză chistică forma clinică completă homozigot F508del. Se inițiază terapia specifică Fibrozei Chistice cu: regim hipercaloric și enzime pancreatice, aerosoloterapie cu soluție hipertona și fizioterapie, terapia modulatorie și suplimente cu vitamine liposolubile. Sub tratament, evoluția pacientului a fost una lent favorabilă: cu normalizarea tranzitului și creștere ponderală, ameliorarea acceselor de tuse productivă.

Concluzii: Bolile rare nu sunt atât de rare. În fața unui pacient cu pneumonii repetate, diaree cronică și falimentul creșterii trebuie să privim aceste episoade și ca o singură entitate, și nu ca mai multe boli ale aceluiași pacient.

Un caz particular de chilotorax

Necşulescu M, Dediu M, Dabîca D, Scăueru O, Ramona C, Băloi M, Ciuca IM.

1. Spitalul Clinic de Urgență Județean "Pius Brînzeu" Timișoara
Clinica II Pediatrie Bega
2. Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara
E-mail: melisa.necsulescu@yahoo.com

Introducere:

Chilotoraxul reprezintă o acumulare anormală de limfă bogată în grăsimi în cavitatea pleurală. Chilotoraxul la copii este o afecțiune destul de rară, care necesită o atenție specială având în vedere particularitățile anatomice și fiziologice la copil. Cauzele cele mai frecvente de chilotorax la copil sunt: congenitale, care pot fi prezente la naștere și pot fi asociate și cu alte malformații cum ar fi sindromul Down sau Noonan. Alte cauze sunt traumatisme, de natură chirurgicală sau cele accidentale, afecțiunile maligne (limfoame, tumori mediastinale) sau afecțiuni inflamatorii.

Prezentare de caz:

Un pacient în vârstă de 4 ani, provenit din sarcină dispensarizată, cunoscut cu multiple antecedente personale patologice și numeroase intervenții chirurgicale în ultimul an, se prezintă în Clinica Pediatrie II Bega pentru stabilirea cauzei ce a determinat acumularea lichidului de tip chilotorax. Pacientul a prezentat multiple vizite în ambulatorul de specialitate, după ce a fost internat la Spitalul de copii "Louis Țurcanu" Timișoara pentru tuse productivă și pleurezie masivă bilaterală (suspiciune chilotorax). Pacientul a fost investigat clinic și

paraclinic(ecografii, radiografii și computer tomograf). A fost internat in Clinica de Chirurgie pediatrică, unde s-a practicat o puncție aspirativă împreună cu drenajul lichidului pleural bilateral și s-au efectuat culturi și citologii ale lichidului. Ajuns în Clinica II Pediatrie Bega a fost monitorizat ecografic(ecografie toracică) și au fost efectuate investigații suplimentare pentru depistarea cauzei chilotoraxului. Au fost efectuate, teste biologice, inclusiv test genetic.

În prezent pacientul urmează o dietă fără lipide, tratament imunosupresor cu Sicrolimus iar evoluția este staționară cu pastrarea volumului de lichid pleural.

Concluzii :

Chilotoraxul reprezintă o afecțiune rară, ce poate pune în pericol viața, daca nu este tratată. Prin urmare, chilotoraxul la copii reprezintă o abordare multidisciplinară, implicând numeroși

Hemoptizia în patologia pediatrică – cazuri clinice

Trifa Florina-Sabina, Cherecheș-Panța Paraschiva, Gherasim Daiana

Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca, Clinica Pediatrie III

Rezumat:

Hemoptizia reprezintă expectorația de sânge cu origine în tractul respirator inferior. Evaluarea pacientului cu hemoptizie presupune aproximarea volumului de sânge expectorat și identificarea celei mai probabile surse de sângerare. O anamneză detaliată și un examen obiectiv atent efectuat pot oferi informații importante referitoare la cauza hemoptiziei și pot diferenția hemoptizia reală de hematemeză sau de altă patologie care o poate imita. În populația pediatrică cele mai frecvente cauze de hemoptizie sunt reprezentate de aspirația de corp străin și de infecțiile acute de căi respiratorii inferioare.

Prezentăm cazul a doi pacienți în vârstă de 13 ani, respectiv 5 ani, care au fost internați în Clinica Pediatrie III în august 2024, pentru hemoptizie. Anamneza, examenului clinic și investigațiile paraclinice și imagistice efectuate nu au confirmat pneumonie, tuberculoză pulmonară și coagulopatii, sau cauze care imită hemoptizia: epistaxis, hemoragie digestivă sau din orofaringe. Pacientul în vârstă de 5 ani a fost interpretat cu diagnosticul de hemoptizie autolimitată în context infecțios. Pacienta în vârstă de 13 ani, cu hemoptizie recurentă, a pus numeroase probleme de diagnostic diferențial neputând fi exclusă hemoptizia auto-indusă în contextul unei patologii psihiatrice.

Sunt discutate importanța anamnezei și a examenului obiectiv atent efectuate pentru orientarea diagnosticului, dar și necesitatea investigațiilor de laborator și a celor imagistice pentru confirmarea acestuia. Cazurile descrise subliniază rolul primordial pe care îl are echipa multidisciplinară în managementul hemoptiziei și ne oferă informații cu privire la opțiunile de tratament disponibile în prezent.

De la astm bronșic la fibroza chistică

Scăueru Olivia Cristiana¹, Ciucă Ioana Mihaiela^{1,2}, Dediu Mihaela^{1,2}, Necșulescu Melisa¹, Băloi Mihnea¹, Lukic Mirabela¹, Coardoș Ramona¹, Diana Dabîca¹

1. Spitalul Clinic Județean de Urgență "Pius Brînzeu" Timișoara, Secția Pediatrie, compartiment Pneumologie Pediatrică
2. Departamentul de Pediatrie al UMF "Victor Babeș" Timișoara.

Introducere:

Fibroza chistică (FC) - este cea mai frecventă boală monogenică cu transmitere autozomal recesivă, este cauzată de mutații ale genei care codifică proteina reglatoare a conductanței transmembranare CFTR responsabilă pentru reglarea fluxului de sodiu și clor și are drept consecință acumularea de mucus vâscos și afectarea glandelor exocrine.

Prezentare de caz:

Pacient de 17 ani, diagnosticat de la vârsta de 5 ani cu astm bronșic și tratat cu Symbicort, a fost internat în anul 2023 la Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca, s-au observat degete hipocratice, s-a ridicat suspiciunea de fibroză chistică. Testarea genetică: mutația genei CFTR. Testul sudorii cu rezultat pozitiv (NaCl =81mmol/l, Cl=54mmol/l). CT pulmonar: bronșiectazii, modificări de tip tree bud. Spirometria a arătat obstrucția fixă (VEMS= 49% , s-a inițiat tripla terapie: Kaftrio și Kalydeco 150mg po 1 cpr/zi seara. Evoluția a fost favorabilă, cu îmbunătățirea semnificativă a funcției pulmonare.

Concluzii: Deși marea majoritate a cazurilor de FC sunt diagnosticate precoce prin screening neonatal sau tablou clinicobiologic sugestiv, există și situații excepționale, când datorită

unor manifestări clinice atipice sau a unui tablou clinico-biologic incomplet, diagnosticul este pus cu întârziere, chiar și la vârsta de 17 ani în cazul prezentat. Cu cât această boală este mai precoce diagnosticată și tratată, cu atât șansele la o viață normală și o durată de viață prelungită sunt mai mari. Perspectivele pentru pacienții diagnosticați cu FC s-au îmbunătățit odată cu progresele în tratament, iar noile terapii pot duce la schimbări și mai rapide.

Pericolul din umbră

Dr. Alexandra Bratu, Dr. Valentina Daniela Comănici,
Alexandra-Cristiana Ciobotaru, Dr. Radu Gheorghiu, Dr.
Iustina-Violeta Stan, Dr. Ioana Codreanu

Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului
“Alessandrescu-Rusescu” București

Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila” București

Introducere

Pacient de sex masculin în vârstă de 9 ani se prezintă la camera de gardă cu o simptomatologie aparent obișnuită reprezentată de febră, tuse productivă și vărsături alimentare, debutate cu 72 de ore înainte de internare. Evoluția clinică, anamneza și investigațiile ulterioare ridică suspiciunea privind o disfuncție imună de natură complexă.

Metode

Din punct de vedere respirator, la momentul prezentării-tahipnee și raluri crepitante localizate iar imagistic condensare la nivelul lobului pulmonar superior drept. În dinamică prezintă hemoptizie ce impune completarea investigațiilor paraclinice, imagistice, precum și reluarea anamnezei.

Istoricul medical este remarcabil: de la vârsta de câteva luni, pacientul a prezentat multiple infecții bacteriene și fungice atât respiratorii cât și cutanate.

Evoluție și provocări

În pofida tratamentului prompt antibiotic al episoadelor infecțioase, pacientul continuă să prezinte recurențe ale infecțiilor respiratorii și cutanate, sugerând o patologie imunologică. Investigațiile ulterioare - imagistice precum și

imunologice împreună cu particularitățile genetice și clinice ale cazului, ridică suspiciunea unei afecțiuni imunologice care necesită o abordare multidisciplinară și stabilirea unui protocol de monitorizare și tratament.

Concluzii

Uneori un caz simplu de pneumonie poate ascunde o patologie subiacentă ce necesită colaborarea multidisciplinare între medic pediatru, pneumolog și imunolog pediatru precum și necesitatea continuării investigațiilor pentru stabilirea unui diagnostic de certitudine.

Pneumonie necrotizantă cu un germene din grupul HACEK

Dr. Pop Tudor-Constantin¹, Conf. Dr. Marcela Ionescu^{1,2}, Prof. Univ. Dr. Eliza Cintează^{1,2}

S.C.U.C. M.S. Curie, București

U.M.F. “Carol Davila”, București, Facultatea de Medicină Generală

Pacient în vârstă de 6 ani, cunoscut cu multiple tare, se prezintă la camera de gardă prin transfer din teritoriu, cu diagnosticul de pneumonie cu pleurezie masivă dreaptă.

Debutul a fost în urmă cu 10 zile prin febră, asociată cu creșterea markerilor de inflamație – proteina C reactivă 82 mg/L, pentru care primește 10 zile de antibiotic per os, cu evoluție nefavorabilă prin dispnee, motiv pentru care se prezintă în teritoriu, de unde este redirecționat în clinica noastră.

La internare, clinic se notează starea generală gravă, agitație, febră (39.1⁰ C), paloare tegumentară, hipotrofie ponderală - 15kg (p4), spasticitate, cifoscolioză importantă, SpO₂ 90% aa, tahipnee 45-50rpm, bătaii alare, tiraj intercostal, murmur vezicular abolit la nivelul hemitoracelui drept, matitate la percuție, tahicardie 151bpm, diureză afirmativ redusă, conștiență păstrată.

Biologic prezintă leucocitoză 15.000/mm³, CRP 99 mg/L, procalcitonina 34.96 ng/mL, fără citoliză hepatică, retenție azotată sau coagulopatie. Hemoculturile, IDR, QuantiferonTBGold sunt negative.

Imagistic, ecografic și tomografic se descriu efuziune pleurală importantă (5.8cm diametru maxim), multiple condensări și

zone de necroză distribuite în tot parenchimul pulmonar drept și un abces rupt în lobul inferior drept.

Se montează CVC, se inițiază antibioterapie de asociere cu Meropenem și Vancomicină, se efectuează toracoscopie cu debridare pleurală, drenajul a 500ml puroi (LDH 5020 UI/L, glucoză 1.9 mg/dL, proteine 4.92 g/dL, 42805 elemente/mm³ 94% PMN). Cultura se pozitivează pentru *Eikenella Corrodens*.

În primele 48h continuă să febriciteze, CRP și procalcitonina cresc până la 275 mg/L respectiv 54 ng/mL, motiv pentru care se asociază Amikacin și Clindamicină în tratament, care se opresc la câteva zile, moment în care febra re apare și markerii inflamatori cresc din nou. Se suprimă CVC – culturi negative și se inițiază Clindamicină + Piperacilină-Tazobactam, tratament sub care evoluția este favorabilă până la momentul externării.

Particularitatea cazului o reprezintă bacteria izolată, agent etiologic rar pentru pneumonii, dar și un microb fastidios, la care nu s-a putut efectua antibiogramă, motiv pentru care antibioterapia a fost ghidată de elemente biologice și clinice, precum și articole științifice care au abordat cazuri similare.

Markerii proteici, o promisiune în diagnosticul timpuriu al afectării hepatice asociată fibrozei chistice.

Elena-Simona Moiceanu, Iustina Violeta Stan, Simona Elena Moșescu, Viorela Gabriela Nițescu, Maria Iacobescu, Ximena Maria Mureșan, Cristina-Adela Iuga, Andreea Lescaie, Andrei-Alexandru Muntean, Costin-Ștefan Caracoti, Georgiana Cristiana Suliță, Alexandra Bratu, Corina-Elena Delia, Geanina-Mirela Toma, Dan Lucian Dumitrașcu

Introducere: Boala hepatică asociată fibrozei chistice (CFLD) are o prevalență ridicată, un debut timpuriu și o evoluție imprevizibilă, subliniind necesitatea urgentă de identificare a unor metode noi de diagnostic pentru stadiile incipiente ale bolii, atunci când leziunile histopatologice sunt încă reversibile sub tratament. În acest context, studiul nostru a avut ca scop evaluarea prezenței a trei biomarkeri proteici în serul pacienților cu CFLD și corelarea acestor markeri cu gradul de afectare hepatică.

Metode: Am realizat un studiu observațional transversal, care a inclus 36 de copii cu fibroză chistică (FC), împărțiți egal în două grupuri (grupul cu afectare hepatică și grupul de control), recrutați în perioada noiembrie 2023 – martie 2024, conform noului ghid al Fundației pentru Fibroză Chistică. În serul pacienților au fost măsurați următorii biomarkeri: hidrolaza terminală a ubiquitinei carboxil L1 (UCHL1), Endoglin/CD105 și Inhibitorul Tisular al Metaloproteinazelor-4 (TIMP-4).

Rezultate: Valorile serice ale TIMP-4 au fost semnificativ crescute la pacienții cu afectare hepatică, iar acest rezultat s-a corelat cu scorurile de fibroză chistică. Endoglin și UCHL1 nu au arătat diferențe semnificative între grupuri.

Concluzii: TIMP-4 este un biomarker proteic neinvaziv, rapid și accesibil din punct de vedere al costurilor, asociat cu apariția timpurie a leziunilor hepatice. Prezența acestuia în serul unui copil cu FC ar putea servi ca un indicator precoce al dezvoltării CFLD pe parcursul evoluției bolii.

Cuvinte cheie: Hidrolaza terminală a ubiquitinei carboxil L1, Endoglin, Inhibitorul Tisular al Metaloproteinazelor-4, boala hepatică asociată fibrozei chistice.

Pleurezia tuberculoasă la copil și adolescent, dificultăți de diagnostic și tratament

Ion Alexandru Voropanov ^{1,2}, Gabriela Nebancea¹

1. Institutul de Pneumoftiziologie "Marius Nasta" - București
2. Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila" - București

Introducere:

Pleurezia tuberculoasă (TB) este una din cele mai frecvente forme de tuberculoză extrapulmonară la adolescent, ce apare ca rezultat al diseminării bacilului *Mycobacterium tuberculosis* dintr-o leziune pulmonară activă sau latentă către spațiul pleural. Inflamația pleurei (dată de infecția bacilară, degranularea macrofagelor) determină astfel formarea și acumularea unui exudat pleural bogat în proteine cu predominanță limfocitară.

Metode:

Am analizat o serie de pacienți internați în Clinica de Pneumologie Pediatrică IX din cadrul Institutului de Pneumoftiziologie "Marius Nasta" cu diagnosticul final de pleurezie TB în vederea observării dificultăților de diagnostic dar și a tratamentelor adjuvante ce pot fi folosite pentru pacienți. Dificultățile de diagnostic provin dintr-o serie de factori precum: simptome nespecifice la copil și adolescent (transpirații nocturne, scădere în greutate), debut insidios cu evoluție lentă, manifestări clinice atipice, anamneză greu de obținut și negarea contactului cu cazuri TB, evitarea toracocentezei la copil precum și dificultatea efectuării la copilul mic, sensibilitatea mică a culturilor și microscopiei din lichidul pleural (paucibacilar), testare PCR lichid pleural cu sensibilitate scăzută, diagnostic diferențial larg precum și evitarea testelor invazive la copil

(biopsia pleurală). Lipsa certitudinii diagnosticului în lipsa confirmării etiologice precum și negarea diagnosticului fac dificilă inițierea tratamentului anti-TB la copil. Pe baza tratamentelor efectuate pacienților internați, am reanalizat indicațiile pentru: toracocenteză terapeutică, drenaj pleural prin toracostomie, pleurodeză chimică, decorticare pleurală, corticoterapie, suport nutrițional, suplimentare cu vitamina B6, tratament antiinflamator (în absența corticoterapiei), reabilitare pulmonară, antibioterapie spectru larg premergătoare diagnosticului etiologic.

Rezultate:

Diagnosticul pleureziei TB rămâne un diagnostic provocator pe de o parte ca urmare a simptomelor nespecifice și a manifestărilor clinice subtile și atipice iar pe de altă parte din cauza sensibilității reduse a testelor microbiologice. Statusul de pacient infectat, evidențiat prin teste imunologice (Mantoux și IGRA) rămâne la temelia suspiciunii înalte etiologice. Durata lungă de timp necesară creșterii culturilor BK (până la 2 luni pentru culturile solide) face de multe ori necesară inițierea tratamentului anti-TB înaintea primirii rezultatelor de laborator. Culturile lichidului pleural sunt frecvent negative din cauza încărcăturii bacilare scăzute.

Legat de tratamentul pleureziei TB se consideră necesare drenajul și evacuarea lichidiană în orice pleurezie masivă. Corticoterapia deși controversată este parte a protocolului terapeutic național. Corticoterapia, pe lângă efectele de reducere a inflamației și ameliorare a simptomelor, are ca principal scop prevenirea fibrozei pulmonare cu limitare consecutivă a funcției pulmonare (pleurezie constrictivă). În cadrul lucrării se reafirmă utilitatea suportului nutrițional, al vitaminei B6, dar și al reabilitării pulmonare, efectuată cât mai precoce.

Concluzii:

Diagnosticul de pleurezie TB rămâne un diagnostic dificil și complex în multe cazuri la copil. Terapia antituberculoasă este esențială iar tratamentul adjuvant poate îmbunătăți rezultatele pacienților cu această boală. Complicațiile pleureziei TB sunt frecvente și necesită management proactiv.

Eficacitatea ultrasunetelor pulmonare în monitorizarea pneumoniei post-SARS-CoV-2 și a biomarkerilor inflamatori la pacienții pediatrici

Ramona Chelcea¹, Mihaela Dediu² Diana Dabica¹, Sorina Maria Denisa Laitin^{3,*} și Ioana Mihaela Ciuca²

Introducere: Recunoscând lacunele cruciale în înțelegerea noastră a pneumoniei pediatrice post-infecția cu SARS-CoV-2, acest studiu și-a propus să evalueze relația dintre Scorurile cu ultrasunete ale pneumoniei pediatrice (PedPne) și biomarkerii inflamatori. Obiectivul principal al acestui studiu este de a evalua valoarea predictivă a PedPne în comparație cu biomarkerii inflamatori (IL-6 și dNLR) pentru dezvoltarea pneumoniei la copii și adolescenți după infecția cu SARS-CoV-2.

Materiale și metode: Acest studiu observațional longitudinal a colectat date de la copii și adolescenți diagnosticați cu pneumonie după o infecție acută cu SARS-CoV2. Studiul s-a concentrat pe analizarea modificărilor scorurilor PedPne și a markerilor inflamatori, cum ar fi IL-6 și dNLR, de la internarea inițială până la urmărirea la 7 zile. Analiza statistică a implicat calcularea sensibilității, specificității și a zonei sub curbă (AUC) pentru fiecare biomarker, alături de analiza de regresie pentru a determina rapoartele de risc pentru a prezice dezvoltarea pneumoniei.

Rezultate: Analiza a identificat valori limită semnificative pentru dNLR la 1,88 (sensibilitate 77,0%, specificitate 85,7%, ASC 0,802, $p < 0,001$), IL-6 la 6,1 pg/mL (sensibilitate 70,3%, specificitate 92,9%, AUC 0,869 $p. < 0,001$) și scorul PedPne la 3,3 (sensibilitate 75,7%, specificitate 78,6%, AUC

0,794, $p < 0,001$). În schimb, NLR a arătat performanțe de diagnostic mai scăzute (AUC 0,485, $p = 0,327$). Analiza de regresie a evidențiat în continuare puterea predictivă puternică a acestor markeri, IL-6 arătând o creștere de patru ori a riscului de pneumonie (HR = 4,25, IC: 2,07–9,53, $p < 0,001$), dNLR indicând o creștere de peste două ori (HR = 2,53), CI: 1,19–6,97, $p = 0,006$) și scorul PedPne asociat cu mai mult decât o dublare a riscului (HR = 2,60, CI: 1,33–5,18, $p < 0,001$).

Concluzii: Studiul a demonstrat în mod concludent că atât scorurile cu ultrasunete PedPne, cât și biomarkerii inflamatori specifici, cum ar fi dNLR și IL-6, sunt predictori semnificativi ai dezvoltării pneumoniei la copii și adolescenți după infecția cu COVID-19. Aceste descoperiri pledează pentru integrarea acestor biomarkeri în evaluările clinice de rutină pentru a îmbunătăți acuratețea diagnosticului și gestionarea pneumoniei la copii după infecția cu SARS-CoV-2.

Aderența la tratament în bolile respiratorii

Dediu Mihaela^{1,2}

Disciplina Pediatrie II, UMF „Victor Babeș” Timișoara¹

Clinica Pediatrie, SCJUT „Pius Brânzeu” Timișoara²

Organizarea Mondială a Sănătății descrie aderența la tratament ca fiind „măsura în care comportamentul unei persoane (...) corespunde cu recomandările convenite de la un furnizor de servicii medicale”. Non-aderența la tratament este considerată a fi principala cauză în eșecul terapiei în cadrul populației pediatrice cu patologie cronică. Cauze precum: vârsta, tipul de medicamente și condiția medicală, reprezintă factori care influențează aderența la tratament. Un studiu recent, publicat în 2023 de către Paracha R & co, privind aderența la tratament în cadrul copiilor astmatici a raportat o medie de 36% a aderenței la corticoterapia inhalatorie zilnică. În ceea ce privește fibroza chistică, studiile raportează un procent de 50% al pacienților aderenței la tratament, dar acest procent este influențat de vârsta pacienților, și variază cu tipul de tratament evaluat. Dintre soluțiile propuse pentru îmbunătățirea aderenței la tratament se numără și educarea și consilierea, atât a pacientului-copil cât și a familiei acestuia, precum și terapia individualizată. Crearea unei rutine, oferire de recompense și încurajări, dar și suportul emoțional fac parte din strategiile părinților pentru convingerea pacienților-copii de respectarea a recomandărilor și efectuarea zilnică a tratamentului necesar.

TROMBOEMBOLISMUL PULMONAR LA SUGAR – CALEA FINALA A UNUI DRUM COMPLICAT

Anca Popoiu

Spitalul de Urgenta pentru Copii „Louis Turcanu” Timisoara

Universitatea de Medicina si Farmacie “Victor Babes” Timisoara

Introducere: Tromboembolismul pulmonar este un eveniment rar la sugar. indus in special de sepsa, prematuritate sau cateterizarea unei vene profunde.

Material si metoda: Prezentam cazul unui sugar, internat prima data la 2 saptamani de viata internat pentru varsaturi, hepatosplenomegalie, hipotonie. Analizele de laborator au pus in evidenta o anemie, trombocitopenie persistenta cu monocitoza, in absenta unui sepsis neonatal. Diagnosticul a fost de hemofagocitoza limfocitica primara, pentru care s-a initiat tratamentul cu dexametazona, pe langa cel substitutiv cu masa trombocitar si eritrocitar. La varsta de 3 luni sugarul se interneaza pentru dispnee cu polipnee, tuse iritativa, cu desen interstitial accentuat, iar consultul cardiologic a diagnosticat o cardiomiopatie hipertrofica severa cu staza pulmonara si semne de insuficienta cardiaca. Dupa introducerea tratamentului specific insuficientei cardiace starea se amelioreaza. Este momentul in care se ridica suspiciunea unei erori innascute de metabolism, ca fiind triggerul pentru hemofagocitoza hemofagocitica secundara, si nu primara, cum s-a crezut initial. Boala metabolica a fost un deficit de oxidare a acizilor grasi.

La 7 luni, sugarul se interneaza de urgenta cu stare generala grava, brusc instalata, cu cianoza dispnee cu polipnee, fatigabilitate marcata la supt, iar ecocardiografie indica o dilatare marcata de ventricul drept cu insuficienta cardiaca

dreapta. Ecografia este sugestiva pentru un tromboembolism pulmonar acut, si confirmata de angio CT-ul pulmonar. In ciuda initierii tratamentului anticoagulant, embolia s-a extins, fiind urmata la scurt timp si de tromboembolism cerebral si decesul sugarului.

Concluzii: Prezentam o cauza rara de tromboembolism pulmonar la un sugar cu deficit de oxidare a acizilor grasi si hemofagocitoza limfocitica secundara, la care evenimentul thromboembolic pulmonar si cerebral au fost cauza de deces.

Ventriculul unic – miracol hemodinamic

Lacatusu Adrian ^{1,2}Briana Bojin^{1,3}

¹Spitalul Clinic Județean de Urgență “Pius Brînzeu” Timișoara –
Clinica II Pediatrie

²Departamentul de Pediatrie, Universitatea de Medicină și Farmacie
“Victor Babeș” Timișoara

³Scoala Doctorala , Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor
Babeș” Timișoara

Introducere:

Termenii univentricular și unic s-au dovedit a fi printre cele mai controversate adjective folosite pentru a descrie unele dintre cele mai complexe malformații congenitale ale inimii. Sindromul inimii stângi hipoplazice, atrezie tricuspidiană, ventricul stâng cu cale dubla de intrare și ventricul drept cu dublă ieșire - reprezintă majoritatea malformațiilor cardiace congenitale complexe care prezintă funcționalitate de ventricul unic. Corecția chirurgicală a unei malformații cardiace congenitale cu morfologie de ventricul unic are rol paleativ și modifică complet hemodinamica. Aceasta, în general, reprezintă 2 sau 3 intervenții seriate, care în final duc la separarea complete a circulației pulmonare de cord prin procedura Fontan. Complexitatea corecției și bizareria anatomiei, pot duce, uneori, la două complicații redutabile reprezentate de bronșita plastică și enteropatia exudativă cu pierdere de proteine.

Material si metodă:

Aducem în atenția dumneavoastră cazul unor pacienți ce sunt dispensarizați în segmentului de cardiologie pediatrică a Clinicii II Pediatrie Bega din Timișoara.

Pacienta I.M. în vârstă de 14 ani, diagnosticată în perioada neonatală cu MCC COMPLEXA cu morfologie de ventricul unic – Ventricul drept cu cale dublă de ieșire și vase în poziție transpusă, supus corecțiilor seriate – anastomoză DKS, procedura Glenn și finalizat cu procedura Fontan. Procedura complicată cu enteropatia exudativă cu pierdere de proteină cu debut în anul 2020.

Pacienta C.M. în vârstă de 15 ani, diagnosticată în perioada neonatală cu MCC COMPLEXA cu morfologie de ventricul unic – Dextrocardie, Sindrom heterotaxic- Izomerism atrial drept cu asplenie, Drenaj venos pulmonar aberant total supracardiac, Transpoziție de vase mari, Stenoză pulmonară semnificativă cu hipoplazie de trunchi și ramuri – supusă corecțiilor seriate tip – Glenn și finalizare Fontan, Procedura complicată cu bronșita plastică cu debut în anul 2024.

Vom analiza individual și prin comparație cazurile mai sus menționate, urmând să aducem în atenția dumneavoastră nuanțele fine și particularitatea fiecărui caz.

Rezultate/concluzii:

În concluzie, malformațiile cardiace complexe cu funcționări de ventricul unic sunt foarte versatile și în ciuda unor caracteristici comune evoluția este particulară pentru fiecare pacient. Modul de corecție, timpul operator și evoluția pe termen lung este individualizată. Apariția unor complicații semnificative poate duce la reducerea calității vieții. Pacienții cu ventricul unic funcțional sunt dependenți de sistemul medical.

POSTERE

Dificultați în diagnosticul nodulilor pulmonar la pacientii cu imunodeficiență primară

David-Mitel Mătea¹, Patricia Urtilă^{1,2}, ¹Cristina Toma, ¹ Andreea Ficut, ¹Andreea Vetrak, Sandarowski Dina¹, Mihaela Bătăneant^{1,2}

¹ Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu", Clinica III de Pediatrie, Timișoara, România

² Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara

Introducere. Imunodeficiența comună variabilă (CVID) reprezintă cel mai frecvent diagnosticată eroare înăscută a imunității, tabloul său clinic fiind dominat de infecții, autoimunitate, inflamație și cancer.

Prezentare de caz. Pacient în vârstă de 10 ani, cu infecții respiratorii recurente și diaree, se internează în noiembrie 2022 pentru pneumonie, hepatosplenomegalie, adenopatii mediastinale, ridicându-se suspiciunea de limfom. Investigațiile infirmă limfomul, însă relevă agamaglobulinemie și se pune diagnosticul de CVID. Sub substituția cu imunoglobulină se remite hepatosplenomegalia. În mai 2023 apar adenopatii supraclaviculare și laterocervicale drepte, CT-ul relevând masive adenopatii paratraheale și retrosternale și prezența unor infiltrate alveolare în lobii inferiori bilateral. Biopsia ganglionară arată inflamație granulomatoasă cu aspect tipic pentru mycobacterii non-tuberculoase, examenul direct, genetic și cultura din ganglioni și lavaj gastric pentru BK fiind negative. Se începe tratamentul cu Rifampicină, Etambutol, Azitromicină,

cu evoluție nefavorabilă iar comisia MDR recomandă considerarea diagnosticului de tuberculoză extrapulmonară și tratament cu Hidrazida, PZN, Etambutol, Azitromicină. Ținând cont de inflamația granulomatoasă se introduce corticoterapie, cu evoluție favorabilă. După 9 luni de tratament CT-ul pulmonar arată leziuni micronodulare și focale, cu adenopatii persistente, ceea ce sugerează o posibilă afecțiune interstițială limfocitic-granulomatoasă (GLILD) care se întâlnește la până la 22% dintre pacienții cu CVID. La un an de la inițierea tratamentului nu mai prezintă adenopatii laterocervicale și supraclaviculare dar lavajul gastric este pozitiv la colorația Ziehl-Nielsen dar cu genetică negativă, fapt care sugerează infecție cu Mycobacterii atipice. Pentru un diagnostic exact se impune biopsie pulmonară pentru a diferenția infecția cu mycobacterii de GLILD.

Concluzionăm că evaluarea nodulilor pulmonari la pacienții cu CVID necesită o abordare multidisciplinară și o corelare atentă a datelor clinice, imagistice și histopatologice pentru a evita întârzierile în diagnostic și tratament. Această experiență subliniază importanța conștientizării medicilor cu privire la particularitățile acestor pacienți, contribuind astfel la o gestionare mai eficientă a cazurilor complexe.

Polipoza nazala la pacientii cu fibroza chistica

Micu Andreea-Cosmina(1,2,3), Ciuca Ioana-Mihaiela(1,2), Dan Iovanescu³, Dr. Muresan A(1); Dr. Badea M(1); Prof. Univ. Dr. Iovanescu Gh.(1,2)

1. Spitalul Clinic Judetean de Urgenta “Pius Brinzeu” Timisoara;
2. Universitatea de Medicina si Farmacie “Victor Babes” Timisoara
3. Scoala Doctorala, “Victor Babes” UMF Timisoara

Introducere:

Fibroza chistica (CF) este definita ca fiind o boala autosomal recesiva, cauzata de mutatii la nivelul genei reglatoare transmembranare al fibrozei chistice (CFTR). Fenotipul fibrozei chistice poate implica multiple organe si sisteme, cele mai frecvente plamanii, intestinal, ficatul si caile biliare, sinusurile paranazale. Pacientii cu fibroza chistica au un risc ridicat de a dezvolta polipoza nazala. Managementul corect al patologiei sinusale in fibroza chistica poate avea un efect benefic asupra calitatii vietii pacientilor.

Materiale si metode:

Va prezentam cazul unui pacient in varsta de 17 ani care a fost diagnosticat in luna noiembrie 2023 cu fibroza chistica forma clinica complet heterozigota compus Delta F508, in asociere cu infectie respiratorie cu pseudomonas aeruginosa, disfunctie ventilatorie obstructiva forma medie, bronsiectazii secundare, hipocratism digital, hepatopatie cronica asociata fibrozei chistice, hipotrofie ponderala usoara, si care se dreseaza Clinicii II Pediatrie , pentru reevaluare clinic-biologica in vederea tratamentului modulator (IVA/TEZ/ELX) la 3 luni de la initiere. Pe parcursul internarii pacientul este redirectionat catre Clinica

ORL Bega in vederea evaluarii de rutina, pacientul acuzand obstructie nazala persistenta, respiratie predominant orala, snoring, simptomatologie afirmativ prezenta de aproximativ 5 luni.

La endoscopia nazala efectuata in cadrul examenului clinic ORL, se deceleaza polipoza nazala in ambele meate mijlocii, in fosa nazala dreapta ocupau in totalitate meatul mijlociu si in fosa nazala stanga se vizualiza o degenerare pe burta cornetului mijlociu, secretii muco-purulente in spatial rinofaringian, cu recomandarea de a efectua polipectomie cu examen histopatologic. Pacientul este transferat catre Clinica ORL Bega in vederea efectuarii chirurgiei endoscopice functionale sinusale (FESS), cu rezectia formatiunilor polipoide sub ghidaj endoscopic, tamponament nazal anterior bilateral pentru 24 de ore, trimiterea pieselor catre examenul histopatologic. Post-operator pacientului i se recomanda antibioterapie intravenoasa pana la detamponamentul nazal, ulterior solutii intranazale decongestionante si emoliente pentru 1 saptamana si solutii nazale pe baza de glucocorticoizi pentru 1 luna.

Rezultate: Pacientul a fost evaluat periodic, la un interval de 3 luni, endoscopia nazala relevand fose nazale libere, bilateral, rinofaringe liber, fara secretii patologice si fara recidiva formatiunilor polipoide la nivelul meatelor.

Rezultatul histopatologic a relevat un fragment tisular de aspect polipoid, acoperit de un epiteliu pseudostratificat, ce includea un ax conjunctiv cu aspect edematos si vase hiperemice, asociind un infiltrat inflamator bogat in limfocite si plasmocite, cu rare granulocite eozinofile si hiperplazie glandelor sero-mucoase. Diagnosticul histopatologic: polip inflamator sinonazal cu hiperplazie de glande sero-mucoase.

Concluzii: Fibroza chistica este o patologie multisistemica, cu un grad ridicat de mortalitate si morbiditate pulmonara, care are de asemenea un impact considerabil asupra sinusurilor

paranazale. Rinosinuzita cronica si polipoza nazala are un impact considerabil asupra calitatea vietii pacientilor cu fibroza chistica. Interventiile chirurgicale sunt efectuate de obicei dupa ce terapiile conventionale sunt epuizate. Scopul efectuării chirurgiei reprezinta extractia formatiunilor polipoide si deschiderea spatiilor sinusale pentru a permite un pasaj aerian optim, un drenaj corect al secretiilor nazale fiziologice si o irigare nazala eficienta post-operator. Alegerea terapiei optime si indicatiile instituirii chirurgiei in detrimentul terapiei farmacologice reprezinta o provocare.

Wheezing-ul recurent în patologia pediatrică

Dr. Bura Crina², Ș.L. Dr. Marcovici Tamara^{1,2}, Prof. Univ. Dr. Otilia Mărginean^{1,2}

1Clinica I Pediatrie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara, România

2Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara, România

Introducere: Wheezing-ul este unul dintre cele mai frecvente simptome din patologia pediatrică, reprezentând manifestarea clinică a bronho-obstrucției. Prezența a cel puțin trei episoade de wheezing în antecedente definește caracterul recurent al acestuia. Fiind asociat cu morbiditate importantă, identificarea factorilor de risc ai wheezing-ului recurent la copil este esențială.

Material și metode: Studiul retrospectiv cuprinde 42 pacienți internați cu wheezing recurent în Secția Clinică Pediatrie I a Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara într-o perioadă de 12 luni și care au fost evaluați anamnestic-clinic și paraclinic.

Rezultate: 64% dintre pacienți au fost de sex masculin. Au predominat copiii mici (38,09%) și preșcolarii (28,57%). 48% dintre cazuri aveau antecedente personale patologice de infecții de căi respiratorii superioare, 39% de infecții respiratorii inferioare care au necesitat internări anterioare iar 12% erau atopici. 61,90% dintre copii au fost internați toamna. La 40,47% dintre copii s-a precizat bronșiolita, la 30,95% pneumonie, respectiv astm bronșic la 26,19% dintre pacienți. Expunerea la fumul de țigară a fost prezentă la 55% dintre cazuri, iar istoricul familial de atopie și/sau astm bronșic a fost

prezent la 38% dintre copii. Tratamentul patogenic (antiinflamatoare steroidiene, bronhodilatatoare, simpatomimetice) s-a administrat tuturor pacienților, iar antibioterapia a fost necesară în cazul suprainfecției bacteriene. La externare s-a recomandat administrarea corticosteroizilor inhalatori, inhibitorilor de leucotriene și a antihistaminicelor.

Concluzii: Cele mai frecvente patologii respiratorii însoțite de wheezing recurent sunt bronșiolita, pneumonia și astmul bronșic, cu o frecvență mai crescută la pacienții de sex masculin în perioada de sugar și copil mic. Infecțiile acute de căi respiratorii superioare și inferioare, istoricul familial de alergii și astm bronșic, precum și expunerea postnatală la fumul de țigară favorizează apariția wheezing-ului recurent la copil.

Efectul ETI asupra funcției pulmonare și structurii pulmonare - Un studiu unic pe o perioadă de șase luni

Dabica D., Dediu M., Scaueru O., Coardos R., Lukic M., Pop L., Ciuca IM.

1. Școala Doctorală, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Piața Eftimie Murgu Nr. 2, 300041 Timișoara, România
2. Departamentul de Pediatrie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” Timișoara, Piața Eftimie Murgu Nr. 2, 300041 Timișoara, România
3. Secția de Pneumologie Pediatrică, Clinica de Pediatrie, Spitalul Clinic Județean Timișoara, România

Introducere:

Introducerea triplei terapii modulatorie de tip Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor (ETI) a demonstrat efecte promițătoare în ceea ce privește îmbunătățirea funcției pulmonare, prin creșterea valorilor spirometrice. Acest studiu și-a propus să evalueze rolul terapiei modulatorie asupra funcției pulmonare, în relație cu scorul ecografic pulmonar, în rândul pacienților cu FC. Ecografia pulmonară (LUS) s-a dovedit a fi fiabilă pentru diagnosticul consolidărilor, atelectaziei sau bronșiectaziilor.

Material și Metode:

Au fost incluși în studiu 28 de pacienți cu FC care au urmat terapia triplă pe o perioadă de șase luni în centrul nostru. Evaluările au fost efectuate la începutul studiului, la 1, 3 și 6 luni de tratament. Parametrii spirometrici folosiți în acest studiu au fost volumul expirator forțat într-o secundă (FEV1), capacitatea vitală forțată (FVC) și parametrul distal FEF25%–75%.

Rezultate:

S-au constatat diferențe semnificative statistic între media FEV1 de la inițiere, comparativ cu cea de la 1, 3 și 6 luni (F-ratio = 5.32, p-value = 0.021), media FEV1 fiind 90.2. Diferențe semnificative statistic au fost observate și pentru FVC (F-ratio = 8.59, p-value = 0.000053), media FVC fiind 91.1, iar în ceea ce privește FEF25-75 s-a decelat un (F-ratio = 11.18, valoare p < 0.0001). Media scorului ecografic pulmonar FC inițial a fost de 5.6 și a scăzut la 2.6 la 6 luni (valoare p < 0.0001), iar scorul LUS CF a avut o corelație negativă moderată cu FEV1 inițial (rs = -0.54) și, de asemenea, o corelație negativă moderată cu FEV1 la 6 luni (rs = -0.5).

Concluzie:

Rezultatele susțin efectul benefic demonstrat anterior al ETI asupra funcției pulmonare la pacienții noștri, dar au demonstrat, de asemenea, că terapia modulatoare de tip ETI nu doar că a îmbunătățit funcția pulmonară, ci și scorul LUS.

FEBRĂ ȘI HEMOPTIZIE (ÎN INFECȚIA SARS COV-2)

Ramona Chelcea¹, Mihaela Dediu¹, Ioana Ciucă^{1,2}, Pop Liviu²

1 Compartimentul de Pneumologie Pediatrică, Clinica II
Pediatrie, Spitalul Clinic Județean “Pius Brinzeu” Timisoara

2 Departamentul de Pediatrie, Universitatea de Medicina și Farmacie
“Victor Babes”, Timisoara

Introducere: Hemoptizia este un simptom destul de rar întâlnit în patologia respiratorie pediatrică, însă ridică probleme diagnostice importante. Este un simptom anxiogen atât pentru părinți, cât și pentru copil și comportă diagnostice diferențiale semnificative.

Material și metoda: Prezentăm cazul unui băiat în vârstă de 15 ani, diagnosticat cu infecție Sars Cov-2- tratată la domiciliu la indicația medicului de familie cu antibiotic și simptomatic- care se prezintă cu tuse productivă, hemoptoică, însoțită de dureri toracice, febră și frisoane. Menționăm că avem de-a face cu un pacient obez, cu o greutate de 96 kg, diagnosticat cu 3 zile anterior internării cu infecție Sars Cov-2, care nu evoluează bine sub tratamentul urmat la domiciliu, și care se prezintă la spital cu tuse productivă, acuzând dureri toracice posterioare după accesele de tuse și hemoptizie.

Rezultate: Având în centrul simptomelor hemoptizia, alături de febră, frison, tuse și infecție Sars Cov-2, au fost luate în considerare ca și posibile diagnostice, o pneumonie virală, tuberculoză sau hipertensiune pulmonară și nu în ultimul rând, ținând cont de factorul de risc major al pacientului -obezitatea-, un tromboembolism pulmonar.

Analizele de laborator au decelat un sindrom inflamator semnificativ, un sindrom de citoliză hepatică, dar și o creștere

marcata a produşilor de degradare a fibrinei. A fost efectuată o ecografie pulmonară care a decelat un aspect de „white lung,, dar şi o imagine parenchimotoasă, fără bronhogramă aerică, sugerând un infarct pulmonar sau un tromboembolism pulmonar.

Evoluţia a fost una sinuoasă, pacientul a prezentat frecvente episoade de desaturări, cu necesitatea unui flux foarte mare de oxigen, a fost necesară reconsiderarea terapiei, cu introducerea tratamentului antiviral. Creşterile tensionale precum şi valorile crescute ale D-dimerilor au dus la asocierea tratamentului anticoagulant şi antihipertensiv, terapie care în final, a ajutat la obţinerea unui prognostic favorabil.

Concluzii: Deşi hemoptizia este rară în pediatrie, diagnosticalele diferenţiale pe care le implică, pot fi ameninţătoare de viaţă în absenţa unui tratament corect. Deasemenea, infecţia Sars cov-2, cunoscută pentru starea de hipercoagulabilitate pe care o declanşează, nu este de neglijat. Ecografia pulmonară este utilă în diagnosticul şi monitorizarea patologiilor respiratorii, fiind de mare importanţă şi în cazul prezentat, ducând în final la o orientare diagnostică precisă şi putând face diferenţa şi de alte patologii.

Fetita cu febra, oboseala si scaderea in greutate

Silosieva Nadejda¹, Mihnea Baloi¹, Ramona Coardos¹, Mihaela Dediu^{1,2}, Ioana Ciuca^{1,2}

¹Compartimentul de Pneumologie Pediatrică, Clinica II Pediatrie, Spitalul Clinic Județean “Pius Brânzeu” Timisoara

² Departamentul de Pediatrie, Universitatea de Medicina si Farmacie “Victor Babeș”, Timișoara

Introducere: Lupus eritematos sistemic(LES) – boala inflamatorie cronică autoimună cu afectare poliorganică de etiologie necunoscută.

Material si metoda: Prezentăm cazul unei pacientede 13 ani si 5 luni, consultata in ambulatorul de specialitate cu febră (inainte cu 3 zile), insoțită de astenie si tahipnee, scădere in greutate cu 4 kg in ultima luna. Cu 1 lună anterior a fost internată cu diagnosticul de pleuropneumonie acută bazal stang (fără stetacustică semnificativă), debut cu durere toracică, febră. TT Cefort 5 zile, externată, la control afirmativ evoluție favorabilă

În evoluție – fatigabilitate, subfebrilități, este consultată la pneumologie, pe radiografie toracică-pneumopatie bilaterală cu pleurezie, si se recomandă Azitrox, Eфіcef, Prednison. Fără ameliorare.

Rezultate: Se efectuează ecografie pulmonară care deceleaza pleurezie bilaterală, condensare atelectatică stânga ,lob inferior stâng atelectatic. Se vizualizează pericardita masiva cu risc de tamponada. Ulterior pacienta este internată, investigata și monitorizată clinico-biologic. S-a initiat pulsterapia cu Metilprednisolon, ulterior a primit Imuran; evolutia a fost ondulanta sub terapia instituita. Reumatologul initiaza ciclofosfamida cu evolutie foarte buna, pacienta fiind in remisie

la 6 luni de la initire. **Concluzii:** Deși la copii, în majoritatea cazurilor, LES se manifesta inițial cu debuteaza clasic cu afectarea articulară sau leziuni cutanate , LES poate debuta și cu manifestări respiratorii. Ecografia pulmonară este utilă în diagnosticul și monitorizarea colagenozelor cu manifestări pulmonare. Diagnosticul pleureziei bilaterale trebuie făcut cu atenție în patologia pediatrică.

Provocări diagnostice în pneumologia pediatrică: De la formațiune tumorală suspectă la tuberculoză confirmată

Constantinescu Amalia¹, Stoicescu Emil-Robert^{1,2}, Iacob Roxana^{1,2}, Cocolea Daiana Marina^{1,2}, Manolescu Diana^{1,2}

¹ Spitalul de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie Victor Babeș Timișoara

² Universitatea de Medicină și Farmacie Victor Babeș Timișoara

Introducere: Tumorile pulmonare la adolescenți sunt o entitate clinică rară și adesea dificil de diagnosticat datorită similarităților simptomatologice cu afecțiunile inflamatorii și infecțioase. Evaluarea acestor cazuri necesită o abordare meticuloasă și diferențiată pentru a exclude posibilitatea unor procese tumorale maligne sau benigne. În acest context, prezentăm cazul unui pacient de 15 ani, la care s-a suspectat un proces tumoral pulmonar la nivelul lobului inferior stâng, observat inițial prin investigații imagistice și monitorizat pentru o perioadă de o lună.

Pacientul a prezentat simptomatologie nespecifică, inclusiv tuse persistentă, scădere ponderală și dispnee. În timpul investigațiilor imagistice computer tomografice recente, s-a observat o creștere a dimensiunilor formațiunii pulmonare, în ciuda administrării unui tratament tuberculostatic. Testele de spută BAAR au fost negative, însă testele genetice au relevat prezența *Mycobacterium tuberculosis*. Investigațiile suplimentare au arătat, de asemenea, prezența unei ascite tuberculoase.

Metode / Metodologie: Pentru a clarifica natura leziunii pulmonare și a exclude alte diagnostice posibile, s-a efectuat o

puncție biopsie a formațiunii suspecte. Această procedură a fost realizată sub ghidaj CT, ceea ce a permis o plasare precisă a acului de biopsie și a redus riscul de complicații. Proba tisulară obținută a fost trimisă pentru examinare histopatologică.

Procedura de puncție biopsie ghidată CT a fost aleasă datorită capacității sale de a oferi un diagnostic precis și de a minimiza invazivitatea, în comparație cu metodele tradiționale. Diagnosticalele diferențiale au inclus o gamă largă de afecțiuni, de la procese tumorale benigne și maligne până la afecțiuni inflamatorii și infecțioase, cum ar fi tuberculoza pulmonară. Pentru a asigura un diagnostic corect, s-a utilizat o abordare multidisciplinară, implicând radiologi, pneumologi și anatomo-patologi.

Rezultate: Examenul histopatologic al probei de biopsie a indicat prezența unei inflamații cronice granulomatoase, specifică tuberculozei pulmonare. Acest rezultat a confirmat diagnosticul de tuberculoză pulmonară, eliminând suspiciunea unui proces tumoral malign sau benign. Diagnosticul de inflamație granulomatoasă cronică a permis adaptarea tratamentului pentru a aborda eficient infecția tuberculoasă.

Acest caz ilustrează complexitatea diagnosticării formațiunilor pulmonare la adolescenți și necesitatea unei evaluări atente și detaliate pentru a exclude posibilitatea unor procese maligne. Descoperirea inflamației granulomatoase a evidențiat importanța utilizării unor metode diagnostice precise și variate, inclusiv tehnici imagistice avansate și biopsii ghidate.

Concluzii / Discuții: Prezentarea acestui caz subliniază importanța diagnosticării precoce și a tratamentului adecvat al tuberculozei pulmonare la adolescenți, pentru a preveni complicațiile și a îmbunătăți prognosticul pacientului. Deși inițial suspiciunea a fost de proces tumoral, utilizarea unei abordări multidisciplinare și a unor tehnici diagnostice avansate

a condus la identificarea corectă a inflamației granulomatoase tuberculoase.

Diagnosticul precoce și corect al tuberculozei pulmonare permite inițierea promptă a tratamentului adecvat, ceea ce este esențial pentru prevenirea complicațiilor severe și pentru asigurarea unui prognostic favorabil. Acest caz evidențiază, de asemenea, importanța colaborării strânse între diferiți specialiști medicali pentru optimizarea rezultatelor clinice în cazurile complexe de afecțiuni pulmonare la adolescenți.

SWYER-JAMES SYNDROME

Cocolea Daiana Marina^{1,2}, Stoicescu Roxana^{1,2}, Stoicescu Emil-Robert^{1,2}, Constantinescu Amalia^{1,2}, Trusculescu Adriana^{1,2}, Manolescu Diana^{1,2}

¹ Spitalul de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie Dr. Victor Babeș Timișoara

² Universitatea de Medicină și Farmacie Victor Babeș Timișoara

Introducere / Obiectiv:

Sindromul Swyer-James-MacLeod, cunoscut ca și sindromul Swyer-James este o patologie rară din sfera pulmonară ce afectează cu predilecție populația pediatrică. Este caracterizată prin hipertransparență a unui câmp pulmonar pe radiografiile de torace. Această afecțiune este asociată cu un istoric de infecții respiratorii în copilărie, cum ar fi bronșiolita obliterantă. De asemenea, acest sindrom poate apărea și în urma infecțiilor cu bacilul tuberculos sau Mycoplasma Pneumoniae. Se caracterizează printr-o hipoplazie sau agenezie a vaselor pulmonare, ceea ce duce la o hipoperfuzie pulmonară. Datorită faptului ca majoritatea pot fi asimptomatici, vârsta de diagnosticare a acestor pacienți este de obicei în perioada adultă.

Metode / Metodologie:

În cadrul Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie Dr Victor Babeș Timișoara în secția de pneumologie s-a prezentat un pacient în vârstă de 18 ani acuzând tuse, dificultăți la respirație, wheezing și durere toracică. Din examenul obiectiv amintim murmur vezicular ușor diminuat la nivelul hemitoracelui stâng, cu SaO₂ la prezentare de 95%, cu o TA de 120/60 mmHg și pulsul 85 bpm.

Din istoricul pacientului se decelează faptul că acesta este cunoscut cu bronhopneumopatie cronică obstructivă formă severă (GOLD IV, grup de risc B), tuberculoză pulmonară secundară, cu rezecție LMD în urma unui tuberculom operat, cu pectus excavatum.

Fiind un pacient complex, medicul pneumolog a solicitat efectuarea investigațiilor radio-imagistice pentru evaluarea actuală având în vedere istoricul și simptomatologia actuală.

Rezultate: Inițial, s-a efectuat o radiografie toracică în urma căreia s-au decelat următoarele: hiperinflație pulmonară dreaptă cu herniere controlaterală prin efect expansiv paramediană, cu structuri mediastinale împinse spre stânga ce asociază și remanieri fibroase sechelare aderențiale pleurale pe fondul distrofic emfizematos mixt. Supraadaugat, pacientul prezintă componentă infecțioasă, cu arii de condensare mediopulmonar și bazal dreapta respectiv perihilar stânga. La 9 zile se repetă investigația radiografică post-terapie în urma căreia se decelează remisia focarului de condensare pulmonar drept. La o lună pacientul revine pentru un CT torace unde se decelează dezorganizare arhitecturală pulmonară polimorfă cu hiperinflație pseudo-chistică la nivelul lobului mediu drept și lobului inferior stâng, cu distrofie fibroasă peribronșiectatică la nivelul lobului superior drept și lobului inferior drept. Se ridică suspiciunea unui sindrom Swyer-James. Pentru confirmare este necesară corelarea simptomatologiei actuale cu istoricul de infecții respiratorii repetate, alături de imaginile radiografice precum și computer tomografice respectiv spirometrice.

Deși testarea genetică nu este folosită în mod uzual pentru diagnosticarea acestui sindrom, fiind asociat cu infecțiile recurente în copilărie în detrimentul factorilor genetici, pacientului i s-a efectuat consult și testare genetică, rezultatul fiind negativ.

Concluzii / Discuții: Deși este o patologie întâlnită predominant la populația pediatrică, particularitatea cazului constă în faptul că pacientul a fost diagnosticat la vârsta adultă. De asemenea, prezentul caz își propune să sublinieze faptul că deși este un diagnostic stabilit în principal imagistic, o radiografie de torace nu poate pune diagnosticul cert, fiind necesare corelații cu examinarea CT și cu studiile scintigrafice de perfuzie pulmonară.

Ecografia pulmonară în maladiile respiratorii pediatrice

Ioana M. Ciuca, Mihaela Dediu

Departmentul de Pediatrie, UMF “Victor Babes” Timisoara, SCJUT

Introducere: Ultrasonografia este o metoda larg utilizata în diagnosticul diverselor patologii; ecografia pulmonara aduce date imediate asupra patologiei pulmonare, fiind extrem de utila in evaluarea patologiei acute ca pneumotorax, pneumonie, edem pulmonar, pleurezie.

Material si metoda: Lucrarea de fata își propune sa prezinte rolul pe care îl poate avea ultrasonografia pulmonara(USP) în evaluarea patologiei respiratorii la copil. Rezultate: Se prezinta o serie de cazuri de pneumonie, pleurezie, tumori si malformații pulmonare, frecvent întâlnite în patologia pediatrica. Pentru depistarea colecțiilor pleurale mici , ecografia pulmonara are o sensibilitate mai buna decât radiografia, diagnosticul consolidărilor pulmonare se poate face rapid precum si monitorizarea neiradianta a evoluției focarului pneumonic. In ceea ce privește patologia cronica, ca astmul bronșic, bronhopneumopatia cronica, patologia tumorală pulmonara, rolul ecografiei este relativ limitat, atât de dimensiunile si structura acestora leziunilor.

Concluzii: Ecografia pulmonara este o metoda utila in evaluarea si monitorizarea anumitor patologii frecvent întâlnite la copil.

Tahicardie după pneumonie – case report

Dediu Mihaela^{1,2}, Liviu Pop¹, Ciucă Ioana-Mihaiela^{1,2}

1 Disciplina Pediatrie II, UMF „Victor Babeș” Timișoara¹

2 Clinica Pediatrie, SCJUT „Pius Brânzeu” Timișoara²

Introducere: Febra reprezintă unul dintre simptomele cele mai frecvente și nespecifice la copil. În fața unui pacient cu o patologie cronică, febra ca și simptom poate semnifica o exacerbare a bolii dar poate ascunde și alte patologii, mai puțin frecvente sau căutate. Metodă: Vă prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 3 ani și 9 luni, diagnosticată de la vârsta de 2 luni cu Fibroză chistică. Până în momentul prezent, pacienta este cu o dezvoltare antropometrică corespunzătoare, cu o funcție pulmonară în parametri normali și fără infecție cronică. Rezultate: Cu 2 săptămâni anterior prezentării pacienta prezintă febră, cu durere toracică anterioară și tuse accentuată. Rx torace efectuată a evidențiat un proces de condensare bazal stânga, cu un sindrom inflamator crescut. Se instituie tratament antibiotic cu o evoluție inițial favorabilă. Febra reapare, pacienta se menține tahicardică motiv pentru care s-a efectuat un consult cardiologic. Ecografia de cord decelează un efect de masa al unei formațiuni de vecinătate. Ecografia pulmonară confirmă prezența unui proces de condensare cvasi-rotund, cu margini bine delimitate, vascularizat. În urma CT-ului de torace și punția biopsie se stabilește diagnosticul de tumora Askin cu punct de plecare costal și s-a instituie tratamentul chimioterapic specific. Concluzie: Ecografia pulmonară poate aduce informații suplimentare la un pacient febril și cu opacitate pulmonara decelată radiografic.

Febră și dureri abdominale – case report

Dediu Mihaela^{1,2}, Ciucă Ioana-Mihaiela^{1,2}

1.Disciplina Pediatrie II, UMF „Victor Babeș” Timișoara¹

2.Clinica Pediatrie, SCJUT „Pius Brânzeu” Timișoara²

Introducere: Metodă: vă prezentăm cazul unei paciente de 4 ani ce se prezintă în ambulatoriul de specialitate pentru febră, dureri abdominale și vărsături. Rezultate: la examenul clinic pacienta este cu stare generală alterată, cu febră și rară tuse seacă, dar cu dureri localizate la nivelul flancului stâng și 2 vărsături. În timpul ecografiei abdominale, prin fereastra splenică se decelează o zonă transonică, colecție lichidiană intrapleurală. Se decide efectuarea unei ecografii pulmonare care identifică la nivelul plămânului stâng (lingula și lob inferior stâng) un proces de condensare, cu caracter de hepatizație și bronhogramă aerică; lamă de lichid pleural de 1.4 cm (volum revărsat lichidian= 350 ml). Se instituie tratament antibiotic. Urmărirea ecografică în dinamică a permis identificarea precoce a complicațiilor: apariția zonelor de efuziune pleurală și formarea abcesului pleural. Se modifică antibioterapia pacientului cu evoluție favorabilă ulterioară, clinic și imagistic. Concluzie: Ecografia pulmonară permite nu doar diagnosticarea pacientului ci și urmărirea evoluției bolii cu diagnosticarea precoce a complicațiilor.

CUPRINS

REZUMATE	6
DIAGNOSTICUL GENETIC ÎN MUCOVISCIDOZĂ (FIBROZĂ CHISTICĂ).....	6
Tămaș Liviu Athos ¹ , Bonțe Diana Camelia ¹	6
Evaluarea funcțională pulmonară în fibroza chistică	8
Dediu Mihaela ^{1,2}	8
Evaluarea avansată în Fibroza Chistică și implicații clinice	9
Conf. Univ. dr. med. Laura Larisa Dracea.....	9
Evoluții particulare în Fibroza Chistică	11
Conf.univ.dr.med Laura Larisa Dracea	11
COMPLICAȚIILE NAZO-SINUSALE ALE SINUZITEI ÎN FIBROZA CHISTICĂ.....	13
Prof. Dr. Iovanescu Gheorghe, Roxana Vintila, Andreea Micu, Iovanescu Dan	13
PROVOCĂRI ÎN DIAGNOSTICAREA FIBROZEI CHISTICE – CAZURI CLINICE	14
Csilla-Eniko Szabo ^{1,2} , Radu Sorin Șerban ^{1,2} , Lia Usatiuc ^{1,2}	14
Diagnosticul de precizie în afecțiunile alergice respiratorii	16
Laura Haidar.....	16
Rolul toracoscopiei în supurațiile pleuro-pulmonare la copil	18
Vlad Laurențiu David ^{1,2}	18
Exacerbarea astmului bronșic-punct de vedere pneumolog pediatru.....	20
Paraschiva CHERECHEȘ-PANȚA,	20

Aportul investigatiilor imagistice in diagnosticul patologiei toracale pediatrice – rolul ultrasonografiei	22
Otilia Fufezan	22
The importance of imaging investigations in the the diagnosis of pediatric thoracical pathology – the role of ultrasonography.....	23
Otilia Fufezan	23
Airway polution and respiratory health.....	24
Simona Turcu ¹ and Meredith Robertson ¹	24
PNEUMONIA RECURENTĂ – EVALUAREA PACIENTULUI PEDIATRIC	25
Daniela Marcela Ionescu ^{1,2}	25
Respiratory health in children with SMA1 in the era of new therapies.....	27
Simona Turcu ¹ and Jane Heraghty ¹	27
HEMORAGIA PULMONARĂ – CAZURI CLINICE	28
M.D Ionescu ^{1,2} , R. Taraş ^{1,2} , M. I.Brustan ^{1,2} , A Nicorici ¹ ..	28
Fistula bronhopleurala – provocare majora in tratamentul pneumoniei necrotizante la copil.....	30
Sef lucr Dr Alexandru Ulmeanu ^{1,2} , Sef lucr. Dr Carmen Zapucioiu ¹ , Dr Livia Cumpanasu ¹ , Dr Georgiana Ciuparu ¹ , Prof Dr. Laura Balanescu ^{1,2}	30
Bronchopleural fistula: A major challenge in the treatment of necrotizing pneumonia in children.....	32
COMUNICARI ORALE.....	34
Pneumonie de aspiratie complicata cu abces pulmonar .	34
Zaroniu Anca ¹ , Cugerian Alexandra ¹ , Vilceanu Emilia ¹ , Doros Gabriela ^{1,2} , Isac Raluca ^{1,2}	34
Puzzle de diagnostic.....	36

Alexandra-Cristiana Ciobotaru, Dr. Alexandra Bratu, Dr. Radu Gheorghiu, Dr. Ioana Codreanu, Dr. Valentina Daniela Comănici, Dr. Plăiașu Vasilica, Dr. Iustina-Violeta Stan.....36

De la tuse productivă la boală cronică - prezentare de caz38

Ienășesc Daniela-Andreea¹, Ciucă Ioana-Mihaiela^{1,2}, Pop Liviu-Laurențiu^{1,2}, Dediu Mihaela^{1,2}.....38

Un caz particular de chilotorax40

Necșulescu M, Dediu M, Dabîca D, Scăueru O, Ramona C, Băloi M, Ciuca IM.40

Hemoptizia în patologia pediatrică – cazuri clinice42

Trifa Florina-Sabina, Cherecheș-Panța Paraschiva, Gherasim Daiana42

De la astm bronșic la fibroza chistică44

Scăueru Olivia Cristiana¹, Ciucă Ioana Mihaiela^{1,2}, Dediu Mihaela^{1,2}, Necșulescu Melisa¹, Băloi Mihnea¹, Lukic Mirabela¹, Coardoș Ramona¹, Diana Dabîca¹44

Pericolul din umbră46

Dr. Alexandra Bratu, Dr. Valentina Daniela Comănici, Alexandra-Cristiana Ciobotaru, Dr. Radu Gheorghiu, Dr. Iustina-Violeta Stan, Dr. Ioana Codreanu46

Pneumonie necrotizantă cu un germene din grupul HACEK.....48

Dr. Pop Tudor-Constantin¹, Conf. Dr. Marcela Ionescu^{1,2}, Prof. Univ. Dr. Eliza Cintează^{1,2}48

Markerii proteici, o promisiune în diagnosticul timpuriu al afectării hepatice asociată fibrozei chistice.....50

Elena-Simona Moiceanu, Iustina Violeta Stan, Simona Elena Moșescu, Viorela Gabriela Nițescu, Maria Iacobescu, Ximena Maria Mureșan, Cristina-Adela Iuga, Andreea Lescaie, Andrei-Alexandru Muntean, Costin-Ștefan Caracoti, Georgiana Cristiana Suliță, Alexandra Bratu, Corina-Elena Delia, Geanina-Mirela Toma, Dan Lucian Dumitrașcu.....50

Pleurezia tuberculoasă la copil și adolescent, dificultăți de diagnostic și tratament.....	52
Ion Alexandru Voropanov ^{1,2} , Gabriela Nebancea ¹	52
Eficacitatea ultrasunetelor pulmonare în monitorizarea pneumoniei post-SARS-CoV-2 și a biomarkerilor inflamatori la pacienții pediatrici.....	55
Ramona Chelcea ¹ , Mihaela Dediu ² Diana Dabica ¹ , Sorina Maria Denisa Laitin ^{3,*} și Ioana Mihaiela Ciuca ²	55
Aderența la tratament în bolile respiratorii	57
Dediu Mihaela ^{1,2}	57
TROMBOEMBOLISMUL PULMONAR LA SUGAR – CALEA FINALA A UNUI DRUM COMPLICAT	58
Anca Popoiu	58
Ventriculul unic – miracol hemodinamic.....	60
Lacatusu Adrian ^{1,2} Briana Bojin ^{1,3}	60
POSTERE	62
Dificultăți în diagnosticul nodulilor pulmonar la pacientii cu imunodeficiență primară	62
David-Mitel Mătea ¹ , Patricia Urtiță ^{1,2} , ¹ Cristina Toma, ¹ Andreea Ficut, ¹ Andreea Vettrak, Sandarowski Dina ¹ , Mihaela Bătăneant ^{1,2}	62
Polipoza nazala la pacientii cu fibroza chistica	64
Micu Andreea-Cosmina(1,2,3), Ciuca Ioana-Mihaiela(1,2), Dan Iovanescu ³ , Dr. Muresan A(1); Dr. Badea M(1); Prof. Univ. Dr. Iovanescu Gh.(1,2).....	64
Wheezing-ul recurent în patologia pediatrică	67
Dr. Bura Crina ² , Ș.L. Dr. Marcovici Tamara ^{1,2} , Prof. Univ. Dr. Otilia Mărginean ^{1,2}	67
Efectul ETI asupra funcției pulmonare și structurii pulmonare - Un studiu unic pe o perioadă de șase luni....	69
Dabica D., Dediu M., Scaueru O., Coardos R., Lukic M., Pop L., Ciuca IM.....	69

FEBRĂ ȘI HEMOPTIZIE (ÎN INFECȚIA SARS COV-2).....	71
Ramona Chelcea ¹ , Mihaela Dediu ¹ , Ioana Ciucă ^{1,2} , Pop Liviu ²	71
Fetita cu febra, oboseala si scaderea in greutate.....	73
Silosieva Nadejda¹ , Mihnea Baloi ¹ , Ramona Coardos ¹ , Mihaela Dediu ^{1,2} , Ioana Ciuca ^{1,2}	73
Provocări diagnostice în pneumologia pediatrică: De la formațiune tumorală suspectă la tuberculoză confirmată	75
Constantinescu Amalia ¹ , Stoicescu Emil-Robert ^{1,2} , Iacob Roxana ^{1,2} , Cocolea Daiana Marina ^{1,2} , Manolescu Diana ^{1,2}	75
SWYER-JAMES SYNDROME.....	78
Cocolea Daiana Marina ^{1,2} , Stoicescu Roxana ^{1,2} , Stoicescu Emil-Robert ^{1,2} , Constantinescu Amalia ^{1,2} , Trusculescu Adriana ^{1,2} , Manolescu Diana ^{1,2}	78
Ecografia pulmonară în maladiile respiratorii pediatrice	81
Ioana M. Ciuca, Mihaela Dediu.....	81
Tahicardie după pneumonie – case report.....	82
Dediu Mihaela ^{1,2} , Liviu Pop ¹ , Ciucă Ioana-Mihaiela ^{1,2}	82
Febră și dureri abdominale – case report	83
Dediu Mihaela ^{1,2} , Ciucă Ioana-Mihaiela ^{1,2}	83