

CONGRESUL ANUAL AL ASOCIAȚIEI MEDICALE ROMÂNE

Comunicări

Tribute to Professor Constantin N. Arseni (1912-1994)

Alexandru Vlad Ciurea

*“Carol Davila” University School of Medicine,
The National Center for Excellency in Neurosurgery,
“Bagdasar-Arseni” Teaching Hospital Bucharest*



A big-hearted Moldavian man, such as all the greatest surgeons ever born in Romania, the one that would become one of the founding fathers of Romanian neurosurgery, Professor Constantin Arseni, was born in the County of Suceava, in the small settlement of Dolhasca, into a very poor family, at the 3rd of February 1912.

He leaves for Cluj in 1929 where he graduates Medical School 6 years later in 1935 and presents his PhD thesis entitled “Juxtaprotuberantial neurotomy for the treatment of intermittent trigeminal neuralgia”, on the 30th of June 1936.

At only 34, the young doctor Constantin Arseni was appointed Chief of the neurosurgical department at the Central Hospital for Mental, Nervous and Endocrinological diseases, carrying on the legacy of Professor D. Bagdasar.

He was appointed Assistant Professor in 1952 and Professor of Neurosurgery in 1963. In the year 1964 the Clinic led by Professor Arseni had 220 beds. At the time it was the best outfitted neurosurgery department in the country.

A true pillar of Romanian medicine, Professor Arseni completes the titanic task to modernize the department and in the year 1975 the biggest neurosurgery clinic in Europe is opened. The 550 available beds transformed the hospital into the confirmation of neurosurgery’s value among the medical specialties in Romania.

Understanding the true necessity for a interdisciplinary approach of the patients, Professor Arseni reunites under the same roof all the neurosurgical specialties: craniocerebral trauma surgery, spinal trauma surgery, intracranial expansive process surgery, vascular neurosurgery, spinal tumor and degenerative disease surgery, pediatric neurosurgery, functional neurosurgery, neurorecovery and of course neurosurgical intensive care. At the same time the neurosurgical pathology department underwent a full development process. In this way the Bagdasar-Arseni Hospital was born, the most modern and best equipped neurosurgery clinic in Romania.

Not only research had to gain, but methods of investigation and treatment were updated as well. In the developing of the Bucharest Neurosurgery Clinic, a tremendous achievement was the first usage of a Computed Tomography machine in 1982. This event immediately raised the value of diagnostics and follow-up for the neurosurgical pathology. Under the careful and strict lead of Professor Arseni, the scientific and publishing activities got a tremendous impulse. This explains the birth of 54 titles in neurosurgery, neurology, neurorecovery and neurosurgical intensive care.

Professor Arseni was a teacher in the true meaning of the word. Although criticized by some for his didactic extremism, he taught neurosurgery the hard way; most of the Chiefs of the Neurosurgery departments in Romania today are his ex-students.

As a token of gratitude for his contributions for the health of the Romanian people, Constantin

Arseni was appointed member of the Romanian Academy in the year 1980 and President of the Romanian Academy of Medical Sciences in 1982.

He lifted Romanian neurosurgery at high esteem in the world and left behind a legacy hard to match for those who followed him.

There is no doubt that Professor Constantin Arseni's name will always be associated with the constant fight for perfection and with the absolute love a doctor has for his patients and fellow humans well being.

REFERENCES

1. Greenblatt S.H., Dagi T.F., Epstein M.H. – A History of neurosurgery, Thieme Medical Publishing, New York, 1997
2. Ciurea A.V. – Istoria neurochirurgiei române (L'histoire de la neurochirurgie roumaine), Edit. Viața Medicală Românească, București 1995
3. Ciurea A.V. – Tratat de neurochirurgie, vol. 1, Editura Medicală, București, 2010
4. Arseni C. – Prof. Dr. D. Bagdasar – 30 de ani de la moarte. *Neurol. Psihiat. Neurochir.* București, 1964
5. Arseni C. Aldea H. – Momente din istoria neurochirurgiei românești, Ed. Academiei, 1988
6. Arseni C., Ciurea A.V. – The history of Romanian neurosurgery, Ed. Medicală, 1981
7. Bagdasar D., Arseni C. – Traité de Neurochirurgie, Ed. Academiei RSR, București, 1951
8. Bagdasar D., Draganescu St., Arseni C. – Une nouvelle methode de traitement pour les craniostenoses. *Soc. Med. Hop. Buc.* 1941

Adipochinele și citokinele în obezitate, sindrom metabolic și osteoporoză

S.E. Oros¹, O. Ianaș¹, S. Vlădoiu¹, R.I. Roșca^{1,2},
D. Manda¹, M. Giurcăneanu¹, E. Neacșu¹,
G. Voicu¹, C. Dumitrache^{1,2}

¹Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon”

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”

Obiective

Evaluarea adipochinelor și citokinelor în osteoporoză și în obezitate pre- și postdietă hipocalorică; studiul interrelației țesut adipos-osos.

Subiecți și metode

Adipochinele și citokinele au fost evaluate la subiecți cu obezitate, cu/fără sindrom metabolic pre-și postdietă hipocalorică (studiul 1) și în context de osteoporoză care asociază sau nu sindrom metabolic (studiul 2).

În studiul 1, la prima vizită au participat 59 de subiecți, din care 37 cu sindrom metabolic și 22 – control; la vizita 2 au revenit 21 respectiv 11. Studiul 2 a cuprins 83 femei la postmenopauză: 16 cu osteoporoză și sindrom metabolic (lot 1), 16 cu osteoporoză fără sindrom metabolic (lot 2) și 51 cu sindrom metabolic, peste 60 de ani, fără osteoporoză

(lot 3). Profilul hematologic, biochimic al adipochinelor și citokinelor a fost evaluat în probele de sânge recoltate *a jeun*; în studiul 2, suplimentar au fost analizați markerii osoși și osteodensitometria la nivelul coloanei lombare și șoldului stâng.

Rezultate

Studiu 1. Grupul cu sindrom metabolic a prezentat valori medii crescute de leptină ($p = 0,005$), insulină ($p = 0,049$), HOMA ($p = 0,033$) și TNF α ($p = 0,026$). Postdietă, adipochinele au înregistrat scăderi în context de scădere în greutate, cu valori medii ale adiponectinei și rezistinei mai mari; și mai mici pentru leptină, CRP și TNF α în lotul de studiu față de control. Compararea variabilelor perechi vizită 1 – vizită 2 a evidențiat diferențe semnificative pentru adiponectină ($p = 0,012$), rezistină ($p < 0,001$) și CRP ($p < 0,001$) în lotul cu sindrom metabolic.

Studiu 2. Densitate minerală osoasă crescută la nivelul șoldului stâng a fost evidențiată în lotul 3 față de 1 și 2 ($p < 0,001$). Valori medii semnificativ scăzute de vitamina D au fost evidențiate în lotul 1 comparativ cu 3 ($p = 0,045$) și cu valori mai mici la compararea cu lotul 2 ($p = 0,003$). Cele mai mici valori medii de osteocalcină au fost evidențiate în lotul 3 ($p = 0,001$ – comparativ cu 1 și $p < 0,001$ – comparativ cu lotul 2); lotul 2 a prezentat o tendință spre valori mai mari comparativ cu lotul 1. Concentrațiile de crosslaps au fost cele mai mari în lotul 1 comparativ cu lotul 3 ($p = 0,037$). Valorile medii ale adiponectinei au fost semnificativ mai mici în lotul 3 comparativ cu lotul 1 ($p = 0,007$) și comparativ cu lotul 2 ($p = 0,001$), cu o tendință la valori mai mici în lotul 1 comparativ cu lotul 2. Cele mai mari valori medii ale leptinei au fost în lotul 3, cu diferență semnificativă la compararea cu grupul 2 ($p = 0,001$). Concentrații medii crescute de CRP au fost evidențiate în lotul 3 comparativ cu lotul 1 ($p = 0,001$).

Concluzii

Scăderea concentrațiilor adipochinelor și ale CRP-ului par să fie consecința insulinorezistenței și nu cauza acesteia; ele pot fi considerate cofactori în apariția insulinorezistenței. Țesutul adipos pare să aibă un efect protector asupra masei osoase, parțial explicat și exercitat de leptină. Nivelurile scăzute de vitamina D la femeile care aveau și sindrom metabolic sugerează implicarea vitaminei D în fiziopatologia sindromului metabolic și accentuează

importanța unor concentrații optime de vitamina D. Concentrațiile scăzute de osteocalcină și adiponectină la femei cu sindrom metabolic fără osteoporoză susțin rolul lor în insulinosensibilitate, ca markeri.

Rezultate din proiectele de cercetare-PNII-TD 79/2007, PD 97/2010.

Rolul ganglionului (nodulului) limfatic santinelă (NLS) axilar în tratamentul cancerului mamar

G. Macicasan, E. Lieb

*Clinica de Ginecologie și Obstetrică,
Hospital zum heiligen Geist, akademischer
Krankenhaus der Goethe-Universität,
Frankfurt am Main, Germania*

Cancerul mamar este cea mai frecventă îmbolnăvire tumorală malignă a femeii și responsabil pentru 26% din toate îmbolnăvirile noi de cancer la femei (Wasser et al., 2005). Mortalitatea este ridicată, la femeile cu vârsta între 35 și 55 ani cancerul mamar fiind cea mai frecventă cauză de deces (Kreienberg et al., 2002).

Semnificația epidemiologică evidentă a cancerului mamar are ca urmare faptul că deja ameliorări minore la tratament au un efect mare asupra sănătății întregii populații (Geraedts et al., 2003). Incidența mereu ascendentă și urmările legate de aceasta prezintă cancerul mamar atât în domeniul clinic, cât și în cel științific, precum și economic, ca pe o mare provocare.

Prin această lucrare am încercat să analizăm rolul ganglionului (nodulului) limfatic santinelă axilar (NLS) în tratamentul cancerului mamar și să verificăm în ce măsură doar disecția ganglionului limfatic santinelă poate înlocui standardul de aur operativ de până acum al disecției axilare de level I și level II.

La 113 paciente cu cancer mamar diagnosticat în prealabil histologic, prin biopsie high speed, la o axilă clinic negativă și diametrul tumorii < 3 cm au fost oferite ambele proceduri operative.

Datele clinice ale pacientelor noastre incluse în studiu au fost extrase din dosarele bolnavelor și rapoartele patologic-anatomice.

În prezenta lucrare a putut fi arătat că nodulul limfatic santinelă cu o rată fals-negativă de 1,9% (la 113 paciente aplicându-se ambele proceduri de operație) prezintă o fiabilitate ridicată pentru predicția stării nodale în cancerul mamar.

Proгноza pacientelor noastre de studiu este evident mai bună decât progноza tuturor pacientelor

cu carcinom mamar. Rata de supraviețuire de 5 ani a pacientelor santinelă s-a situat în stadiul I la 96,6% în stadiul II la 94,2% (versus 86% în stadiul I și 55% în stadiul II al tuturor pacientelor cu carcinom mamar). La compararea pacientelor santinelă cu colectivul total (adaptat la stadiul tumoral și anul îmbolnăvirii) am putut observa numai o rată de supraviețuire la 5 ani minimal ameliorată. Aceasta s-a situat în colectivul santinelă la 86,96% și în colectivul total la 83,35%. De aici am ajuns la decizia că progноza pacientelor santinelă nu se ameliorează considerabil, dar sigur nici nu se înrăutățește în contrast cu colectivul total.

Rata complicațiilor după o disecție axilară a NLS a fost în studiul nostru redusă în contrast cu disecția axilară convențională. Aceasta a fost după o NLS de 4,9% și după o disecție axilară convențională de 15%. În grupul nostru de studiu n-au apărut până acum limfedeme. De aceea ajungem la decizia, că morbiditatea postoperativă după o disecție axilară doar a nodulului santinelă este evident micșorată.

Considerăm disecția nodulului limfatic santinelă axilar în tratamentul cancerului mamar ca pe o metodă sigură, fiabilă și săracă în complicații. În condițiile unei selecții adecvate a pacientelor, precum și a unei efectuări standardizate și cu calitatea operatorie asigurată, această tehnică operatorie reprezintă metoda potrivită pentru staging-ul axilar în cancerul mamar.

Rezultatele de lungă durată ale mai multor studii vor decide, în ce măsură disecția axilară standard poate fi înlocuită prin disecția nodulului santinelă axilar și dacă supraviețuirea totală a pacientelor santinelă se ameliorează, se înrăutățește sau rămâne aceeași.

Actualități privind rolul chirurgiei în managementul cancerului mamar de tip infiltrativ

**S. Voinea¹, A. Șandru¹, C. Bordea¹, M. Moga²,
R. Nicolaescu¹, M. Mănilă³, S. Prodănoiu³,
M. Băluța⁴, A. Blidaru¹**

¹*Institutul Oncologic „Prof. Dr. Al. Trestioreanu”,
București*

²*Universitatea Transilvania, Brașov*

³*IOMC „Alfred Rusescu”, Spitalul Clinic Polizu*

⁴*Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie
„Prof. Dr. Panait Sârbu”, București*

Cancerul mamar de tip infiltrativ reprezintă forma clinică cea mai gravă de cancer mamar, cu fenomene inflamatorii și mărire de volum globală a

sânului afectat de obicei cu invazie limfatică ganglionară regională și adesea însoțită de prezența metastazelor la distanță, la momentul stabilirii diagnosticului de certitudine.

În fața acestui tablou dezarmant, tratamentul inițial constă în chimioterapie +/- hormonoterapie. În cazul unui răspuns pozitiv (dispariția fenomenelor inflamatorii, micșorarea dimensiunilor sânului afectat și a adenoaptilor), se poate efectua radio-terapie (mai ales în cazul prezenței metastazelor la distanță) pentru un control local bun. Dacă nu există metastaze la distanță se poate practica intervenția chirurgicală cu scop paleativ. În cazul în care sânul este ulcerat, suprainfectat sau apar sângerări, se poate efectua mastectomie de toaletă chiar în cazul existenței metastazelor la distanță.

Studiul prezentat este retrospectiv și cuprinde un lot de 142 de paciente cu mastită carcinomatoasă, tratate în IOB în perioada 1995-2000, putând fi evaluate dintr-un total de 187 de cazuri. În funcție de statusul menstrual, 43 de paciente erau menstruate (30,28%), iar restul de 99 erau în postmenopauză. În 42 de cazuri (29,58%), la momentul diagnosticului de certitudine existau deja metastaze la distanță (limfatică, osoasă, pulmonară, hepatică, cerebrală).

La toate pacientele, prima secvență terapeutică a fost chimioterapia, asociată sau nu hormonoterapiei (castrare și Tamoxifen, sau Tamoxifen în funcție de statusul menstrual). Radioterapia locoregională sau a metastazelor la distanță (osoasă, cerebrală) s-a efectuat la 76 dintre paciente (53,52%). Intervenția chirurgicală s-a practicat în doar 52 de cazuri (36,62%) și este vorba de mastectomie tehnica Madden, Patey sau mastectomie cu limfadenectomie axială inferioară.

Evoluția lotului a fost nefavorabilă, cu o supraviețuire la 5 ani de doar 40 de cazuri (28,16%), iar la 10 ani de 7 cazuri (4,92%); cazurile care au răspuns la tratament sistemic și la care s-a practicat intervenția chirurgicală au avut o supraviețuire net superioară celorlalte cazuri.

Credem că, în cazul mastitei carcinomatoase, chirurgia are un rol benefic și asigură un control local mai bun pentru cazurile care au răspuns tratamentului sistemic, iar evoluția acestora este mai bună comparativ cu cazurile nerresponsive.

Prevention of occupational skin diseases on an international level

Swen Malte John

*Dept. of Dermatology,
Environmental Medicine and Health Theory;
Osnabrueck University, Germany*

Introduction

Occupational skin diseases (OSD) are the leading cause of work related health problems in Europe, representing up to 30% of all occupational diseases. In the EU, it is estimated that OSD cause annual financial losses exceeding 5 billion Euro due to medical treatment, sick leave and loss of productivity, particularly among small and medium sized enterprises, where know how to and supply of protective equipment frequently is insufficient. For affected individuals, the chronic course of OSD may result in job loss and unemployment. The European Agency for Safety and Health at Work defined lacking efficient prevention of OSD a top priority problem (EU-25 risk observatory report 2008).

Methods/Results/Activities

Scientific data demonstrate the effectiveness of OSD-prevention in some countries; recently, we could show that even in severe recalcitrant OSD under an interdisciplinary 3-weeks-inpatient prevention scheme >80 of patients were still working after 1 year and sick leave was reduced by >70 % (total cohort: N=1788). This is one example showing that dermatologists by their specific knowledge and competence can save OSD-patients' health and jobs, and thus avoid individual suffering as well as reduce costs for industry and tax-payers. However, as yet, insurance systems in some countries do not enable early dermatological intervention and effective prevention. Furthermore, a common coordinated approach to patient management as well as standardisation of protective equipment and workers' education is lacking in Europe, intervention and field studies are needed for improved evidence base. Thus, in 2010, the EADV "healthy skin @ work" campaign started in order to raise awareness, improve options for dermatological care for affected individuals and coordinate the necessary further research. Recent EADV campaign activities in the WHO and in the EU Parliament elucidated the epidemiological importance of OSD, the disease burden, the need for more accurate coding of OSD in the forthcoming ICD 11 and the necessity to act. Various national campaigns under the umbrella of

the EADV are presently being initiated, eg. Croatia, Czech Republic, Bulgaria, Denmark, Germany, Romania and are making clear to the public and politicians that the dermatologist is the responsible specialist for the complete spectrum of health risks to the skin at workplaces ranging from irritant and allergic contact dermatitis, to occupational skin cancer, e.g. by work-related UV-exposure.

Conclusions

The EADV campaign “healthy skin @work” started a co-ordinated scientific effort for the benefit of our patients and society as a whole in 2010 and is gaining momentum. Participation of more countries is expected; the growing knowledge achieved in the field of OSD-prevention, including workers’ education, should be made available to every citizen and disseminated to all hazardous work places throughout Europe.

Occupational photodermatoses

Claudia Handra², Letitia Bucur¹, Eugenia Naghi², Agripina Rascu², George Sorin Tiplica³, Carmen Salavastru³

¹S.C. Belsana Group Llc, Occupational Health Service, Bucharest

²U.M.Ph. “Carol Davila”, Discipline Of Occupational Medicine and, Colentina Clinical Hospital, Clinic of Occupational Medicine, Bucharest

³U.M.Ph. “Carol Davila”, Discipline of Dermatovenerology and Colentina Clinical Hospital, Clinic of Dermatovenerology, Bucharest

Introduction

We share our experience on 22 cases of occupational photodermatoses, including a summary of this topic.

Material and method

From a total of 271 cases of occupational dermatoses diagnosed at the Colentina Clinical Hospital, Bucharest, clinics of Occupational Medicine and Dermatovenerology, we identified 9 (3.32%) occupational photoallergies and 13 (4.8%) occupational fitophotodermatoses.

We describe the parallel etiopathogenetic and clinical characters of allergic and toxic occupational photodermatoses as well as our personal experience in this field.

Results

We present the main etiological agents of occupational photoallergic reactions: some biocides,

photoprotectors, drugs, perfumes, plants, epoxy resins, antioxidants, explosives, industrial oils, sweetenings and mineral tars.

Occupational photoallergies can take different clinical aspects:

- eczema-like rash;
- photoallergic urticaria;
- prurigo;
- lupus-like rash;
- polymorphic lesions.

We briefly describe each clinical aspect.

The main characters of photoallergies are:

- lesions appear only on the skin exposed to solar radiation (mainly UV), simultaneously or prior to exposure to a hapten transformed into antigen through the UV photochemical influence;
- as in any allergy, photoallergic dermatitis occurs in people not only exposed, but also prone to it;
- injuries occur after repeated exposure, as in allergic contact dermatitis;
- lesions are often strictly localized on the skin significantly exposed to sunlight;
- lesions rarely also occur on covert parts of the skin, especially in untreated cases;
- in most cases the lesions are eczematous erythema, blistering, pruritic, scaly, squamous;
- eruption is preceded by 24 hours of locally persistent itching;
- most cases occur in the first years of exposure, but allergy may occur even after 30 years of occupational exposure;
- disease is usually more common in men (65% of cases), compared to women (about 35%).

Our study included 9 occupational photoallergic reactions:

- 4 cases of solar eczema: to photoprotectors – in a sailor, hexachlorophene – in a hospital nurse, epoxy resin and ethylenediamine – in an auto mechanic and a builder;
- 2 contact photourticarias: to a disinfectant – in a maide, to meladinine – in a nurse.

Fitophotodermatoses are phototoxic reactions caused by UVB radiation (290-790 nm).

Their main occupational causative agents are certain categories of plants, drugs, mineral tars, dyes and perfumes listed in the paper.

Phototoxicity has its own characteristics:

- anybody may suffer it after a single exposure (as in orthoergic dermatitis);
- the reaction occurs only at certain concentrations, specific for each phototoxic substance;
- it requires exposure to medium to strong sunlight;

- eruption has a brutal and explosive appearance from the start;
- lesions are strictly limited to areas exposed to reactants and sunlight.

We registred a “miniepidemic” of 13 fitophotodermatoses among some parsnip pickers in August, September and October – the season for maturation of the plant.

The main diagnostic tool – the photopatch-test, raises a number of practical problems of implementation and interpretation, that may give rise to both false-positive and false-negative results.

Conclusions

Little studied and rarely diagnosed, occupational photodermatoses are particularly interesting, as they often raise difficult problems of etiopathogenesis and differential diagnosis.

Genomic and proteomic methods applied in nanoparticles studies

Dr. Marina Otelea

U.M.Ph. “Carol Davila”, Bucharest

Nanoparticles represent an important and progressively extended field of research. Their increasing usage in many different domains, as well as their environmental presence raised concerns for the scientific community. During the last decade, new methodologies (like the genomic and proteomic ones) are used to clarify the impact of the nanoparticles on humans' health.

The study is an extensive review of the genomic and proteomics methods used in the research of the nanoparticles. It contributes to the better understanding of different perspectives in a domain where integration of data is crucial. It makes the link between fundamental research and the environmental and public health implications. The study is focusing on describing the new methodologies in this area, and presenting them in correlation with the results and their possible future usage.

„Boala profesională” – un motor pentru politicile de sănătate ocupațională

Liliana Râpaș

Direcția de Sănătate Publică, București

În timpul ultimilor 20 ani, necesitatea de a combate și de a ameliora accidentele de muncă și îmbolnăvirile profesionale a forțat partenerii sociali

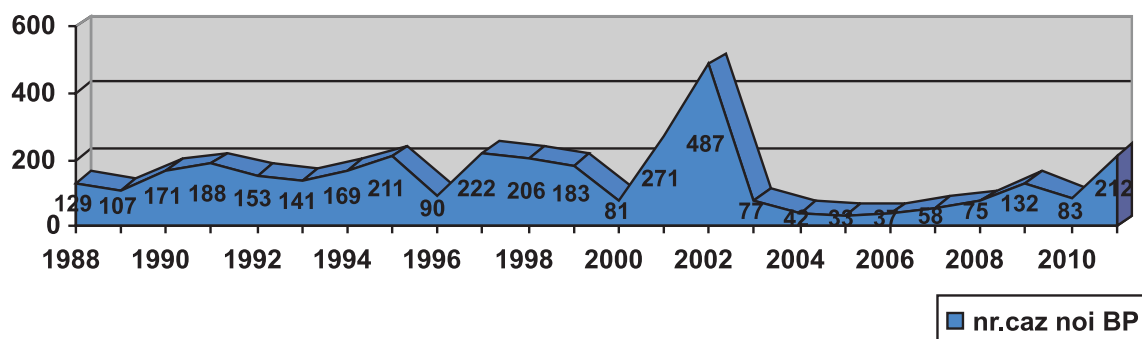
(angajatori, lucrători, guvern) să stabilească o infrastructură a sistemului pentru a asigura sănătatea lucrătorilor, dezvoltând și diversificând cadrul preponderent medical al medicinei muncii spre sănătate și securitate în muncă, sănătate ocupațională, adăugând astfel atât dimensiunea socială unei științe medicale, cât și principiul concurenței pentru furnizorii de servicii medicale de medicina muncii.

Deși sănătatea lucrătorilor este rezultatul final al interdependenței tuturor determinantilor profesionali și non-profesionali, totuși, adesea, Medicina Muncii este percepută ca limitându-se numai la prevenirea bolilor profesionale și accidentelor de muncă și/sau furnizarea tratamentului curativ membrilor bolnavi ai populației active.

Utilizarea evenimentului „boala profesională” depinde de cunoașterea, abilitatea, dedicarea medicului de medicina muncii implicat în diferite segmente de activitate, la nivel de organizație în întreprindere, pentru grupuri de întreprinderi per CAEN, la nivelul autorității de sănătate local, regional, național, în sector public sau privat, asigurări dedicate, strategii de sănătate și securitate în muncă, programe de promovare sănătate publică/ocupațională, clinici de medicina muncii și cercetare clinică și/sau aplicativă.

Evenimentul boală profesională poate fi:

- depistat în derularea programului de supraveghere a sănătății lucrătorilor corelat riscurilor profesionale;
- diagnosticat și tratat, cercetat și declarat, înregistrat și raportat de către medicul de medicina muncii;
- un subiect de informare pentru lucrători (conform legii 319/2006 a securității și sănătății în muncă);
- compensat în cadrul sistemului de asigurări (corelat capacității de muncă conform legii 346/2002);
- scopul unor programe de profilaxie individuală (ex. vaccinări);
- determinant al programelor de achiziție de noi tehnologii și substanțe;
- un factor modificator al raportului gravitate/probabilitate în evaluarea riscului;
- criteriu în evaluarea condițiilor de muncă, deosebite și speciale;
- indicator în sistemul EUROSTAT;
- scopul unor programe de promovare a sănătății la locul de muncă;
- scopul unor programe de prevenție la nivel de național (CNPAS) sau companie (comitetul de sănătate și securitate în muncă);
- determinantul litigiilor de muncă;



- element în dialog social bipartit sau/și tripartit;
- un handicap sau generator de invaliditate pentru lucrători;
- un eșec al programului de profilaxie medicală și prevenție tehnico-organizatorică;
- un „far“ în aprecierea aptitudinii medicale la locul de muncă;
- modelator în designul ergonomic al unor sisteme de muncă;
- criteriu pentru acordarea facilităților spre menținerea sănătății lucrătorilor;
- un factor care contribuie la cercetarea științifică (ex. cancerul profesional);
- corector pentru programele de neconformități;
- criteriu pentru analiza economică cost-beneficiu;
- determinant al biomonitorizării și investigațiilor clinice și paraclinice;
- declanșant al acțiunilor de inspecție de muncă;
- un pericol pentru terțe părți;
- „balanță“ în orientarea intervențiilor de mediu, sănătate și securitate în muncă;
- un drept al pacientului;
- culpa a angajatorului;
- un subiect de negociere în contractul colectiv/individual de muncă;
- „monedă“ în medicina comercială.

Frecvența absolută a cazurilor noi de îmbolnăviri profesionale, așa cum se prezintă în arhivă și rapoartele de activitate în D.S.P.B., ilustrată în figura de mai sus, relevă faptul că acest eveniment este influențat atât de activitatea medicală, cât și de factori sociali și economici, specifici segmentelor ocupaționale ce caracterizează piața muncii la un moment dat.

Sănătatea ocupațională, pentru a se înscrie cu indicatori de performanță, un exemplu fiind diminuarea incidenței și prevalenței bolilor profesionale, necesită o atentă evaluare a abordărilor medicale și multidisciplinare utilizate pentru a permite cre-

area platformelor/registrelor integrate, credibile, cu standarde respectate.

Sănătatea ocupațională este o strategie importantă nu numai pentru asigurarea sănătății lucrătorilor, influențând pozitiv, de asemenea, economia națională prin îmbunătățirea productivității, calității produselor, motivației profesionale, satisfacției în muncă, contribuind la dezvoltarea calității vieții populației active, în special, și a societății în general.

The medical heritage of a Maltese dermatologist

Joseph Pace

The Maltese Association of Dermatology and Venereology

“It never fails to astound me how a population so small can consistently produce doctors of quality so high.”

This statement by Sir John Richmond, President of the Royal College of Physicians of Edinburgh at the end of the First Maltese Medical School Conference in 1989 speaks for itself in exalting the Maltese doctors, products of a Medical School that is over 300 years old on a tiny island with the size and population (400,000) of a small town in Europe!

In this presentation, the author traces the roots of medicine in Malta from the distant past clouded in prehistory to the present. Malta's destiny is directly related to its envious geographical position in the middle of the Mediterranean that straddles the sea routes of the *Mare Nostrum*. Many masters ruled over our land and the successive rule of Phoenicians, Greeks, Romans, Arabs, and the Kingdom of the two Sicilies, the Knights of St. John, the French and the British have all contributed to our unique Mediterranean psyche that has somehow managed to absorb much that was good from the

succession of rulers, not least in the medical field. Malta has had its own Medical School since 1689 and its graduates have travelled far and wide both to learn and to contribute of their expertise. Many, among others Barth who was Ophthalmologist to the Emperor of the Austro-Hungarian Empire, and my contemporary Anthony Busuttill who became Professor of Pathology in Edinburgh and was in overall charge of pathological examinations at the Lockerbie disaster, have been high flyers and reached excellence in a number of different medical fields at home or abroad. Today Malta makes its own destiny as a full member of the European Union and boasts a superb teaching hospital that aims to become the regional centre for higher medical training for both doctors and nurses, living up to the title of *Nurse of the Mediterranean* that it was given during World War I.

**Presentation originally made in part to the Ambassadors Rotary Club at Washington, DC and to the History of Dermatology Society at the AAD.*

Boala Hailey-Hailey

Andi Cristian Rizoiu, Mihaela Moisa, Adina Șerban, Veronica Martin, Ana Iliescu, George Sorin Țiplica

Spitalul Clinic Colentina, Secția Clinica Dermatologie II

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 65 ani, cu un istoric de 20 de ani de plăci eritematoase cu vezicule pe suprafața în zonele intertriginose, tratate de mai mulți ani pentru intertrigo. Pacienta provine din părinți care nu au avut afecțiuni ale pielii, primele leziuni cutanate apărând la vârsta de 45 de ani. Din istoric a reieșit că au existat și alți membri ai familiei cu leziuni similare, simetrice.

La examenul clinic, în zonele intertriginose, au fost observate plăci și placarde eritematoase, cu fisuri și eroziuni, vezicule și cruste. Examenul histopatologic a relevat acantoliza cu diskeratoză și inflamație, iar rezultatul imunofluorescenței directe a fost negativ.

Boala Hailey-Hailey a fost diagnosticată pe baza caracteristicilor clinice, biopsiei cutanate și examenului histopatologic. Pacienta a fost tratată cu steroizi topici de potență medie și o doză mică de corticosteroizi cu ameliorare semnificativă.

Boala Hailey-Hailey este o genodermatoză autozomal dominantă, fiind rezultatul unor mutații ale genei ATP2C1.

Simptomele bolii pot afecta calitatea vieții, prin urmare recurențele bolii necesită mai multe abordări terapeutice.

Limfogramulomatoza veneriană – prezentarea unui caz

Constantin Stoian, Alina Neagu, Adrian Manole, Magda Constantin, T. Constantin, George Sorin Țiplica

Spitalul Clinic Colentina, Dermatologie II, București

Limfogramulomatoza veneriană este o infecție transmisibilă sexual, rară în țara noastră, dar cu frecvență din ce în ce mai ridicată în unele țări din Europa.

Această infecție se manifestă prin limfadenopatii inghinale dureroase ce pot fi însoțite de leziuni la nivelul organelor genitale.

Lucrarea de față prezintă cazul unui pacient care s-a adresat serviciului nostru pentru ulceratii peniene, edem penian masiv și limfadenopatii inghinale dureroase bilaterale, apărute în urma unui contact sexual neprotejat cu o parteneră întâmplătoare.

Limfogramulomatoza veneriană se poate complica cu apariția de fistule între ganglionii limfatici și organele genitale sau rect, de aceea se recomandă inițierea cât mai precoce a tratamentului antibiotic cu Doxiciclină.

Patch testarea, o metodă completă și eficientă utilă pentru testarea cutanată a pacienților cu dermatită de contact alergică

Maria Magdalena Constantin

*UMF „Carol Davila”, Facultatea de Medicină București
Spitalul Clinic Colentina, Dermatologie II*

Josef Jadassohn descrie încă din 1895 afecțiunea cunoscută ca dermatită de contact și lansează tehnica patch-testării definind ceea ce se cunoaște astăzi drept un proces inflamator apărut la nivel tegumentar la locul unde se realizează contactul direct cu o substanță considerată nocivă pentru acest organ.

Testarea epicutană folosind patch testul este deosebit de utilă, acesta fiind un instrument direct recomandat pentru a depista hipersensibilitatea (tip IV) mediata celular și de a identifica, cauza dermatitei de contact alergice.

Executat în condiții optime și interpretat corepunzător, acest biotest foarte complet reprezintă o metodă științifică de investigație cu reguli bine

definite, o dovadă a stării de sensibilizare alergică a unui pacient.

Medicii dermatologi familiarizați cu utilizarea patch testelor în activitatea lor, confirmă faptul că descoperirea unui alergen responsabil pentru producerea unei dermatite este importantă pentru prevenirea recurențelor eczemei respective.

Managementul perioperator al pacientului cu diabet zaharat tip 2 candidat la chirurgia metabolică

B. Smeu¹, M. Ursache¹, S. Filip¹, D. Godoroja¹, S. Carniciu², C. Ionescu-Tîrgoviște², C. Copăescu¹

¹Delta Hospital, București

²Institutul de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice „Prof. Dr. N.C. Paulescu”

Scopul lucrării este de a prezenta un studiu retrospectiv asupra eficacității operațiilor metabolice (gastric sleeve și gastric bypass) în tratamentul diabetului zaharat tip 2 și de a stabili un protocol de management perioperator al acestor bolnavi.

Studiul cuprinde 437 pacienți operați cu gastric sleeve și gastric bypass între august 2010 și iulie 2011, dintre care 117 diagnosticați cu diabet zaharat tip 2.

Sunt subliniate toate demersurile preoperatorii necesare pentru diagnosticarea tarelor asociate, pentru compensarea acestora în vederea creșterii siguranței actului chirurgical și îngrijirile postoperatorii complexe frecvent asociate acestor pacienți.

Rezultatele postoperatorii au fost foarte bune.

HbA1c a scăzut în medie de la 8,4 preoperator la 5,9% la 6 luni postoperator.

Din 14 pacienți insulinonecesitanți la 6 luni, 13 nu mai necesitau administrarea de insulină.

Din 103 pacienți în tratament cu ADO, doar 21 mai necesitau la 6 luni postoperator acest tratament, în doze mult diminuate.

Se remarcă scăderea necesității tratamentului antidiabetic încă din prima lună postoperatorie, cu mult înaintea definitivării scăderii ponderale, ridicându-se astfel problema stabilirii corecte a mecanismelor care reglează de fapt secreția și utilizarea periferică a insulinei.

Factori predispozanți și condiții determinante în dermatita de contact alergică

Maria Magdalena Constantin

UMF „Carol Davila”, Facultatea de Medicină, București
Spitalul Clinic Colentina, Dermatologie II

Dermatita (eczema) de contact alergică se definește prin prezența la nivel tegumentar a unei condiții de tip inflamator, stare indusă de expunerea la un anumit agent nociv din mediu. Josef Jadassohn descria la finele secolului 19 dermatita de contact ca rezultat al expunerii la mercur, această afecțiune căpătând ulterior o mare amploare și fiind divizată în două categorii principale: iritativă și alergică.

Dermatita de contact iritativă, forma cea mai des întâlnită, se datorează în principal unei reacții inflamatorii non-imunologice apărute la variații agenți fizici sau chimici, în timp ce dermatita de contact alergică presupune un răspuns imun celular antigen specific care necesită o recunoaștere prealabilă a antigenului declanșator.

Dermatita de contact alergică este determinată așadar de contactul dintre o anumită substanță denumită alergen și tegumentul unui individ, tegument care a suferit o modificare specifică în ceea ce privește reactivitatea. Reacția de hipersensibilitate de tip IV constituie baza fiziopatologică a acestei afecțiuni.

Pielea reprezintă o barieră care este supusă acțiunii a numeroși și variați potențiali factori patogeni, iar condițiile predispozante sunt în continuă creștere. Studiile epidemiologice efectuate raportează o incidență a dermatitei de contact pe grupurile populaționale selectate, determinată în funcție de sex, vârstă, mediu, ocupație, arie geografică, obiceiuri etc.

Factorii predispozanți ai dermatitei de contact alergice sunt foarte numeroși și în continuă extindere și diversificare. Dacă ne referim de pildă la *factorii individuali*, putem aprecia că sensibilizarea presupune un anumit grad de susceptibilitate individuală, capacitatea de a fi sensibilizat fiind variabilă, diferită de la o persoană la alta. *Mediul* poate influența în mod evident dermatita de contact alergică prin expunerea la un potențial alergen, iar *factorii climatici* pot crește posibilitatea unei persoane de a dezvolta dermatită de contact alergică (radiațiile ultraviolete, căldură și umiditate).

Sexul poate avea o anumită importanță, femeile dezvoltând un răspuns imun mediat celular mai puternic decât bărbații (1), deși acestea nu par să fie mai susceptibile la sensibilizare decât aceștia (2).

Motivul pentru care femeile au fost preponderente în studiile care au folosit patch-testarea poate fi explicat prin expunerea mai largă la anumiți alergeni – diverse metale, parfumuri, produse cosmetice, coloranți și produse pentru întreținerea părului. Deși vârsta are o mică influență asupra capacității de sensibilizare (3), totuși reprezintă un factor important când discutăm despre studii care implică patch-testare. Ambele dermatite de contact, iritativă și alergică pot apărea în timpul copilăriei, copiii sensibilizându-se la fel de ușor precum adulții, deși tegumentul lor este mai puțin reactiv pentru alergeni de contact potenți comparativ cu adulții.

Există cercetări care dovedesc rolul *hormonilor sexuali* în modularea reactivității din dermatita de contact (4), perioada de gestație și hormonii administrați având posibilitatea de a ameliora sau agrava dermatita de contact. *Factorii medicamentoși* pot exercita o influență asupra reactivității tegumentare (5), unii într-o mai mică măsură, cum este cazul antihistaminicelor și cromoglicatului de sodiu, altele, precum prednisolonul sau dermatocorticoizii potenți, într-o măsură mai mare. De asemenea, fototerapia cu UVB și PUVA pot conduce la reducerea temporară a intensității reacțiilor alergiei de contact.

Până în prezent nu există o concluzie clară și unanimă în privința riscului sensibilizării de contact la pacienții cu dermatită atopică, deși există studii care arată o creștere a prevalenței dermatitei de contact în rândul pacienților atopici (6).

Diferențe rasiale se pare că există în ceea ce privește predispoziția față de dermatita de contact alergică, experimentele demonstrând o rezistență mai mare a populației afroamericane față de cea caucaziană. Numeroase studii de prevalență au urmărit identificarea datelor de incidență și prevalență a dermatitei de contact în populația generală. Diferențele existente în ceea ce privește mediul de expunere influențează natura sensibilizării.

Alergenii apar și dispar continuu, prevalența sensibilizării la o anumită substanță depinzând de multe variabile cum ar fi selecția populației pe care dorim să o testăm, nivelurile de expunere, moda, mediul, uzajul, introducerea unor noi materiale sau dispariția altora.

BIBLIOGRAFIE

1. Modjatehedi B.S. Modjatehedi S.P. Maibach H.I. The sex of the individual as a factor in allergic contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 2004; 50:53-9
2. Leyden J.J. Klingman A.M. Allergic contact dermatitis sex differences. *Contact Dermatitis* 1977; 3:333-6

3. Kwangstith C. Maibach H.I. Effects of age and sex on the induction and elicitation of allergic contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 1995; 33:289-98
4. Fabris N. Hormones and ageing. In: Makinodan T. Yunnis E.J. *Immunology and Ageing*. New York: Plenum Press, 1977
5. Schopf E. Drug influences upon skin test reactivity. In: Ring J. Burg G. *Edn New Trends in Allergy*. Berlin: Springer 1981:108-14
6. Cronin E. Bandmann H.-J. Calnan C.D. Contact dermatitis in atopic. *Acta Derm Venerol* 1970; 50:183-7

Recuperarea funcțională a mersului cu proteză bionică de genunchi C-Leg, după amputația transfemurală

Gheorghe Panait, Radu Mihnea, Dorel Bratu

*Societatea ortopedică de protezare și ortezare –
ISPO România*

Amputația este una dintre cauzele majore de infirmitate permanentă și este frecvent asociată cu anxietate, izolare și stări depresive. Pentru acest motiv, este o operație care trebuie efectuată de un colectiv cu experiență, la curent cu tehnica protezării și recuperării. Ultimele progrese în domeniul recuperării funcționale a acestor pacienți sunt tehnicile de amputație cu oseointegrare și protezele bionice.

Tehnica oseointegrării reprezintă ideea atașării unei proteze direct la osul rezidual al membrului amputat, prin intermediul unui implant de titanium. Astfel, proteza este controlată complet, conexiunea este absolută, complicațiile la nivelul bontului fiind evitate. În plus, proteza poate fi atașată și la bonturi foarte scurte.

Amputația transfemurală privează pacientul nu numai de segmentul de membru care conține și controlează genunchiul și piciorul, dar slăbește, de asemenea, musculatura care controlează șoldul.

Datorită acestui fapt, genunchiul protetic pentru amputațiile transfemorale a avut o evoluție în timp, pe baza performanțelor biomecanice și grupată în cinci clase funcționale:

1. genunchiul uniax
2. genunchiul cu mecanism de autofrânare (stance control)
3. genunchiul policentric
4. genunchiul cu mecanism de blocare (cu resort)
5. genunchiul cu dispozitiv hidraulic
6. genunchiul cu dispozitiv hidraulic cu control prin microprocesor C-Leg (Otto-Bock)

Progresele bionice în protezare includ microprocesoarele, sistemele de inginerie mecanică și îmbinarea acestora cu principiile biologiei și ale fiziologiei umane.

Beneficiul microprocesorului în controlul genunchiului protezei include creșterea stabilității

genunchiului, un consum mic de energie din partea pacientului și, în final, un mers normal. Prin senzorii de presiune și contact, microprocesorul recunoaște în timp real poziția protezei în ciclul de locomoție și se adaptează acesteia. Faza de propulsie este comandată dinamic în funcție de unghiul de flexie, de lungimea și de frecvența pasului, de trecerea de la mersul normal la pas alert și alergare.

Articulația se blochează și se stabilizează în faza în care greutatea cade pe calcaneu și pe piciorul flexibil și se deblochează la sfârșitul pasului. Trecerea la faza de pendulare se face aproape fără efort, mișcarea devine mai ușoară și mai naturală, incluzând coborârea unei rampe, a unei scări, mersul pe teren accidentat.

Astfel, studiile au demonstrat că acest genunchi „inteligent” aduce o mai mare eficiență mecanică mersului în domeniul cel mai important, al vitezei și al reducerii consumului de energetic.

În prezent, o persoană cu amputația membrului inferior poate să meargă pe suprafețe denivelate, necunoscute, fără riscul de a se împiedica sau de a cădea.

Relația materie-spirit din perspectiva neuroștiințelor cognitive

Mihai C. Teodorescu

Societatea Română de Dermatologie, București

Neuroștiința cognitivă este o disciplină medicală de sinteză interdisciplinară care s-a dezvoltat în a doua jumătate a secolului XX în cadrul orientării cognitive la care colaborează șase discipline:

1. neuroștiințele (neurobiologia, neurofiziologia, neurologia comportamentului, psihoneurologia, psihoneuroimunologia și psihoneuroendocrinologia)
2. psihologia
3. antropologia
4. lingvistica
5. filosofia științelor
6. informatica

În cadrul mai larg al științelor cognitive se distinge o dublă ontologie: *pluralismul cognitivist* – prin care el își păstrează obiectul tradițional de studiu, metodologia și tehnica cercetării – și o *unitate cognitivistă* care constă în interacțiunea reciprocă și cooperarea lor în rezolvarea unor probleme practice-sociale: accidente aviatice, navale, rutiere, declanșarea unor conflicte armate ș.a.m.d.

În istoria filosofiei, relația materie-spirit a fost tratată de gândirea europeană într-o materie predo-

minant dualistă (cu excepția lui Platon, a neoplatonienilor și a lui Leibniz, Hegel etc.): materia este o formă de organizare inferioară a unui spirit suprem pe care asiaticii îl ierarhizează pe patru trepte:

1. divinitatea
2. lumea globilor luminoși (mesianică)
3. lumea pământeană
4. lumea subpământeană

Filosofia științelor a demonstrat la mijlocul secolului XX că atomul, considerat de tradiția europeană ca o cărămidă indestructibilă a materiei, pasivă, inertă și veșnică, are în realitate o esență spirituală de natură informațională (R. Oppenheimer, Niels Bohr, Werner Heisenberg) și că informația nu este o creație subiectivă a omului (Kant), ci o coordonată ontologică a universului, alături de substanța material-energetică (energia este egală cu masa înmulțită cu pătratul vitezei luminii – Einstein).

Prin urmare, relația minte-creier încetează de a mai fi o relație dintre conștiință (spirit) și o materie inertă (creierul), ci o relație ontologică între forme de organizare ale spiritualității: neuronii sunt ființe inteligente care cooperează între ei prin limbajul proteinelor, care, la rândul lor, sunt codificate genetic de către 35.000 de gene ale nucleului celular.

Side effects of statins and selenoprotein synthesis in obese subjects

Maria Mohora¹, Mihaela Stancu², Bogdana Virgolic¹, Daniela Lixandru¹, Elena Daniela Casariu², Maria Greabu¹

¹Department of Biochemistry, “Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

²PhD Student, “Carol Davila”

University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Hyperlipidaemia and hyperglycaemia are frequently reported in obese subjects and are highly associated with the development of cardiovascular disorders, the primary cause of death in obesity. Statins are among the most studied drugs available today, for the prevention and treatment of hypercholesterolaemia and coronary heart disease. All statins, regardless of brand, are reductase inhibitors which lower the level of cholesterol in the blood. Many of the beneficial pleiotropic effects of statins occur as a result of modulated endothelial function and reduced inflammation. Like all medication, statins have potential side effects that are usually, easy to recognise, reversible and very rarely dangerous.

Statins can interfere with protein modification at multiple levels. They can affect protein prenylation, an important post-translational modification of membrane bound proteins. They can also adversely affect selenoprotein synthesis, or can interfere with the biosynthesis of CoQ10 and dolichols, which are involved in the process of protein glycosylation. Attempting to understand effects of statins is an exciting field of research that will also improve our understanding of vascular biology in health and disease, and thus enable the better use of this drug class in clinical practice.

Chirurgia plastică și obezitatea

Ioan Lascăr, Răzvan Teodoreanu

Clinica de Chirurgie Plastică și Microchirurgie Reconstructivă, Spitalul Clinic de Urgență, București

Rolul chirurgiei plastice în tratamentul obezității

Chirurgia plastică se constituie într-o componentă importantă a echipei formate din nutriționist, endocrinolog și chirurgul bariatric, echipă ce are ca scop lupta împotriva obezității.

Obezitatea este o boală globală de proporții epidemice. Chirurgia bariatrică sau schimbarea stilului de viață au o mare importanță în a reduce creșterea ponderală.

Pacienții care urmează asemenea intervenții pierd de obicei în greutate în mod dramatic. Acest fapt duce la modificări tisulare în variate zone ale corpului.

Ptoza tegumentară rezultată duce la morbiditate crescută și traumă psihologică. De aici apare necesitatea procedurilor de modelare corporală, care de cele mai multe ori sunt excizionale.

Aceste proceduri sunt complexe și parte a unui proces care necesită multe eforturi, un pacient hotărât și un chirurg plastician tenace. Cum posibilitatea apariției de complicații este relativ crescută, atât pacientul, cât și chirurgul plastician trebuie să fie bine informați și să fie gata să le rezolve.

Plasticianul nu poate interveni per primam în procesul de reducere a greutății corporale la pacientul obez.

Plasticianul poate ajuta pacientul normoponderal care are depozite adipoase localizate, acestea având cauze genetice și conformaționale, chirurgia plastică fiind de mare ajutor în modelarea corporală. Aici apare posibilitatea efectuării de liposculpturi și abdominoplastii de mici dimensiuni, cu rezultate excelente.

În cazul pacientului obez, plasticianul intervine în a doua etapă a procesului de redobândire a greutății corporale normale, după ce chirurgia bariatrică a reușit să reducă la maximum surplusul ponderal, când pacientul este echilibrat biologic și procesul de slăbire a ajuns în stadiul final.

Procedurile chirurgicale folosite sunt mamoplastia de reducere, abdominoplastia, lipoaspirația și liftingul corporal.

Mamoplastia de reducere și ascensiune este o intervenție chirurgicală concepută pentru a rezolva numeroasele probleme cauzate de sânii excesiv de mari și plonjanți. Sânii mari pot apărea datorită dezvoltării excesive a țesutului glandular sau a grăsimii care se găsește în mod normal la nivelul sânilor. Creșterea în volum și greutate a sânilor produce întinderea și relaxarea ligamentelor care susțin glanda mamară, determinând ptoza mamară și pierderea formelor feminine.

Această stare se reflectă negativ asupra psihicului femeii și, de asemenea, există probleme fizice asociate cu sânii excesiv de mari – disconfort, dureri la nivelul coloanei, gâtului și umerilor, care devin permanente. Participarea la viața socială normală este limitată, pacientele cu hipertrofie mamară evitând activitățile fizice și sociale.

Scopul acestei operații este de a reduce volumul și greutatea sânilor și de a-i așeza într-o poziție normală anatomic. Aceasta implică îndepărtarea de țesut mamar și restabilirea conturului normal, păstrându-se proporțiile cu restul corpului. De asemenea, este necesară re poziționarea complexului areolo-mamelonar, în concordanță cu noua formă a sânilor.

Cicatricele vor avea formă de ancoră (T inversat), coborând din jurul areolei mamare în direcție verticală spre șanțul inframamar, unde se află localizată o incizie orizontală, cu un braț spre regiunea sternală și altul spre regiunea laterală a sânilor.

Abdominoplastia

Abdominoplastia are ca scop îndepărtarea excesului tegumentar și adipos de la nivelul abdomenului inferior, care apare în urma unei scăderi considerabile în greutate sau după o naștere. Această operație nu este o metodă de slăbire pentru pacientul obez.

Intervenția chirurgicală remodelează corpul, prin modificarea formei abdomenului, îmbunătățind profilul și silueta. În același timp, pot fi corectate și eventualele defecte ale peretelui abdominal (hernii, eventrații). Uneori, pentru a obține rezultatul dorit, abdominoplastia poate fi combinată cu lipoaspirația, operație care se face după un interval de câteva luni.

Selecția pacienților este foarte importantă pentru acest tip de intervenție, aceștia trebuie să fie sănătoși (fără boli cronice asociate, cardiovasculare, pulmonare, renale) și, de asemenea, informați asupra posibilității unor intervenții secundare.

Intervenția se desfășoară sub anestezie generală, fiind compusă din următoarele etape: incizia tegumentului în formă de “W” modificat la nivelul pliului abdominal inferior; pielea abdominală împreună cu țesutul adipos sunt ridicate de pe musculatura abdominală până la rebordul costal; ombilicul este conservat în poziție anatomică; se reface structura de rezistență a peretelui abdominal (fascio-musculară) acolo unde este cazul; lamboul dermo-grăsos este rezecat, urmat de închiderea în straturi anatomice cu fir rezorbabil la nivelul stratului adipos asociat cu sutură subdermică cu fir rezorbabil, la nevoie fire separate la tegument. Ombilicul este poziționat după aproximarea lambourilor tegumentare. Dacă excesul de piele este important, mai ales în sens transversal abdominal, poate fi necesară o excizie verticală, pe linia mediană, xifo-suprapubiană. Pentru a da un aspect tineresc, se adâncește rafeul median prin liposucție superficială.

Liposucția este tehnica chirurgicală de îndepărtare a țesutului adipos din zonele în care acesta este în exces, prin aspirație cu ajutorul unor canule cu presiune negativă. Această operație nu reprezintă un tratament pentru obezitate și nici o soluție de a scăpa de kilogramele în plus.

Cele mai bune candidate pentru această operație sunt persoanele normoponderale care prezintă arii localizate de exces adipos, care modifică conturul armonios al corpului, la nivelul coapselor, șoldurilor, abdomen, brațe, genunchi sau glezne și care au elasticitate și turgor bune la nivelul tegumentelor.

Dispoziția țesutului adipos în organism este influențată de predispoziția genetică, efectele mediului, procesul natural de îmbătrânire. Efectele naturale ale îmbătrânirii sunt: redistribuția țesutului adipos, reducerea masei musculare care poate fi înlocuită de țesut adipos, scăderea elasticității tegumentare.

Obezitatea este de două tipuri:

- hipertrofică – caracterizată prin număr normal de celule adipoase de volum mărit;
- hiperplastică – caracterizată prin număr mare de adipocite.

Îndepărtarea precoce a celulelor adipoase (înainte de a deveni hipertrofice) poate preveni predispoziția genetică a unor anomalii cum ar fi bărbia dublă, „aripioarele” etc.

Eliminarea unor cantități mari de grăsime prin regim sau chirurgical determină importante modificări fiziologice și clinice.

Lipoabsorbția îmbunătățește silueta, dar nu elimină celulita. Celulita rezultă din tensionarea elementelor tisulare fibroase care leagă tegumentul de fascia profundă, ca urmare a dezvoltării exagerate a lobulilor de grăsime. Ea poate fi însoțită de fenomene inflamatorii acute.

Liposucția implică introducerea în țesutul adipos a unei canule speciale și, prin mișcări repetate, grupuri de celule adipoase sunt separate și îndepărtate prin aspirație. Canulele au forme și dimensiuni diferite și se introduc prin incizii mici în pliul pielii cel mai apropiat de zona de interes. De obicei sunt necesare 2-3 incizii pentru fiecare zonă. Zona care urmează a fi aspirată va fi infiltrată cu soluții cu rol anestezic și vasoconstrictor.

Cantitatea de grăsime îndepărtată este dependentă de mărimea corecției necesare (sute de mililitri, până la câțiva litri). Liposucția unor volume foarte mari poate necesita mai multe etape operatorii, fapt ce va crește siguranța actului operator și, implicit, calitatea rezultatului final.

Se recomandă să nu se extragă mai mult de patru litri la o ședință (nu mai mult de 15% din cantitatea totală de țesut adipos), deoarece crește riscul posibilelor complicații.

Lipoaspirația în varianta subtilă de modelare corporală, care vizează îndepărtarea unor depozite adipoase reduse volumetric, dar care interesează regiuni anatomice cu valoare estetică majoră, are conotații specifice, justificând denumirea de *liposculptură*.

Liftingul corporal

Excesul tegumentar rezultat în urma reducerii masive a țesutului adipos se poate evidenția la nivelul brațelor, coapselor, genunchilor, feselor, feței etc.

Această ptoză nu rezultă numai din cauza dispariției țesutului adipos de suport, ci și datorită schimbărilor din structura țesutului conjunctiv de susținere, proces care se inițiază odată cu creșterea forțelor fizice de tracțiune de la nivelul tegumentului și odată cu acumularea țesutului adipos.

În general, acest procedeu generează cicatrice vizibile, care induc un deficit estetic greu acceptat de pacienți, fapt ce impune informarea corectă, preoperatorie, a acestora.

Brahioplastia

Brahioplastia sau liftingul brațelor este procedura chirurgicală prin care se îndepărtează excesul de tegument și țesut adipos de la nivelul brațului.

Aceasta se poate realiza fie numai prin liposucție, dar cel mai des este necesară o incizie de la nivelul

cotului până la axilă. După îndepărtarea țesutului adipos prin liposucție, tegumentul și țesutul subcutanat rămase sunt excizate pentru a reda conturul normal al brațului.

Liftingul coapselor

În liftingul feței mediale a coapsei se îndepărtează excesul de tegument și țesut adipos de pe partea internă a coapsei.

Mușchii subiacenți sunt tensionați pentru a crește tonusul acestei regiuni. Inciziile se practică în zona inghinală pentru o bună disimulare în pliurile naturale. Frecvent această procedură se combină cu liposucția și abdominoplastia.

Liftingul coapsei inferioare sau al genunchiului respectă aceleași principii excizionale, cu grija de a plasa cicatricea pe fața internă și posterioară a genunchiului.

Liftingul feselor

Liftingul feselor se practică disimulând cicatricea în pliul subfesier.

Transferul adipos autolog

Transferul adipos autolog ne poziționează în teritoriul foarte actual și dinamic al chirurgiei plastice regenerative.

Procesul de scădere ponderală masivă poate duce la pierderi de contur și la nivelul feței, cu dispariția reliefulor normale de la nivelul obrazilor și al arcadelor zigomatice și adâncirea șanțurilor nazogeniene. În aceste cazuri se folosește cu succes tranferul autolog adipos, în care grăsimea recoltată în timpul lipoabsorbției, prin metode sterile, este decantată, centrifugată și injectată cu canule speciale în locurile necesare pentru a reda conturul tinerească al feței.

Transferul autolog se poate folosi cu succes și la remodelarea mamară, fiind la momentul actual una dintre metodele folosite, în cazuri selecționate, pentru realizarea augmentărilor mamare.

Măsuri generale de siguranță

Trebuie să se respecte principiul de a nu tensiona cicatricea mai mult decât este necesar în dorința de a corecta cât mai bine excesul tegumentar. În aceste cazuri este foarte utilă o excizie în două etape, evitându-se necrozele tegumentare și cicatricile viçoase.

Spațiile largi care se pot forma trebuie să fie desființate prin ancorarea tegumentului în mai multe puncte, la fascia profundă, evitându-se astfel for-

marea de seroame. Acolo unde este necesar, se va monta drenaj aspirativ, pentru a preveni apariția hematoamelor, impunându-se, de asemenea, efectuarea unei hemostaze îngrijite.

Materialele de sutură trebuie corect alese. Se vor evita firele neresorbabile sau cele resorbabile plasate superficial, care se pot exterioriza în timp. Este necesară folosirea firelor lent rezorbabile, plasate cât mai profund posibil.

Pacienții fumători vor trebui să renunțe la fumat cu cel puțin 14 zile înaintea operației.

Medicația antiplachetară trebuie întreruptă cu 7 zile preoperator.

Pentru a reduce riscul trombozelor venoase profunde, precum și al trombolismului pulmonar, în timpul operației se pot folosi pantaloni pneumatici. Heparina cu greutate moleculară mică, în cantități adaptate pentru fiecare pacient și fiecărei proceduri operatorii, constituie un standard de terapie în aceste cazuri.

Terapia durerii este importantă, unii autori sugerând necesitatea menținerii unui cateter peridural postoperator. Din experiența noastră, tratamentul pre- și postoperator cu AINS, sub protecție gastrică, duce la rezultate mulțumitoare.

Toate procedurile se vor efectua sub anestezie generală, IV sau IOT, atât pentru confortul pacientului, cât și pentru cel al operatorului.

Concluzii

Pacientul obez, deoarece are numeroase comorbidități, cât și, de obicei, instabilitate psihică, reprezintă o provocare pentru chirurgul plastician, rata de complicații fiind mai mare decât în cazul restului populației.

Procesul de remodelare corporală nu este o procedură unică, ci se desfășoară întotdeauna în mai multe etape, în cadrul unui plan terapeutic, stabilit inițial cu pacientul și acceptat de acesta.

Subliniem necesitatea îngrijirii pacientului cu obezitate, în echipa multidisciplinară, de către specialiști dedicați, a căror competență să garanteze abordarea echilibrată, în deplină siguranță pentru pacient, a acestui teritoriu al patologiei.

Pathogenic mechanisms in obesity

**Bogdana Virgolici¹, Elena Daniela Casariu²,
Daniela Lixandru¹, Daniela Miricescu¹,
Maria Mohora¹**

¹Department of Biochemistry, "Carol Davila" University
of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

²PhD Student, "Carol Davila"

University of Medicine and Pharmacy, Bucharest,
Romania

Metabolic and immune systems are essential for all the organisms and they have common functional pathways. Adipose tissue secretes compounds implicated in immunity, inflammation and metabolic processes. The adipose tissue, very well represented in obese people, determines an increased systemic oxidative stress and a chronic inflammatory status which are important in the pathogenesis of the obesity complications. Inflammatory responses in obesity can be triggered in the adipocyte or macrophages by extracellular mediators such as cytokines or lipids, or initiated through endoplasmic reticulum stress. Increased ROS (reactive oxygen species) secretion into peripheral blood from accumulated fat, in obesity, is also involved in induction of insulin resistance in skeletal muscle and adipose tissue, impaired insulin secretion by β cells, and pathogenesis of various vascular diseases such as atherosclerosis and hypertension. Understanding the link between both pathogenic mechanisms (inflammation and oxidative stress) with obesity and diabetes mellitus will have important implications for the design of novel therapies.

Applying nucleotide genomic signal methodology to evaluate distances between genes, taxons, and species

Paul Dan Cristea

Biomedical Engineering Center

University "Politehnica" of Bucharest, Romania

The nucleotide genomic signal (NuGS) methodology allows computing the distance between various species in a family, or between individuals in the same species, starting from on the distance between homologous genes, or between conserved equivalent non-coding genomic regions. NuGSs, specifically the nucleotide imbalance (N) and the nucleotide pair imbalance (P) signals, have been used to this purpose. The method is very simple as long as the distances between genes are quite small and produced mainly by SNPs, as in the case of many pathogens, or in the study of mtDNA. An alignment step becomes necessary when the mutations are caused by multiple nucleotide inserts, deletions and substitutions, as it is the case for many genes involved in diabetes.

Key words: nucleotide genomic signals, reference-offset representation, mitochondrial DNA, diabetes