

Conferința Zilele Dermatologiei la Sibiu

**Actualități, Perspective și Provocări în
Dermatologie**

28 - 30 Septembrie 2023

SIBIU, HOTEL RAMADA

COMITETUL ORGANIZATORIC

Prof. Univ. Dr. Maria Rotaru (Sibiu) - Președinte
Conf. Univ. Dr. Gabriela Iancu (Sibiu)
Dr. Alin Nicolescu (București)
Dr. Codruț Vîlsan (Sibiu)

COMITETUL ȘTIINȚIFIC

Prof. Univ. Dr. Maria Rotaru (Sibiu)
Prof. Univ. Dr. Călin Giurcăneanu (București) – Președinte onorific
Prof. Univ. Dr. Aleodor Andea (SUA)
Prof. Univ. Dr. Marius Raica (Timișoara)
Prof. Univ. Dr. Laura Solovăstru (Iași)
Prof. Univ. Dr. Silviu Morariu (Târgu-Mureș)
Prof. Univ. Dr. Ana-Maria Forsea (București)
Conf. Univ. Dr. Gabriela Iancu (Sibiu)
Conf. Univ. Dr. Simona Șenilă (Cluj-Napoca)
Conf. Univ. Dr. Loredana Ungureanu (Cluj-Napoca)
Dr. Alin Nicolescu (București)

EDITOR VOLUM REZUMATE

Conf. Univ. Dr. Gabriela Iancu (Sibiu)

PROGRAM ȘTIINȚIFIC

JOI, 28 Septembrie 2023

SESIUNEA 1

9.00 - 9.10 Alopecia – între dermatologie și endocrinologie

Roman Alexandra Maria, Sandru Florica

Spitalul Universitar Elias, București

9.10 - 9.20 Aspecte endocrinologice ale melanomului

Ionescu Corina, Sandru Florica

Spitalul Universitar Elias, București

9.20 - 9.30 Rolul vitaminei D în etiopatogenia granulomului inelar

Criveanu Andra, Rotaru Maria

SCJUS, Clinica Dermatologie Sibiu ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Dermatologie

9.30 - 9.40 Abordarea pacientului cu leziuni cutanate veziculo-buloase

Bobeș Diana, Baldovin Ioana

SCJUS, Clinica Dermatologie Sibiu

9.40 - 9.50 Noi abordări terapeutice în hidrosadenita supurativă

Ilcuș Andra, Iancu Gabriela

SCJUS, Clinica Dermatologie Sibiu ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Dermatologie

9.50 - 10.00 Actualități terapeutice în dermatita atopică a adultului

Molnar Estera, Maniu Horia

SCJUS, Clinica Dermatologie Sibiu

10.00 - 10.10 Carotenodermia la copii – manifestare rară a hipotiroidismului

Mihaela Stanciu

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Endocrinologie, SCJUS, Clinica Endocrinologie, Sibiu

10.10 - 10.20 Dermatita fototoxică de contact

Giurgiu Doina

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Medicina Muncii; SCJUS, Cabinet Medicina Muncii, Sibiu

10.20 - 10.35 Dermatita de spa

Bălan Andreea Beatrix, Țărean Smaranda, Oanță Alexandru

Centru medical Brașov, Centru medical Târgu Mureș

10.35 - 10.50 Forme clinice de prokeratoze și diagnosticul lor diferențial

Ambros Mircea, Țărean Smaranda, Dumitru Nicoleta, Oanță Alexandru

Centru medical Brașov, Centru medical Târgu Mureș

10.50 - 11.05 Pyoderma gangrenosum. Discuții asupra unui caz

Oanță Alexandru, Bălan Andreea Beatrix

Centru medical Brașov, Centru medical Târgu Mureș

11.05 - 11.15 Pauza de cafea

11.15 - 11.25 Biofilmul și rezistența la antibiotice

Baldovin Ioana, Iancu Gabriela, Rotaru Maria

SCJUS, Clinica Dermatologie Sibiu ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Dermatologie

11.25 - 11.40 O formulă inovatoare cu administrare orală pentru gestionarea afecțiunilor cutanate: acnee, dermatita seboreica, dermatita atopică și psoriazis (Simpozion Ropharma)

Rotaru Maria

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Dermatologie; SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu

11.40 - 11.50 Artropatia psoriazică încă o necunoscută

Mihaela Nedelcu

Medlife Sibiu

11.50 - 12.00 De la contaminare la infecție în ulcerele cronice

Baldovin Ioana, Iancu Gabriela, Rotaru Maria

SCJUS, Clinica Dermatologie Sibiu ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Dermatologie

12.00 - 13.00 **Psoriazisul și artropatia psoriazică – care sunt conexiunile? (Simpozion UCB)**

Iancu Gabriela, Nedelcu Mihaela

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Dermatologie; SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu, Medlife, Reumatologie, Sibiu

13.00 - 14.00 **Pauza de prânz**

SESIUNEA 2

14.00 - 14.10 **DESCHIDERE CONFERINȚĂ**

14.10 - 14.30 **O nouă abordare terapeutică în managementul afecțiunilor cronice din sfera dermatologica (Simpozion Vedra)**

Rotaru Maria

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Dermatologie; SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu

14.30 - 15.00 **Soluții alternative și complementare împotriva hiperpigmentării pielii (Simpozion ACM)**

Iancu Gabriela

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Dermatologie; SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu

15.00 - 15.30 **Gama antimicotică de ultima generație în tratamentul dermatitei seboreice și a pitiriazisului versicolor (Simpozion Celltech Pharma)**

Rotaru Maria

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Dermatologie; SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu

15.30 - 15.40 **Actualități în managementul melanomului**

Farkos Bettinia, Rotaru Maria

SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu

15.40 - 15.50 **Orizonturi dermatologice în erorile înăscute de metabolism la copii**

Dobrota Luminița, Mătăcuță Ioana, Morar Andreea

ULBS, Facultatea Medicina Sibiu, Pediatrie; Spitalul de Pediatrie Sibiu

15.50 - 16.00 **Interrelațiile dintre dermatita atopică și alergია alimentară**

Porr Corina, Vidrighin Anca

SCJUS, Compartiment Alergologie, Clinica Medicala I, Sibiu ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Pediatrie; Medlife Sibiu

16.00 - 16.30 **Pauza de cafea**

SESIUNEA 3

16.30 - 16.50 **Actualități în urticaria cronică spontană**

Tosun Mustafa

Universitatea Sivas Cumhuriyet, Facultatea de Medicina, Sivas, Turcia

16.50 - 17.10 **Date din practica clinica curentă în psoriazis (Simpozion Janssen)**

Rotaru Maria

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Dermatologie; SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu

17.10 - 17.30 **Conexiuni între Boala venoasă cronică și bolile cardiovasculare (Simpozion Servier)**

Iancu Gabriela

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Dermatologie; SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu

17.30 - 17.40 **Ectima contagiosum: dificultăți de diagnostic într-o serie de cazuri**

Ginj Anca Maria, Ilcuș Roxana, Ioana, Husariu Madalina Aurelia, Szabo Biborks, Morariu Silviu Horia

UMFST Târgu Mureș, Disciplina Dermatologie; SCJTM, Clinica Dermatologie

17.40 - 17.50 **Provocări terapeutice în pemfigoidul gestațional: prezentare de caz**

Ilcuș Roxana Ioana, Husariu Madalina Aurelia, Serban-Pescar Diana, Morariu Silviu Horia

UMFST Târgu Mureș, Disciplina Dermatologie; SCJTM, Clinica Dermatologie Spitalul Municipal Reghin, Compartiment Dermatovenerologie

17.50 - 18.00 **Leziunile de decubit de etiologie neurologica – generalități**

Mutu Cătălin Cosmin, Savu Denisa

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Neurologie; SCJUS, Clinica Neurologie, Sibiu

18.00 - 18.10 **Riscul de neoplazii cutanate la pacienții transplantați renal**

Popa Mirela

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu; SCJUS, Clinica Nefrologie, Sibiu

19.00 Cocktail de deschidere (Primărie Sibiu – curte interioara / Piața Mare)

VINERI, 29 Septembrie 2023

SESIUNEA 4

9.00 - 9.10 **Nevogeneza versus melanogeneza**

Mihulecea (Jitian) Cristina, Rotaru Maria

SCJUS, Clinica Dermatologie Sibiu; ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Dermatologie

9.10 - 9.30 **Dermatoscopia la persoanele vârstnice**

Ionescu Paul

București

9.30 - 9.50 **The Role of Molecular Pathology in Dermatology**

Andea Aleodor Alexandru

Universitatea Michigan, SUA

9.50 - 10.00 **Mastocitele stimulează angiogeneza în fazele timpurii ale tumorilor melanice - Studiu multicentric**

Ceaușu Amalia Raluca, Mihulecea (Jitian) Cristina Raluca, Gaje Nela Pușa, Dumitru Cristina Ștefania, Dumitrașcu Victor Cristian, Șandru Florica, Rotaru Maria, Raica Marius

Departamentul de Morfologie Microscopică, Histologie, Centrul de Cercetare în Angiogeneza, UMF "Victor Babeș", Timișoara Studii doctorale, UMF "Victor Babeș", Timișoara SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Dermatologie Departamentul de Dermatologie, UMF "Carol Davila" București Spitalul Universitar de Urgență Elias, București

10.00 - 10.30 **Challenging Melanocytic Tumors**

Andea Aleodor Alexandru

Universitatea Michigan, SUA

10.30 - 11.00 Pauza de cafea

SESIUNEA 5

11.00 - 11.20 **Diagnostic imagistic în dermatologie – metode disponibile în practică și noutăți**

Voiculescu Vlad

UMF Carol Davila București; Spitalul Universitar de Urgență Elias București

11.20 - 11.30 **Managementul alopeciei areata**

Țirică Sabrina, Vilsan Codruț

SCJUS, Clinica Dermatologie Sibiu

11.30 - 11.45 **Inovatie anti-căderea părului în dermato-cosmetice: dezvoltată alături de experți (Simpozion Magna Pharm)**

Iancu Gabriela

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Dermatologie; SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu

11.45 - 12.00 **K75, un marker cheie implicat în formarea micro-comedoanelor (Simpozion Magna Pharm)**

Ungureanu Loredana

UMF Cluj Napoca, Dermatologie; SCJU Cluj Napoca, Clinica Dermatologie Cluj

12.00 - 13.00 **Confirmarea eficacității terapiei în psoriazis (Simpozion Eli-Lilly)**

Tutunaru Cristina, Șenilă Simona, Brihan Ilarie, Sandru Flori

UMF Craiova, Dermatologie, UMF Oradea, Dermatologie, UMF Cluj Napoca, Dermatologie

13.00 - 14.00 Pauza de prânz

SESIUNEA 6

14.00 - 15.00 **Provocări în managementul pacientului cu psoriazis, de la teorie la practică (Simpozion Terapia)**

Decean Hana, Simona Ianoși, Giurcăneanu Călin

UMF Cluj, Spitalul Militar Cluj, Dermatologie, UMF Craiova, Spitalul Județean Craiova, Dermatologie UMF București, Spitalul Elias București, Dermatologie

15.00 - 16.00 **Sinerjie pentru viitor (Simpozion Abbvie)**

Alin Nicolescu, Ilarie Brihan

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Dermatologie; SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu

16.00 - 16.30 Pauza de cafea

SESIUNEA 7

16.30 - 16.45 **Carcinoame bazocelulare multiple**

Frațilă Simona, Bentan Teodora

UMF Oradea, Facultatea de Medicină, Dermatologie, Oradea

16.45 - 17.00 **Metastazele în tranzit în melanomul cutanat**

Șenilă Simona, Solomon Carolina, Bozai Bianca, Covaci Ivona, Cojocar Elena, Ciobanu Cristina, Chindriș Ioana, Cosma Codruța, Apostu Adina, Jișa Andra, Graur Ioana, Corpodean Ioana, Al Zaben Haytam

UMF Cluj Napoca, Dermatologie; SCJ Cluj Napoca, Clinica Dermatologie, SCJ Cluj Napoca, Clinica Radiologie

17.00 - 17.15 **Update în limfoamele cu celule T**

Ungureanu Loredana

UMF Cluj Napoca, Dermatologie; SCJ Cluj Napoca, Clinica Dermatologie

17.15 - 18.15 **Oportunitatea de a avea așteptări excepționale în psoriazis (Simpozion UCB)**

Rotaru Maria, Nicolescu Alin

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Dermatologie; SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu, Policlinica Roma, București

18.15 - 18.30 **Infecțiile cu germeni piogeni în recrudescență postpandemie**

Bîrluțiu Victoria, Bîrluțiu Rareș Mircea, Gingăraș Cosmina

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Boli Infecțioase; SCJUS, Clinica Boli Infecțioase, Sibiu

18.30 - 18.45 **Managementul de reabilitare în insuficiența venoasă cronică**

Popa Florina

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Recuperare Medicală; SCJUS, Clinica Recuperare Medicală, Sibiu

18.45 - 19.00 **Carcinom scuamos verucos apărut pe leziuni de hidradenita supurativă – caz clinic**

Fekete Gyula Laszlo, Fekete Laszlo, Pata Alexandra

UMFST Târgu Mureș, Dermatologie; Spitalul Clinic Județean Târgu Mureș, Dermatologie

19.30 Cina colegială (Hotel Împăratul Romanilor)

SĂMBĂTĂ, 30 Septembrie 2023

SESIUNEA 8

9.00 - 9.15 **Particularități structurale ale fantei de segregare a carcinomului bazocelular din perspectiva microscopiei confocale in vivo și a tomografiei în coerență optică**

Tatu Alin Laurențiu, Torlac Cristina, Niculet Elena

Universitatea Dunărea de Jos, Facultatea de Medicina, Dermatologie, Galați

9.15 - 9.35 **Managementul proactiv în psoriazis (Simpozion Leo Pharma)**

Ungureanu Loredana

UMF Cluj Napoca, Dermatologie; SCJU Cluj Napoca, Clinica Dermatologie Cluj

9.35 - 10.20 **Evoluția unei legende terapeutice - de la studii la experiența clinică (Simpozion Sanofi)**

Giurcăneanu Călin, Nicolescu Alin

UMF București, Spitalul Elias București, Clinica Dermatologie, Policlinica Roma, București

10.20 - 10.40 **Actualitate și inovație în managementul acneei (Simpozion Neola)**

Solovastru Laura

UMF Iași

10.40 - 11.00 Pauza de cafea

11.00 - 13.00 **O evoluție în tratarea și evaluarea dermatitei atopice (Simpozion EliLilly)**

Nicolescu Alin, Ancuța Codrina, Decean Hana, Rotaru Maria

Policlinica Roma, București, UMF Iași, Spitalul Militar Cluj Napoca, ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Dermatologie; SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu

13.00 - 14.00 Pauza de prânz

SESIUNEA 9

14.00 - 14.15 **Eritemul indurat Bazin**

Morariu Silviu Horia, Tiucă Oana Mirela, Cotoi Ovidiu

UMF Târgu Mureș, Dermatologie; SCJU Târgu Mureș, Clinica Dermatologie

14.15 - 15.15 **Importanța tratamentului complet în boala psoriazică: partener de încredere pe termen lung (Simpozion Novartis)**

Rotaru Maria, Morariu Silviu Horia, Brihan Ilarie

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Dermatologie; SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu, UMFST Târgu Mureș, Dermatologie; SCJ Târgu Mureș, Clinica Dermatologie, UMF Oradea, Dermatologie, SCJ Oradea, Clinica Dermatologie

15.15 - 15.35 **Evoluția paradigmei: redefinirea impactului imunogenității în menținerea eficacității terapiei biologice – la trecerea de la un inovativ la un biosimilar (Simpozion Stada)**

Morariu Silviu

UMF Târgu Mureș, Dermatologie; Spitalul Clinic Județean Târgu Mureș, Clinica Dermatologie

15.35 - 16.00 **Update carcinoame spinocelulare**

Forsea Anamaria

UMF Carol Davila București

16.00 - 16.30 Pauza de cafea

SESIUNEA 10

16.30 - 16.40 **O noua era a biostimulării – tehnologiile ACP și Mu.C.H. (Simpozion Pharma Promotion)**

Dragomir Monica

București

16.40 - 16.50 **Tehnici moderne de diagnostic în melanom**

Mihulecea (Jitian) Cristina, Rotaru Maria

SCJUS, Clinica Dermatologie Sibiu, ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Dermatologie

16.50 - 17.00 **A fi sau a nu fi melanom: ce surprize pot să apară în diagnosticul tumorilor cutanate?**

Barna Corina, Țăroi Mona, Răzvan Andrei

Spitalul Militar Sibiu

17.00 - 17.10 **Studiul bibliometric al direcțiilor de cercetare în psoriazis**

Tiucă Oana Mirela, Cotoi Ovidiu, Nicolescu Alin, Morariu Silviu Horia

UMF Târgu Mureș, Dermatologie; SCJU Târgu Mureș, Clinica Dermatologie, Policlinica Roma, București

17.10 - 17.20 **Sindrom Sweet – un indiciu într-un puzzle diagnostic**

Barna Corina, Țăroi Mona, Cloșcă Mihai, Prăvariu Ileana, Maxim Radu, Răzvan Andrei

Spitalul Militar Sibiu

17.20 - 17.30 **Aspecte clinice și diagnosticul diferențial al Pitiriazis Lichenoid și Varioliformis Acuta**

Stanciu Georgiana, Axinte Roxana

Spitalul Clinic de Pediatrie Sibiu

17.30 - 17.40 **Provocări in diagnosticul erupțiilor cutanate ale copilului**

Mătăcuță Bogdan Ioana, Marcu Diana

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Pediatrie, Spitalul de Pediatrie Sibiu

17.40 - 17.50 **Comorbidități dermatologice și cooperare interdisciplinară la un caz cu sindrom Prader-Willi**

Dascălu Daciana

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Medicină Internă; SCJUS, Clinica Medicală I, Sibiu

17.50 - 18.00 **Deficitul de micronutrienți și afecțiunile organelor interne datorate acestora - interferente cu dermatologia**

Dascălu Daciana

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Medicină Internă; SCJUS, Clinica Medicală I, Sibiu

18.00 - 18.10 Închidere Conferință

SESIUNEA 11. E-POSTERE

1 Recomandări generale de îngrijire a pacienților cu melanom

Lascu Luiza Cristina, Miha Roxana Iuliana, Iancu Gabriela

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Dermatologie, SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu

2 Îngrijirea pacientului cu psoriazis

Miha Roxana Iuliana, Lascu Luiza Cristina, Iancu Gabriela

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Dermatologie, SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu

3 Verucile vulgare – o patologie dermatologică frecventă

Hozas Stefany Doris, Hancu Dalia Georgeta, Iancu Gabriela

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Dermatologie, SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu

4 Prevalenta leziunilor de decubit la pacienții cu patologii neurologice

Turica Raluca, Savu Denisa, Mutu Cătălin Cosmin

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Neurologie; SCJUS, Clinica Neurologie, Sibiu

5 Nursingul pacientului cu zona zoster

Marica Ioana, Laziun Karina, Gabriela Iancu

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu; SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu

6 Masuri generale de îngrijire a pacienților cu scabie

Hancu Dalia Georgeta, Hozas Stefany Doris, Iancu Gabriela

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Dermatologie; SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu

7 Pielea: de la protecție la inamic de neoprit – melanomul malign

Năstase Ionuț Octavian, Grosu Florin, Sandu Mariana, Corches Andreea, Muntean Paula

SCJUS, Clinica Radiologie Sibiu ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Radiologie

8 Importanța modului de recoltare a examenului bacteriologic în ulcerele cronice

Baldovin Ioana, Iancu Gabriela, Rotaru Maria

SCJUS, Clinica Dermatologie Sibiu ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Dermatologie

9 Aspecte nursing de îngrijire a pacientului cu pancreatita acută etanolică

Vinerean Ana, Bogdan Cornelia, Iancu Gabriela

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Dermatologie, SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu

10 Escarele de decubit: îngrijiri

Bogdan Cornelia, Vinerean Ana, Iancu Gabriela

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Dermatologie, SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu

11 Aspecte clinice în psoriazis

Laziun Karina Silvia, Marica Ioana Alexandra, Iancu Gabriela

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Dermatologie, SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu

12 Tratamentul în vitiligo – noutăți

Hamoullila Moustafa, Maniu Horia

SCJUS, Clinica Dermatologie Sibiu

13 Îngrijirea pacientului cu dermatita atopică

Păcurar Lavinia Ioana, Iancu Gabriela

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Dermatologie, SCJUS, Clinica Dermatologie, Sibiu

14 Managementul acneei

Al Darayseh Mohammad, Vîlsan Codruț

SCJUS, Clinica Dermatologie Sibiu

15 Tratamentul morfeei

Tarnu Iuliana, Baldovin Ioana

SCJUS, Clinica Dermatologie Sibiu

16 Recomandări terapeutice ale fotodinamoterapiei

Neagu Iuliana, Iancu Gabriela

SCJUS, Clinica Dermatologie Sibiu ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Dermatologie

17 Keratodermii palmo-plantare – generalități

Tincu Diana, Maniu Horia

SCJUS, Clinica Dermatologie Sibiu

18 Progrese și impedimente în diagnosticul timpuriu al melanomului

Bucur Ramona, Iancu Gabriela

SCJUS, Clinica Dermatologie Sibiu ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Dermatologie

19 Tipuri de leziuni tegumentare la pacientul cu diabet zaharat

Rus (Slevas) Elida Bianca, Tănăsescu Denisa

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Diabet si Boli de Nutriție

20 Depistarea si abordarea psoriazisului: cauze, manifestări si strategii de tratament

Rahaian Ioana Dariana, Helgiu Claudiu Vasile

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Chirurgie vasculara

21 Eczema la sugari si copii

Hertig Melissa Andreea, Fluturas Adela Maria, Vidrighin Anca

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Disciplina Pediatrie

22 Varicela la copii

Fluturas Adela Maria, Hertig Melissa Andreea, Neamtu Bogdan

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Disciplina Pediatrie

23 Metode de prevenție in dermatita de contact

Jianu Alina – Florentina, Maier (Rasa) Elena, Iancu Gabriela

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

24 Rolul colagenului in terapiile anti-aging

Goran Alina, Macelar Florina, Dobrea Carmen Maximiliana

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

25 Stadiile de evoluție ale sifilisului

Tatu Cristina Iuliana, Preda Adelina, Iancu Gabriela

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

26 Abordarea nursing a unui pacient cu carcinom bazocelular

Popianas Roxana Mariana, Popa Ionela Petronela, Vecerzan Liliana

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

27 Intervenții nursing aplicate unui pacient cu melanom malign

Popa Ionela Petronela, Popianas Roxana Mariana, Vecerzan Liliana

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

28 Aspecte clinice în acneea vulgară

Bancioiu Alexandra Mihaela, Avramescu Bogdan Andrei, Iancu Gabriela

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

29 Parabenii: riscuri, efecte, alternative

Acasandrei Viorela, Basarab Ela, Dobrea Carmen Maximiliana

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

30 Îngrijirea pacienților cu dermatita seboreică

Sabau-Danet Lucia Georgiana, Bembea Bianca Elena, Iancu Gabriela
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

31 Acneea la adolescenți

Dragoiu Alina Maria, Lupoica Elena Lavinia, Beldean Luminița
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

32 Principii terapeutice în abordarea pacientului cu herpes

Gligor Mircea Andreas, Dumitrașcu Andrei Cristian, Coldea Liliana
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

33 Managementul pacientului cu sifilis

Dumitrașcu Andrei Cristian, Gligor Mircea Andreas, Coldea Liliana
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

34 Hirsutismul – o problemă estetică medicală

Lupoica Elena Lavinia, Drăgoiu Alina Maria, Beldean Luminița
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

35 Particularitățile îngrijirii pacientului cu acnee

Maier Rasa Elena, Jianu Alina Florentina, Iancu Gabriela
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

36 Manifestările clinice în infecțiile produse de herpes simplex

Preda Georgiana Adelina, Tatu Cristina Iuliana, Iancu Gabriela
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

37 Îngrijirea pacienților cu infecții herpetice

Jidoveanu Teodora-Ioana, Duță Laura Maria, Matei Claudiu
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

38 Măsuri de îngrijire în dermatita seboreică

Bardasu Loredana Elena, Agapciuc (Costa) Ana Maria, Iancu Gabriela
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

39 Îngrijirea pacienților cu dermatita atopică

Duta Laura Maria, Jidoveanu Teodora Ioana, Neamtu Bogdan
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

40 Aspecte clinice în dermatita atopică

Popa Vasilca Elmina, Jurca Tofan Estera Alina, Iancu Gabriela
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

41 Provocări terapeutice în escarele de decubit

Jurca Tofan Estera Alina, Popa Vasilca Elmina, Iancu Gabriela
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

42 Puterea naturii: plante utilizate în tratarea psoriazisului

Casler Krisztina Denisza, Avram Alina Viorela, Muresan Maria Lucia
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Farmacie

43 Acneea la pubertate

Similie Pușcașu Ana Maria, Macre Petronela, Iancu Gabriela
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

44 De ce apar verucile și cum se tratează

Caraman Andreea Bianca, Pasla (Ciurea) Larisa, Iancu Gabriela
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

45 Actualități și perspective în bolile cu transmitere sexuală

Macre Petronela Maria, Similie (Pușcașu) Ana Maria, Iancu Gabriela
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Spitalul Militar Sibiu

46 Cauze endocrine ale hirsutismului: modalități de diagnostic și tratament

Naghy Roxana Ioana, Beldean Luminița
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

47 Beneficiile sunătoarei în psoriazis

Apavaloae Tincuța Camelia, Iancu Gabriela
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

48 Fotoprotecția – metoda preventivă a neoplaziilor cutanate

Bembea Bianca Elena, Danet Sabau Lucia Georgiana, Iancu Gabriela
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

49 Zona zoster la pacientul oncologic

Runceanu (Pomana) Elena Cristina, Mincu (Anghel) Florina, Iancu Gabriela
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

50 Psoriazisul – o afecțiune cu evoluție imprevizibilă

Mincu (Anghel) Florina, Runceanu (Pomana) Elena Cristina, Iancu Gabriela
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

51 Dermatofibrosarcom protuberans – prezentare de caz

Drăgoiu Nicoleta Andreea, Tudoran (Negoescu) Bianca, Barna Corina
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Spitalul Militar Sibiu

52 Cheilita granulomatoasă – prezentare de caz

Tudoran (Negoescu) Bianca, Drăgoiu Nicoleta Andreea, Barna Corina
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Spitalul Militar Sibiu

53 Retronichia – prezentare de caz

Mantea (Macrea) Anca, Togan (Mihai) Mihaela, Barna Corina
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Spitalul Militar Sibiu

54 Pilomatrixom – prezentare de caz

Togan (Mihai) Mihaela, Mantea (Macrea) Anca, Barna Corina
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Spitalul Militar Sibiu

55 Înțelegerea psoriazisului: o afecțiune dermatologică complexă

Caraiman Mirela, Bugneru Denisse, Iancu Gabriela
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

56 Vitiligo: o afecțiune cutanată complexă

Bugneru Denisse, Caraiman Mirela, Iancu Gabriela
ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

57 Carcinomul bazocelular – caracteristica fantei tumoră-stromă și profilul in vivo

Niculet Elena

Departamentul de Științe Morfologice și Funcționale, Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea "Dunărea de Jos", Galați

58 Infecția cu HPV metode de tratament și diagnostic

Grosu Ioana-Livia

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

59 Psoriazisul- o afecțiune cu evoluție imprevizibilă

Mincu Florina Anghel

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

60 Psoriazis. Mecanisme fiziopatologice implicate în dezvoltarea sindromului cardiometabolic.

Corelații cu boala cardiacă ischemică - Case report

Despina Maria Hedeș

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

61 Managementul toxicității cutanate indus de tratamentul cu inhibitori multikinazici

Adam Iris-Iuliana

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

62 Aspecte privind tulburări psihice și de comportament în boli endocrine

Blezu Melisa

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

63 Principii de îngrijire ale pacientului cu acnee polimorfa

Ceolca Denisa Luminita, Ciobanica Maria-Izabela

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

64 Utilizarea diagnosticelor NANDA-I standardizate în alcătuirea planului de nursing la pacientul cu afectări vasculare la nivelul gambei

Mihaela Stroilă, Rahela Șandru, Laura Elena Gligor, Iancu Gabriela

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

65 Hirsutismul

Blezu Melisa, Beldean Luminița

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu

REZUMATE PREZENTĂRI ORALE

JOI, 28 Septembrie 2023

Rolul vitaminei D în etiopatogenia granulomului inelar

Criveanu Andra Maria¹, Rotaru Maria^{1,2}

1 SCJUS, Clinica Dermatologie Sibiu

2 ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Dermatologie

Granulomul inelar este o dermatoză cronică benignă care afectează pacienții de toate vârstele, cu o incidență de două ori mai mare la femei. Boala este benignă și autolimitată, cu vindecare spontană la 50% din cazuri în decurs de doi ani. Vitamina D este un prohormon steroid, iar deficitul acesteia a fost asociat cu risc crescut de osteoporoză, infecții, boli autoimune, cardiovasculare și afecțiuni dermatologice.

Etiopatogenia granulomului inelar nu este pe deplin cunoscută, însă printre factorii incriminați se numără traumatismele, mușcăturile de insecte, vaccinurile, expunerea la razele UV sau infecții virale. Clinic, prezintă mai multe forme: localizată, diseminată (generalizată), perforantă și profundă (subcutanată). Granulomul inelar localizat se prezintă ca plăci arciforme sau inelare pe fața dorsală a mâinilor sau picioarelor. Distribuția leziunilor se poate extinde pe zonele fotoexpuse sau generalizat în granulomul inelar diseminat. Din punct de vedere histologic, apare degenerescența colagenului și a fibrelor de elastină și depozite de mucină în dermul superficial și profund, înconjurată de un infiltrat granulomatos. Deficiența vitaminei D poate provoca multiple boli mediate imun. Calcipotriolul a fost folosit cu succes în boli cutanate precum vitiligo, alopecie, pemfigus vulgar și granulom inelar. Eficacitatea calcipotriolului în granulomul inelar se poate datora profilului citokinic asociat cu această patologie.

Nu există suficiente studii în literatura de specialitate care să demonstreze corelarea granulomului inelar cu hipovitaminoza D. Vitamina D joacă un rol esențial în funcționarea sistemului imunitar, deficiența acesteia fiind implicată în mai multe patologii cutanate.

Abordarea pacientului cu leziuni veziculo-buloase

Diana Georgiana Bobeș¹, Ioana Baldovin¹

1 Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu, Clinica Dermatovenerologie

Afecțiunile veziculo-buloase sunt caracterizate de prezența leziunilor cutanate lichidiene, apărute ca urmare a pierderii adeziunii celulare (acantoliză), a edemului dintre celulele epidermice (spongioză) sau a disocierii dermo-epidermice. În funcție de dimensiune, leziunile se clasifică în vezicule și bule, iar conținutul poate fi sero-citrin, turbure (pustulizare secundară) sau sero-hematic, prin alterarea vaselor de la nivelul dermului.

Certitudinea diagnostică reprezintă adesea o provocare, tabloul clinic putând fi variat și polimorf, însă prezența ulcerățiilor rotunde, evocă adesea un proces veziculo-bulos anterior. Examenul clinic minuțios alături de istoricul pacientului reprezintă un instrument extrem de util în orientarea diagnosticului, pe când investigațiile paraclinice aduc informații suplimentare.

Exemple de întrebări la care căutăm răspuns în fața unui pacient cu o dermatoză veziculo-buloasă: unde sunt localizate leziunile? (localizat, generalizat, specific); sunt afectate mucoasele? Care este dimensiunea și configurația leziunilor? Dacă sunt prezente bule, sunt flasce sau în tensiune? Care este vârsta pacientului? Există antecedente de expunere la un medicament nou?

O mare varietate de afecțiuni pot cauza leziuni veziculo-buloase, de la tulburări autoimune (pemfigus vulgar, paraneoplazic, pemfigoid bulos), reacții post-medimentoase, la infecții virale sau bacteriene, leziuni traumatice, incluzând și afecțiuni cu potențial vital, care necesită o recunoaștere promptă: necroliza epidermică toxică, sindromul epidermolizei stafilococice, infecția herpetică diseminată, purpura fulminans.

Așadar, fiind vorba de un grup atât de heterogen de posibile afecțiuni manifestate prin leziuni cutanate cu conținut lichidian, variind ca prezentare, evoluție și tratament, un diagnostic cert și precoce este obligatoriu.

Noi abordări terapeutice în hidradenita supurativă

Ilcuș Andrada Mihaela¹, Iancu Gabriela^{1,2}

1 Spitalul Clinic Judetean de Urgență Sibiu, Clinica de Dermatologie

2 ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Disciplina Dermatologie

Hidradenita supurativă este o afecțiune inflamatorie cronică, recurentă și invalidantă, ce afectează glandele apocrine. Boala are o incidență între 1-4% în populația generală, debutează în a 2-a decadă de viață și afectează mai frecvent sexul feminin, însă prezintă forme mai severe și cu răspuns terapeutic mai slab la sexul masculin.

Etiologia hidrosadenitei supurative este multifactorială. În declanșarea și întreținerea procesului inflamator intervin factori genetici, hormonali, infecții bacteriene și factori externi precum obezitatea și fumatul. Procesul care stă la baza declanșării inflamației este hiperkeratoza foliculară, care produce obstrucție infundibulară și determină dilatarea și ulterior ruperea foliculului, cu extravazarea în derm a conținutului și declanșarea răspunsului inflamator. Clinic se manifestă prin apariția de noduli subcutanați dureroși, abcese, traiecte sinuoase, fistule și cicatrici cel mai adesea localizate la nivel axilar, inghinal și ano-genital.

Tratamentul hidrosadenitei nu este unul standardizat. Acesta are ca și obiective reducerea inflamației și a obstrucției foliculare, ameliorarea durerii, vindecarea puseului și prevenirea recidivelor și constă în regim igienico-dietetic în asociere cu medicație topică și sistemică (antibiotapie, retinoizi, corticosteroizi, terapii hormonale, terapii biologice), terapie chirurgicală și terapii adjuvante (laser CO₂, terapie fotodinamică, injectare de toxină botulinică). Tratamentele biologice reprezintă o abordare promițătoare în stadiile severe, refractare la tratamentul convențional. Până în prezent au fost aprobați 2 agenți biologici pentru tratarea hidradenitei supurative: Adalimumab, un inhibitor TNF-alfa și Secukinumab, un agent anti IL-17, însă există în desfășurare multiple studii cu rezultate promițătoare pentru diverși agenți biologici (Infliximab/Etanercept/Certolizumab/Golimumab – anti TNF-alfa, Guselkumab/Risankizumab/Tildrakizumab – anti IL-23, Bimekizumab/Brodalumab/Ixekizumab – anti IL-23, Ustekinumab – anti IL-12/23 și Bermekimab/Anakira/ Canakinumab – anti IL-1).

Actualități terapeutice în dermatita atopică la adult

Estera Molnar¹, Maria Rotaru^{1,2}

1 SCJUS, Clinica Dermatologie Sibiu

2 ULBS, Facultatea de Medicină

Dermatita atopică este o afecțiune inflamatorie cronică cutanată, cu caracter recidivant. Este una din cele mai frecvente dermatoze cronice, întâlnită la 3-26% din populația generală, cea mai mare incidență fiind în țările dezvoltate, în familiile cu un copil, cu status financiar crescut, cu nivel crescut de igienă, majoritatea cazurilor au debut în prima copilărie (60-70 % înaintea vârstei de 5 ani), cele mai multe cazuri fiind prezente în țările dezvoltate.

În etiopatogenie statusul atopic familial este prezent la 60-80% din cazuri. Pe fondul unei predispoziții genetice ce implică afectarea funcției de barieră cutanată intervin mecanisme imunologice și inflamatorii, în care rolul central îl are limfocitul Th2.

Mijloacele terapeutice sunt vaste și cuprind terapiile topice folosite în monoterapie în formele ușoare sau ca adjuvanți în formele moderat/severe. În ultimul timp s-au dovedit eficiente administrarea alături de emoliente, produse hidratante, dermatocorticoizi, inhibitori de calcineurină și a preparatelor din clasa inhibitorilor de Janus-kinază. Terapia sistemică este baza tratamentului în formele moderat/severe de boală. De la clasică utilizare a imunosupresoarelor (Ciclosporină, Azatiopirină, Metotrexat), terapii biologice, un exemplu elocvent fiind Dupilumab cu rezultate satisfăcătoare la pacienții de la vârsta de 6 ani, Traloxizumab, Nemolizumab, până la inhibitorii de Jak-STAT, cu rezultate satisfăcătoare pentru Baricitinib și Abrocitinib. Fototerapia (UVB cu bandă îngustă) aduce un maxim beneficiu în formele cronice de dermatită atopică prin efectul lor antiinflamator. Așadar, variantele terapeutice complexe rămân o provocare pentru medic și o adevărată speranță pentru pacient.

Biofilmul și rezistența la antibiotice

Ioana Baldovin^{1,3}, Gabriela Iancu^{1,2}, Maria Rotaru^{1,2}

¹ Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu, Clinica Dermatovenerologie

² Universitatea Lucian Blaga, Facultatea de Medicină Sibiu, Disciplina Dermatologie; Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu

³ Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara, Școala Doctorală

Microbiologia infecțiilor cronice este complexă și este dificilă identificarea bacteriilor implicate. Rolul jucat de biofilmul bacterian în infecțiile cronice a fost evidențiat în ultimii ani.

Bacteriile care trăiesc într-un biofilm pot prezenta o creștere de 10 până la 1.000 de ori a rezistenței la antibiotice în comparație cu bacteriile similare care trăiesc într-o stare planctonică. Infecțiile cu biofilm sunt foarte rezistente la antibiotice și tratamente fizice, datorită multitudinii de strategii prin care bacteriile își susțin rezistența și toleranța (celulele persistente, răspunsurile adaptive, penetrarea limitată a antibioticelor, quorum sensing, etc). Se știe că mecanismele care stau la baza toleranței/rezistenței la antibiotice în biofilme au o bază genetică și că bacteriile extrem de organizate induc treptat răspunsuri imune anormale care susțin formarea biofilmelor responsabile de infecții cronice multidrog-rezistente.

Prin urmare, formarea biofilmului este considerată o preocupare critică în serviciile de asistență medicală, iar cercetarea de noi metode de tratament/prevenție este o sarcină urgentă.

De la contaminare la infecție în ulcerele cronice

Ioana Baldovin^{1,3}, Gabriela Iancu^{1,2}, Maria Rotaru^{1,2}

¹ Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu, Clinica Dermatovenerologie

² Universitatea Lucian Blaga, Facultatea de Medicină Sibiu, Disciplina Dermatologie; Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu

³ Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara, Școala Doctorală

Ulcerule cronice sunt ulcere care nu reușesc să progreseze prin etapele vindecării într-o perioadă adecvată de 1-3 luni, ci stagnează la o etapă inflamatorie perpetuă, care asociază stimularea biofilmului bacterian. Ele sunt o problemă importantă la nivel mondial, fiind responsabile de o morbiditate considerabilă, dar și de creșterea costului asistenței medicale.

La nivelul ulcerelor cronice contaminarea se produce prin atașarea bacteriilor de suprafața ulcerului, urmată de agregarea microbiană și de învelirea lor într-o matrice extracelulară protectoare și

astfel se formează biofilmul. Aceste biofilme, sunt colonii bacteriene complexe într-o continuă dezvoltare, și care duc la infecție locală sau în cazuri extreme la infecție sistemică.

Cea mai simplă metodă de identificare a bacteriilor prezente în patul ulcerului este examenul bacteriologic, dar semnele, simptomele și examinarea clinică fac diferența între contaminare, colonizare, infecție. Uneori, factorii de risc precum vârsta înaintată, diabetul, obezitatea, malnutriția, perfuzia tisulară scăzută și imunosupresia pot „masca” semnele clasice de infecție, făcând dificilă identificarea ulcerelor cronice infectate.

Actualități în managementul melanomului

Farkoș Bettinia-Alexandra¹, Rotaru Maria¹²

¹Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu, Clinica Dermatovenerologie

²Universitatea Lucian Blaga Sibiu, Facultatea de Medicină

Melanomul este tumora malignă ce se dezvoltă la nivelul pielii din melanocite, însă cu posibilitatea apariției și la nivelul ochiului, meningelui sau mucoaselor. Acesta se poate dezvolta spontan “de novo” sau pe nevi preexistenți. Cel mai important factor de risc exogen în apariția sa este expunerea la ultraviolete – intermitent high sun exposure.

Melanomul metastatic este tumora secundară derivată din tumora primară, ce metastazează pe cale sanguină sau limfatică, managementul acestuia fiind de cele mai multe ori o provocare.

Diagnosticul de certitudine al melanomului se bazează pe aspectul clinic, dermatoscopic (identificarea polimorfismului structural și cromatic) și histopatologic. Clinic și dermatoscopic dacă se suspectează un melanom, acesta necesită confirmare histopatologică.

Managementul melanomului implică excizia și biopsia cu raport histopatologic complet, stadializarea imagistică și efectuarea, unde este necesar, a ganglionului sentinela, iar tratamentul include terapia adjuvantă (cum sunt imunoterapia sau terapia țintită) și tratamentul bolii metastatice, follow up-ul fiind obligatoriu conform recomandărilor ghidurilor actualizate.

VINERI, 29 Septembrie 2023

Mastocitele stimulează angiogeneza în fazele timpurii ale tumorilor melanice. Studiu multicentric

Ceașu Amalia Raluca¹, Mihulecea (Jitian) Cristina-Raluca², Gaje Nela Pușă¹, Dumitru Cristina Ștefania¹, Dumitrașcu Victor Cristian², Șandru Florica^{5,6}, Rotaru Maria^{2,3,4}, Raica Marius¹

1 Departamentul de Morfologie Microscopică, Histologie, Centrul de Cercetare în Angiogenează, Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș", Timișoara, România

2 Studii doctorale, Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș", Timișoara, România

3 Spitalul Clinic Județean de Urgență, Clinica de Dermatovenerologie, Sibiu, România

4 Universitatea "Lucian Blaga", Facultatea de Medicină, Sibiu, România

5 Departamentul de Dermatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila" București, România

6 Spitalul Universitar de Urgență Elias, București, România

Introducere. Melanomul este a doua tumoră ca frecvență de la nivel cutanat, în forma sa diseminată fiind o afecțiune de o deosebită gravitate. Majoritatea studiilor asupra acestei afecțiuni se axează pe celulele tumorale, doar în ultimii ani unii autori au scos în evidență importanța micromediului

tumoral. Dintre elementele micromediului tumoral, ne-am axat observațiile asupra vaselor sanguine și mastocitelor, având în vedere potențialul acestor celule de a stimula angiogeneza.

Rezultatele asupra angiogenezei asociat melanomului malign sunt încă incerte sau chiar controversate, iar rolul real al mastocitelor este practic necunoscut. În acest scop au fost studiate 212 cazuri din trei centre universitare diferite (UMF "Carol Davila" București, Universitatea "Lucian Blaga", Facultatea de Medicină, Sibiu, UMF "Victor Babeș" Timișoara) pentru a compara rezultatele nu numai în plan molecular, ci și ca distribuție geografică.

Material, metode. Pentru identificarea celor două elemente s-a folosit dubla imunocolorare CD34/ triptază mastocitară, iar cuantificarea s-a realizat pentru ambele colorații pe aceleași secțiuni, cu metoda Weidner modificată.

Rezultatele noastre susțin rolul pro-angiogenic al mastocitelor, având în vedere că densitatea mastocitelor se corelează cu densitatea microvaselor pentru stadiul tumoral T1-T3, dar nu și pentru T4.

În concluzie considerăm că dubla imunocolorare are aplicabilitate practică pentru uzul curent, mai ales pentru că valorile crescute ale densității mastocitelor reprezintă un factor de prognostic nefavorabil pentru evoluția cazurilor.

Managementul alopeciei areata

Tîrică Sabina, Vîlsan Codruț

SCJUS, Clinica Dermatologie Sibiu

Alopecia areata este o afecțiune autoimună, complexă, cronic inflamatorie, caracterizată de alopecie non-cicatriceală, fără afectarea foliculului pilos, ce interesează atât scalpul, cât și alte zone ale corpului acoperite de păr terminal.

Etiologie: teren genetic predispozant (10-20% au istoric familial), factor psihologic (stres, anxietate, depresie), disfuncții endocrine, focare infecțioase, deficit de zinc, boli autoimune asociate (tiroidita Hashimoto, vitiligo, boala Addison), medicație (rar).

Patogeneza: mediată de limfocitele T CD 8+ și CD 4+ citotoxice autoreactive. În final – stare de anagen distrofic. Celulele stem foliculare sunt neafectate, iar foliculii piloși nu sunt distruși.

Clinic: arii rotunde de alopecie, unice sau multiple, net conturate, cu tegument normal și orificii foliculare prezente. Forme severe - alopecia areata totalis (afectează scalpul integral) și alopecia areata universalis (afectează părul de pe întreg corpul).

Investigații: screening anticorpi antinucleari pentru excluderea lupusului eritematos sistemic, RPR pentru a exclude sifilisul secundar, microscopie pentru excluderea tinea capitis, histologie care decelează infiltrat limfocitar peribulbar, număr crescut de peri în fazele catagen și telogen (acut) și peri de tip velus (cronic).

Tratamentul poate fi local sau sistemic. Terapii convenționale: imunoterapie de contact (inducerea unei dermatite de contact prin utilizarea de difencipronă sau dibutilester de acid squaric), dermatocorticoizi (cel mai frecvent utilizat tratament local - clobetasol - reduce inflamația din jurul foliculilor piloși), corticosteroizi intralezional (triamcinolon acetamid intradermic sau betametazonă - efect imunosupresor), minoxidil (adjuvant), PUVA terapie, corticosteroizi sistemici (rezervați formelor severe; prezintă risc de recidivă după oprirea tratamentului - puls terapie cu metilprednisolon - rezultate bune în alopecia areata cu debut recent), azatioprina, metotrexat, ciclosporină, vitamine din grupul B, zinc, aminoacizi (adjuvanți).

Terapii noi: inhibitori de Janus kinază (JAK) - produc o supresie a răspunsului inflamator mediat de limfocitele T (baricitinib, tofacitinib, ruxolitinib - pot da reacții adverse); PRP (terapie cu plasmă bogată în trombocite), crioterapie, laser excimer (ineficient pe extremități), analogi de prostaglandine (latanoprost, bitamoprost - zona genelor și sprâncenelor).

Pacienții au nevoie de suport psihologic. Evoluția este imprevedibilă. Recurențele sunt frecvente. Prognosticul este nefavorabil dacă debutul a fost în copilărie.

Metastazele în tranzit în melanomul cutanat

Simona Senilă, Carolina Solomon*, Bianca Bozai, Ivona Covaci, Elena Cojocar, Cristina Ciobanu, Ioana Chindriș, Codruța Cosma, Adina Apostu, Andra Jișa, Ioana Graur, Ioana Corpodean, Haytam Al Zaben

Clinica Dermatologie Spitalul Clinic Județean de Urgența Cluj-Napoca

*Clinica Radiologie Spitalul Clinic Județean de Urgența Cluj-Napoca

Melanomul cutanat este cea mai agresivă formă de tumoră malignă a tegumentului. Diagnosticat și excizat optimal în stadiul incipient, este o tumoră curabilă, cu risc scăzut de recidivă locală sau la distanță. În stadiile mai avansate, uneori, chiar cu excizie optimală și biopsia ganglionilor sentinelă negativă, sunt înregistrate recurențe locale, loco-regionale sau la distanță. Un loc particular în cadrul diseminării tumorale îl ocupă metastazele în tranzit, care pot fi prezente subcutanat pe traiectul de drenaj limfatic între cicatrice și bazinul ganglionar aferent, de multe ori inaparente la inspecția tegumentului dar care pot fi identificate prin palpate și evaluarea ultrasonografică riguroasă a zonei anatomice de interes. Vom prezenta în cadrul lucrării, date recente publicate în literatură și observații din experiența personală legate de câteva cazuri clinice mai particulare.

REZUMATE E-POSTERE

Parabenii: riscuri, efecte, alternative

Viorela Acasandrei, Ela Basarab, Dobrea Carmen Maximiliana

ULBS, Facultatea de Medicină

Introducere. Parabenii sunt un grup de substanțe chimice utilizate pe scară largă drept conservanți în industria cosmetică, farmaceutică și alimentară. Studiul de față își propune să realizeze o recenzie a celor mai relevante articole publicate în perioada 2013-2023 cu privire la efectele parabenilor din produsele cosmetice.

Material și metode. Pentru documentare s-a utilizat baza de date PubMed, iar criteriile de căutare au conținut termenii: parabenii, siguranță, produse cosmetice. Au fost identificate 511 articole.

Rezultate. Studiile in vivo privind efectul penetrării dermice și biotransformării parabenilor au demonstrat că, după aplicarea topică, doar cantități mici de parabenii, intră în circulația sistemică datorită barierei de protecție a epidermului. Alternativele precum conservanții chimici naturali, extractele din plante și uleiurile esențiale se folosesc la prepararea produselor cosmetice.

Discuții. Utilizarea necorespunzătoare a parabenilor poate modifica balanța beneficiu/risc în direcția potențării efectelor toxice. În general parabenii sunt inactivi in vivo însă literatura de specialitate sugerează o activitate scăzută a unor receptori nucleari implicați în homeostazia endocrină.

Concluzii. Parabenii sunt conservanți utilizați în industria cosmetică. Conservanții naturali, extractele din plante și uleiurile esențiale pot reprezenta alternative la utilizarea parabenilor.

Aspecte clinice în acneea vulgară

Băncioiu Alexandra-Mihaela, Avrămescu Bogdan-Andrei, Iancu Gabriela

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu

Acneea vulgară este o afecțiune cutanată comună care poate cauza disconfort și efecte psihosociale negative. Patogenia acneei vulgare implică interacțiunea mai multor factori care cauzează

inflamația unității pilosebacee. Este frecventă la adolescenți, dar nu este limitată la această grupă de vârstă. Clinic se manifestă prin dezvoltarea cronică sau recurentă a leziunilor acneice reprezentate de comedoane închise sau deschise, papule inflamatorii, pustule și formațiuni nodulo-chistice. Acestea sunt localizate la nivelul feței, partea superioară a brațelor, trunchiului și spatelui. Afecțiunea se dezvoltă ca urmare a hipersensibilității glandelor sebacee la androgeni, fiind exacerbată de prezența *Cutibacterium*. Persoanele cu membri ai familiei cu acnee prezintă un risc crescut existând o componentă genetică a bolii. Printre factorii care contribuie la aspectul și severitatea acneei se numără trauma mecanică asupra pielii, consumul crescut de lactate și alimente cu indice glicemic ridicat, stresul și rezistența la insulină. Severitatea afectării dermului variază de la o implicare minimă la manifestări inflamatorii desfigurante complicate cu pete hiperpigmentate și cicatrici. Pacienții preadolescenți și adolescenți tineri prezintă adesea acnee comedoniană care implică zona T. Femeile adulte pot prezenta acnee care implică partea inferioară a feței și gâtului.

Tratamentul acneei vulgare trebuie personalizat în funcție de severitatea afecțiunii. Rezultatele sunt vizibile după aproximativ 2-3 luni, în cazul pacienților complianți la tratament. Acneea ușoară implică utilizarea topică de retinoizi, antibiotice, peroxid de benzoil și acid salicilic. Acneea vulgară moderată sau severă se tratează cu isotretinoin oral, antibiotice orale sau terapie hormonală.

Dermatita seboreică - Măsuri de îngrijire în dermatita seboreică

Bardasu Loredana Elena, Agapciuc (Costa) Ana Maria Nicoleta, Gabriela Iancu

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu

Care este tratamentul dermatitei seboreice? Tratamentul scalpului cu șampoane medicamentoase care conțin ketoconazol, ciclopirox, sulfură de seleniu, piritoină de zinc, gudron de cărbune și acid salicilic, utilizate de două ori pe săptămână timp de cel puțin o lună și dacă este necesar, pe termen nelimitat; aplicației pe scalp cu steroizi reduc pruritul și trebuie aplicat zilnic timp de câteva zile. Pe față, urechi, piept și spate se curăță pielea afectată temeinic o dată sau de două ori pe zi, folosind un produs de curățare fără săpun; se poate aplica ketoconazol sau ciclopirox cremă o dată pe zi timp de 2-4 săptămâni, repetat după cum este necesar; se poate folosi și cremă cu hidrocortizon aplicată de până la două ori pe zi timp de una sau două săptămâni. Ocazional, poate fi prescris un steroid topic mai puternic; în locul steroizilor topici, pot fi utilizați inhibitori locali ai calcineurinei, cum ar fi crema de pimecrolimus sau unguentul tacrolimus; sunt utilizate în mod obișnuit o varietate de remedii pe bază de plante dar eficacitatea lor este incertă.

Escarele de decubit

Bogdan Cornelia, Vinerean Ana, Coldea Liliana

Universitatea "Lucian Blaga" Sibiu, Facultatea de Medicină

Escarele de decubit reprezintă o alterare a integrității tegumentare, ca și rezultat al presiunii exercitate între două planuri dure (de cele mai multe ori fiind vorba despre cel osos și cel al patului).

În ceea ce privește simptomele acestea sunt localizate la nivel regional, fiind clasificate în 4 etape: în prima etapă, pielea lezată prezintă eritem, în a doua apare flictena, ce se va rupe rămânând o ulcerăție, în a treia ulcerăția avansează în profunzimea structurilor cutanate, iar în ultima fază, care este și cea mai severă, escara afectează inclusiv osul, fiind favorizată apariția necrozei, care are tendința de a evolua înspre infecție locală.

Factorii favorizanți sunt reprezentați de presiune, forțele de frecare și de forfecare. Dintre cei mai comuni factori de risc se evidențiază imobilizarea prelungită la pat, incontinența urinară sau fecală, deficit senzitivo-senzorial, malnutriție, deshidratare și alte afecțiuni medicale care perturbă circulația

sanguină adecvată. De altfel, cele mai afectate zone sunt regiunea occipitală, omoplații, coatele, regiunea sacrococcigiană, humerală, trohanteriană, maleolară, genunchii, creasta iliacă, calcaneul, etc.

Astfel, prevenția rămâne o componentă majoră în ceea ce privește escarele de decubit, ea realizându-se prin efectuarea corectă a patului, schimbarea la 2 ore a poziției pacientului, igienă corespunzătoare, aplicarea de creme și unguente pe zonele predispuse, masajul zonelor respective și, nu în cele din urmă, o alimentare și hidratare corespunzătoare. Iar în ceea ce privește tratamentul, acesta constă în pansarea adecvată a plăgilor, tratamentul local al escarelor, cu debridare, aplicare de soluții septice, igienizare, iar în cazurile avansate chiar și antibioterapie.

Așadar, în ceea ce privește escarele de decubit, cea mai importantă parte o reprezintă prevenția, dar și managementul corespunzător al leziunilor pentru a împiedica infectarea lor și instalarea altor complicații.

De ce apar verucile și cum se tratează?

Caraman Andreea Bianca, Pâslă Larisa Albertina (Ciurea), Iancu Gabriela

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu

Verucile sunt afecțiuni dermatologice frecvente produse de virusul papiloma uman (HPV). Apar la nivelul pielii în urma contactului cu virusul, sunt inestetice, provoacă disconfort și sunt contagioase. În funcție de tipul de veruci, ele se împart în veruci comune, veruci plantare, veruci genitale, veruci filiforme, veruci periunghiale și veruci plane. În funcție de tipul lor, medicul dermatolog alege cea mai eficientă metodă de tratament.

Tratamentul cu acid salicilic care acționează ca un agent distructiv este utilizat pentru îndepărtarea verucilor. Crioterapia pentru veruci constă în folosirea azotului lichid la -196°C , procedură repetată până la dispariția completă a verucilor. Electrocauterizarea este foarte eficientă. Terapia fotodinamică și imunoterapia se mai numără printre ele.

Educația pentru sănătate a pacienților legată de evitarea factorilor de risc și respectarea aseptiei și antisepsiei contribuie la scăderea apariției de veruci cauzate de acest virus HPV. Important de menționat este și faptul că opțiunile de tratament actuale sunt adresate contracarării manifestărilor clinice provocate de HPV.

Puterea naturii: plante utilizate în traterea psoriazisului

Casler Krisztina Denisza, Avram Alina Viorela, Mureșan Maria Lucia

ULBS, Facultatea de Medicină

Psoriazisul este o boală inflamatorie cronică care afectează aproximativ 2% din populație. Acesta necesită un tratament pe termen lung, costisitor și cu efecte adverse. Persoanele cu această afecțiune prezintă sau pot dezvolta comorbidități. Dincolo de disconfortul fizic pe care îl crează, psoriazisul poate avea și un impact psihologic asupra pacienților. De aceea, se caută un tratament alternativ, mai puțin nociv, pe bază de plante, care să amelioreze progresiv calitatea vieții. Scopul lucrării este de a identifica produsele vegetale cele mai benefice în tratamentul psoriazisului. Astfel, s-au analizat 50 de articole, din ultimii 10 ani, extrase din Google Academics, respectiv PubMed. S-au identificat următoarele produse vegetale: *Hypericum perforatum*, *Aloe vera*, *Curcuma longa*, *Mahonia aquifolium* și *Calendula officinalis*. Principalii compuși activi prezenți în compoziția acestora sunt reprezentați de: curcumina din specia *Curcuma longa*, hipericina din *Hypericum perforatum*, berberina din *Mahonia aquifolium*, flavonoidele din specia *Calendula officinalis* și vitaminele din *Aloe vera*, cu acțiune dovedită în traterea psoriazisului. Nu au fost raportate efecte adverse la utilizarea acestora. Rezultatele acestei lucrări ar putea fi valorificate prin realizarea unor fitopreparate sigure și eficiente, indicate în traterea psoriazisului.

Îngrijirea pacientului cu dermatită seboreică

Daneț-Sabău Lucia Giorgiana, Bembea Bianca Elena, Iancu Gabriela

Universitatea "Lucian Blaga" Sibiu, Facultatea de Medicină

Dermatita seboreică este o afecțiune inflamatorie cronică, complexă, caracterizată de plăci eritemato-scuamoase, acoperite de scuame alb-gălbui, grăsoase, pruriginoase, care se pot localiza la nivelul scalpului, feței, suprasprâncenos, paranasal. Afecțiunea apare secundar secreției de sebum și a proliferării unor levuri, *Pitirosporum ovale*, modificări hormonale, stres. În pielea capului și la nivelul lizierei păroase a scalpului ia formă de mătreață sau *Pitiriazis simplex* al pielii capului. În forme mai severe poate apărea un eritem ce depășește liziera păroasă, uneori putând fi confundat cu psoriazis.

Cauzele care duc la apariția dermatitei seboreice nu sunt cunoscute pe deplin. Există, însă, anumiți factori de risc care favorizează dezvoltarea afecțiunii, ea având perioade de ameliorări și exacerbări. Tratamentul dermatitei este obligatoriu recomandat de medicul specialist, odată pus diagnosticul de dermatită seboreică. Tratamentul constă în creme, șampoane, unguente pentru controlul inflamațiilor, șampoane antifungice, medicamente antimicotice sub formă de pastile. Scuamele de pe scalp pot fi spălate și îndepărtate după ce au fost bine înmuiate cu ulei mineral sau de măsline.

Ca și terapii alternative se poate recomanda folosirea uleiului de arbore de ceai, aloe vera și suplimente cu ulei de pește, datorită conținutului bogat în Omega 3, cu efecte antiinflamatorii. Ca și metodă de prevenire, este contraindicată folosirea de produse de înfrumusețare pentru păr, fixative, mai ales cele care conțin alcool, deoarece pot reactiva simptomele, dacă acestea s-au remis.

Acneea la adolescenți

Drăgoiu Alina Maria, Lupoica Elena Lavinia, Beldean Luminița

Universitatea "Lucian Blaga" Sibiu, Facultatea de Medicină

Acneea este o afecțiune inflamatorie a pielii apărută ca urmare a hipersecreției glandelor sebacee și a hiperkeratinizării. Cea mai întâlnită leziune a acestei afecțiuni este comedonul deschis sau închis. Această afecțiune poate apărea și sub formă de coșuri, noduli inflamatori, macule, uneori semne permanente. Acneea poate să apară oriunde pe corp, în special la nivelul feței, aceasta fiind și cea mai vizibilă, dar se mai poate observa și pe umeri, gât, brațe, spatele toracelui.

Studiile epidemiologice au demonstrat că acneea este cea mai frecventă afecțiune întâlnită la adolescenții ajunși la pubertate. Cicatricile care apar din cauza acneei pot persista pe toată durata vieții și pot avea efecte psihosociale. Atunci când se evaluează acneea este necesară o abordare completă a acesteia, atât pe plan clinic cât și psihologic. Există numeroase cazuri de cicatrici de acnee, prin care pacienții pot dezvolta probleme psihologice ca urmare a stării lor. Chiar și o afecțiune ușoară până la moderată poate duce la depresie semnificativă, anxietate și ideea suicidului. Schimbarea psihologică nu se corelează neapărat cu severitatea bolii. Din cauza condiției lor, pacienții au o stimă de sine scăzută, care poate duce la izolarea de societate. Prin urmare, educația pentru acnee este necesară în licee și facultăți pentru a se asigura că elevii își înțeleg afecțiunea și sunt conștienți de tratamentele disponibile.

Acneea poate fi clasificată ca fiind ușoară, moderată sau severă în funcție de numărul și tipul de leziuni ale pielii. Sunt disponibili mai mulți agenți de tratament, fiecare agent vizând o zonă specifică în patogeneza acneei. Selecția tratamentului se bazează pe severitate, preferința pacientului și tolerabilitate. Retinoizii topici sunt indicați pentru acnee de orice severitate și pentru terapia de întreținere. Antibioticele sistemice și topice trebuie utilizate numai în combinație cu peroxid de benzoil și retinoizi și timp de maximum 12 săptămâni.

Tratamentul trebuie să vizeze curățarea acneei, prevenirea cicatricilor și, dacă este necesar, ameliorarea de orice stres psihologic rezultat.

Dermatofibrosarcom protuberans - prezentare de caz

Dragoiu Nicoleta, Tudoran (Negoescu) Bianca, Barna Corina

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Spitalul Militar

Dermatofibrosarcomul protuberans este o formațiune tumorală rară, cu evoluție lentă și grad scăzut de malignitate al cărei diagnostic este frecvent întârziat datorită aspectului pseudocicatricial care nu ridică suspiciuni. Deși riscul de metastazare este redus, problema pe care o ridică acest tip de tumoră este faptul că este invazivă local iar excizia completă este o provocare.

În acest articol este prezentat cazul unui tânăr de 26 ani care prezintă la un control de rutină un nodul tumoral ce a crescut lent la nivelul toracelui posterior de mai mulți ani. Biopsia leziunii a confirmat diagnosticul de Dermatofibrosarcom protuberans atât prin colorația HE cât și prin pozitivarea CD34 la imunohistochimie. Pacientul a fost îndrumat spre un centru specializat în microchirurgie MOHS pentru excizia completă și minimizarea șanselor de recidivă.

Managementul pacientului cu sifilis

Dumitrașcu Andrei Cristian, Gligor Mircea Andreas, Coldea Liliana

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu

Cauzat de spirocheta *Treponema Pallidum*, sifilisul (luesul) face parte din categoria infecțiilor cu transmitere sexuală. Acesta se poate transmite, de asemenea, și extrasexual: vertical, de la mama la copil, la naștere, prin transfuzii sanguine sau instrumente nesterilizate în mod corespunzător.

Mecanismul fiziopatologic constă în pătrunderea bacteriei în organism și multiplicarea ei la nivelul porții de intrare, după o perioadă de incubație de 21 de zile. La acest nivel (al porții de intrare) apare șancrul dur. După alte 7 zile spirochetele străbat bariera de protecție locală și diseminează pe cale limfatică, producând astfel apariția adenopatiei luetice. La 66 de zile, infecția se răspândește și la nivel hematogen, debutând septicemia spirochetică ce produce o afectare pluriorganică. Această perioadă este cea primară. Perioada secundară, cuprinsă între ziua 66 și 2 ani, constă în valuri eruptive, care se ameliorează periodic, în momentul în care spirochetele se divid mai lent și imunitatea crește, acest ciclu repetându-se. Sifilisul terțiar apare după o perioadă de 2 ani și se caracterizează clinic prin prezența sifilidelor.

Așadar, un pacient cu sifilis necesită îngrijiri continue, ținând cont de nevoile alterate. Desigur pe prim plan este afectată nevoia de a avea tegumente și mucoase integre, fiind urmată îndeaproape de alterarea nevoii de a se recrea și a celei de a comunica, deoarece stresul și izolarea socială pe care patologia o implică sunt de o reală importanță. În evoluția bolii se va produce afectarea progresivă a tuturor nevoilor pacientului, fiind necesară o adaptare continuă a îngrijirilor acordate. Cu toate acestea, rolul asistentului medical nu se rezuma doar la a acorda îngrijiri de natură fizică, psiho-emoțională și cognitivă, ci și de a disemina în rândul populației informații utile referitoare la metodele de profilaxie (folosirea prezervativului, testarea femeilor însărcinate, analiza riguroasă a preparatelor ce urmează a fi transfuzate, precauții suplimentare în preajma obiectelor înțepătoare, etc).

În concluzie, se poate afirma faptul că managementul unui pacient care a fost diagnosticat cu sifilis necesită o monitorizare constantă, o abordare multidisciplinară, empatie, înțelegere, comunicare și, nu în ultimul rând, o mai bună integrare în societate, fără a mai fi priviți cu dispreț și fără a mai fi „exilați” din comunitate.

Îngrijirea pacienților cu dermatită atopică

Duță Laura Maria, Jidoveanu Teodora Ioana, Neamțu Bogdan

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu

Dermatita atopică este o boală inflamatorie cronică a pielii asociată cu hiperreactivitatea cutanată la factorii declanșatori ai mediului și este adesea primul pas în evoluția atopică care duce la astm și rinită alergică. Fenotipul clinic care caracterizează dermatita atopică este produsul interacțiunilor dintre genele de susceptibilitate, mediu, funcția defectuoasă a barierei pielii și răspunsurile imunologice.

Dermatita atopică se poate prezenta în trei faze clinice. Dermatita atopică acută se prezintă cu o erupție veziculoasă, exudativă, cu cruste. Dermatita atopică subacută se prezintă cu papule și plăci uscate, solzoase, eritematoase. Dermatita atopică cronică ajunge la lichenificare datorită mișcărilor de grataj repetate.

Tratament: pentru ameliorarea simptomelor se pot prescrie unguente cu rol emolient sau creme cu corticosteroizi, în cazul pacienților cu dermatită atopică severă se poate prescrie aplicarea locală a unguentelor cu tacrolimus, pimecrolimus sau antihistaminice.

Rolul asistentului medical: comunicarea factorilor de risc la pacienți, educarea pacientului cu privire la importanța menținerii tegumentelor curate pentru prevenirea infecțiilor, ajutarea pacientului în a-și schimba atitudinea față de aspectul său fizic și față de igiena corporală, administrarea tratamentului prescris și educarea pacientului în privința metodelor de administrare/aplicare a tratamentului.

Îngrijirea pacienților cu varicelă

Fluturaș Adela Maria, Herțig Melissa Andreea, Bogdan Neamțu

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu

Varicela este o infecție foarte contagioasă cauzată de virusul varicelo-zosterian. Acest virus poate provoca, de asemenea, o erupție cutanată dureroasă numită zona zoster (herpes zoster) mai târziu în viață. După ce cineva a avut varicelă, virusul rămâne latent (în odihnă) în sistemul nervos pentru tot restul vieții. Virusul se poate reactiva („trezire”) mai târziu sub formă de zona zoster.

Oricine nu a avut varicelă sau nu a primit vaccinul împotriva varicelei se poate îmbolnăvi de boală. Boala de varicelă durează de obicei aproximativ de la 4 până la 7 zile. Simptomul clasic al varicelei este o erupție cutanată care se transformă în vezicule umplute cu lichid ce poate cauza mâncărime, care în cele din urmă se transformă în cruste. Erupția cutanată poate apărea mai întâi pe piept, spate și față, apoi se poate răspândi pe întregul corp, inclusiv în interiorul gurii, pleoapelor sau zonei genitale. De obicei, durează aproximativ o săptămână pentru ca toate veziculele să devină cruste. Alte simptome tipice care pot începe să apară cu una sau două zile înainte de erupție cutanată includ: febră, oboseală, pierderea poftei de mâncare, dureri de cap.

Vaccinul împotriva varicelei este foarte sigur și eficient în prevenirea bolii. Majoritatea persoanelor care primesc vaccinul nu vor face varicelă. Dacă o persoană vaccinată face varicelă, simptomele sunt de obicei mai ușoare, cu mai puține vezicule sau fără vezicule (pot avea doar pete roșii) și febră scăzută sau deloc. Vaccinul împotriva varicelei previne aproape toate cazurile de boli severe. De când a început programul de vaccinare împotriva varicelei în Statele Unite, a existat o scădere cu peste 97% a cazurilor de varicela. Spitalizările și decesele au devenit rare. Pentru reducerea mâncărimilor se pot folosi creme și loțiuni cum ar fi loțiunea de calamină. Hidratarea și odihna sunt de asemenea importante în tratamentul varicelei.

Principii terapeutice în abordarea pacientului cu herpes

Gligor Mircea Andreas, Dumitrașcu Andrei Cristian, Coldea Liliana

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu

Herpesul este o patologie infecțioasă cauzată de virusul neurotrop, herpes simplex, care poate fi de tip I sau II. Caracteristic acestuia este faptul că după primoinfecție el nu dispare din organismul gazdei, ci se cantonează la nivelul ganglionilor spinali, astfel încât pe un teren favorizant, precum este deprimarea imunității, se produce recidiva infecției cu reapariția tabloului clinic.

Virusul herpes simplex I determină apariția herpesului labial, care se manifestă clinic prin apariția unor vezicule cu conținut lichidian clar, ce sunt sistematizate în buchet, pe un fond eritemato-edematos, ce provoacă durere locală, cu caracter specific de arsură-întepătură.

Virusul herpes simplex II produce herpesul genital. Leziunile din cadrul acestuia sunt similare cu cele din herpesul labial, dar de data aceasta localizarea lor este în sfera genitală, la nivelul mucoaselor și semimucoaselor.

Indiferent că este vorba despre VHS I sau VHS II, infecția poate să fie de novo sau sub formă de recidivă, cu mențiunea că în cazul recurențelor tabloul clinic nu este la fel de zgomotos, simptomele fiind mai atenuate și de mai scurtă durată.

Pe lângă formele infecțioase precizate anterior, virusul herpetic poate să mai producă și gingivostomatita herpetică, keratoconjunctivita herpetică și herpesul nou-născutului.

Rolul asistentului medical variază în funcție de gradul de afectare al pacientului. Asistentul trebuie să cunoască principiile igieno-dietetice pentru a le putea explica pacienților importanța lor în ceea ce privește profilaxia sau prevenirea recidivelor. Pe de altă parte, la pacienții aflați la primoinfecție se discută inclusiv despre monitorizarea funcțiilor vitale (în special a temperaturii), aplicarea tratamentului recomandat de medic, urmărirea efectelor pe care acesta le are asupra bolnavului, dar și tratarea corespunzătoare/ combaterea factorilor favorizanți.

Deși poate uneori este neglijat, herpesul are efecte resimțite holistic de către pacient, iar atunci principiile terapeutice ce necesită a fi implementate de către asistentul medical sunt de asemenea multiple, vizând mai mult decât doar zona cutanată. Așadar, un management corespunzător cuprinde monitorizarea fiecărei nevoi alterate și restabilirea calității vieții.

Eczema la sugari și copii

Hertig Melissa Andreea, Fluturaș Adela Maria, Vidrighin Anca

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Disciplina Pediatrie

Eczema este reprezentată de un grup de afecțiuni, care se manifestă prin inflamarea pielii, prurit și mici leziuni cu cruste, fiind prezentă cu precădere pe față, gât și trunchi. Eczema, în special dermatita atopică, apare adesea în primele șase luni până la cinci ani din viața unui copil. Alături de mâncărimea pielii, eczemele pot provoca alergii severe, deoarece slăbesc sistemul imun prin distrugerea barierei pielii. Din fericire, atât simptomele ușoare, cât și cele mai severe pot fi prevenite și tratate la sugari și copii mici.

Cauzele dermatitei atopice sunt parțial cunoscute și implică o asociere complexă de factori genetici și factori din mediul extern: istoric familial de dermatită atopică sau de alergii; mutația filagrinei; dezechilibrul microbiomului pielii; afectarea funcției de barieră a pielii. Cunoașterea acestor factori este importantă, deoarece ajută la individualizarea tratamentului pacienților. Factorii de risc implică folosirea produselor de igienă care irită pielea, cu un conținut ridicat de parfumuri sau conservanți, infecții ale pielii, temperaturi extreme (umiditate scăzută sau căldură excesivă), igiena excesivă, alergeni precum părul de animale, polenul sau praful, iritații la nivelul obrazilor, bărbiei și gâtului bebelușului provocate de salivă. De asemenea eczemele se mai pot agrava iarna, când aerul este uscat.

Metode de prevenție în dermatita de contact

Jianu Alina Florentina, Maier (Rasa) Elena, Iancu Gabriela

Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu. Facultatea de Medicină

Dermatita de contact este o afecțiune dermatologică, de etiologie exogenă, care apare în urma contactului pielii cu alergeni externi. Se produce prin mecanism iritativ, leziunile fiind la locul de contact sau prin mecanism alergic când leziunile apar și la distanță de locul de contact cu alergenul. Dermatita se caracterizează prin leziuni de tip inflamator, plăci eritemato-papulo-veziculoase, pruriginoase, sensibilitate, durere la locul erupției, cu posibilitatea diseminării pe corp.

Există trei tipuri de prevenție: primară, secundară și terțiară. Educația privind factorii de risc și protecția pielii este un element esențial la toate nivelurile de prevenție. Identificarea factorilor declanșatori și evitarea contactului cu ei este de asemenea foarte important. În caz de contact, este necesar să se curețe zona cu apă cât mai rapid, pentru a reduce reacția sistemului imunitar, care are un rol important atât în prevenția cât și în tratarea acestei afecțiuni. Un sistem imunitar slab îngreunează înlăturarea corectă a alergenilor atât de tip exogen cât și endogen, iar pielea sensibilă este predispusă la dermatită.

Dacă nu se poate evita contactul cu alergenii, se vor lua măsurile pentru a reduce riscul ca substanțele să provoace simptome. Folosirea doar de produse cosmetice și detergenți hipoalergenici; purtarea unui echipament de protecție, testarea oricărui produs nou pe o suprafață mică a corpului, înainte de a-l folosi, etc. O altă metodă de prevenție a dermatitelor de contact cu o importanță majoră este stimularea și menținerea funcției de barieră cutanată. Se realizează prin hidratarea constantă a pielii atât la nivelul feței cât și la nivelul corpului, cu evitarea dușurilor lungi și prelungite ce cresc deshidratarea pielii.

S-a demonstrat că există o asocieră între dermatită și depresie, iar prevalența acesteia ar trebui verificată în mod obișnuit la copii cu dermatită. Profilaxia dermatitei de contact, prin utilizarea diferitelor metode de prevenție, este esențială, reușind să reducă incidența, recurența și gravitatea afecțiunii.

Îngrijirea pacienților cu infecții herpetice

Jidoveanu Teodora Ioana, Duță Laura Maria, Matei Claudiu

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu

Infecțiile cu virusul herpes simplex (HSV) sunt printre infecțiile cel mai frecvent întâlnite. Au fost identificate două tipuri de infecții cu virusul herpes simplex: HSV-1 și HSV-2. De obicei, HSV provoacă o boală ușoară și autolimitată a gurii și buzelor sau la nivelul zonei genitale. În cazul infecției neonatale cu HSV, infecțiilor cu HSV ale sistemului nervos central și la gazda imunocompromisă, boala poate pune viața în pericol.

Cei cu HSV prezintă infecții herpetice recurente. HSV 1 se remarcă prin prezența de vezicule grupate în buchet, umplute cu lichid, situate la marginea gurii sau în jurul buzelor. Leziunile sunt reprezentate de vezicule dureroase și pruriginoase pline cu un lichid incolor. În aceste zone apare senzația de mâncărime, furnicătură sau usturime. În funcție de persoană pot apărea febra și inflamarea ganglionilor limfatici din gât.

Tratamentul depinde de simptome, vârstă și sănătatea generală și poate include: menținerea zonei infectate curate și uscată, tratament cu antibiotice pentru infecții bacteriene secundare, creme antivirale topice, medicamente antivirale orale.

Rolul asistentului medical: înștiințarea pacientului cu privire la simptome și factorii declanșatori, administrarea medicației prescrise de medic și educarea pacientului cu privire la metodele folosite, educarea pacientului cu privire la importanța menținerii tegumentelor curate, informarea pacientului cu privire la metodele de transmitere a virusului, comunicarea factorilor de risc.

Recomandări generale de îngrijire ale pacientului cu melanom malign

Lascu Luiza Cristina, Mișu Roxana Iuliana, Iancu Gabriela

Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, Facultatea de Medicină

Melanomul malign este cea mai agresivă tumoră cutanată, având ca punct de plecare melanocitul, fiind responsabilă de numărul cel mai mare de decese prin neoplazii cutanate.

Manifestările clinice sunt diferite în funcție de forma clinică. În principal este o tumoră pigmentată (cu excepția formei acrome), care evoluează rapid cu creștere pe orizontală (în dimensiuni) în melanomul extensiv în suprafață și pe verticală (în înălțime) în melanomul nodular. Pentru pacient este necesară internarea în spital pentru confirmarea diagnosticului, investigații paraclinice, precum excizia tumorii cu examen histopatologic și precizarea diagnosticului și a markerilor prognostici histopatologici. În funcție de indicele Breslow se recomandă reexcizia tumorii cu margini de siguranță oncologică. Îngrijirea pacientului cu melanom malign necesită mult tact din partea echipei medicale cu realizarea unui mediu optim pentru comunicare. Un loc aparte îl ocupă învățarea pacientului despre importanța evitării expunerii la soare, despre utilizarea fotoprotecției vestimentare și a cremelor de protecție cu factor 50+. Tratamentul local presupune excizia formațiunii tumorale cu reexcizie în caz de indice Breslow crescut, determinarea și excizia metastazelor ganglionare (tehnica ganglionului santinelă). Tratamentul sistemic este reprezentat de chimioterapie, imunoterapie, terapii moleculare – doar pentru formele metastatice de boală. Managementul durerii și al celorlalte simptome (dispnee, greață, vărsături, constipație, confuzie, anxietate, depresie, fatigabilitate și altele) este un element esențial al îngrijirii paliative. Medicația breakthrough este recomandată când apare o exacerbare a durerii sau a altor simptome și când este necesar un tratament rapid ce să amelioreze simptomul respectiv.

Pacienții cu melanom malign operat necesită monitorizare dermatologică și oncologică pentru următorii 5 ani pentru verificarea cicatricii și a riscului de metastazare. De asemenea, se urmăresc restul neviilor pentru posibile modificări ale structurii lor și se monitorizează clinic și dermatoscopic descendenții – risc crescut de melanom la o persoană dacă există antecedente familiale de melanom (factorul genetic).

Hirsutismul, o problemă estetică - medicală

Lupoaița Elena Lavinia, Drăgoiu Alina Maria, Beldean Luminița

Universitatea „Lucian Blaga” Sibiu, Facultatea de Medicină

Hirsutism reprezintă creșterea excesivă a părului de tip masculin la femei după pubertate. Tulburarea este de obicei mediată de hormonii androgeni din corp (peste 80%). Acești hormoni conduc atât la creșterea densității foliculilor piloși în zonele specifice sexului masculin, cât și la îngroșarea și închiderea la culoare a firului de păr. Afecțiunea determină, creșterea excesivă a mustății și a bărbii, părului pubian dar și a părului de pe fese și coapse. Creșterea excesivă a părului este un motiv frecvent pentru vizita la dermatolog, Hirsutismul fiind cea mai frecventă tulburare endocrină afectând între 5 și 10 % dintre femei.

Cea mai comună cauză este reprezentată de sindromul ovarelor polichistice acesta fiind întâlnit la aproximativ 70-80% dintre femeile care se confruntă cu hirsutism, iar între 5-20% din cazuri cauza nu poate fi identificată. Hirsutismul la femei are ca rezultat probleme psihologice și sociale semnificative. Are un impact negativ asupra calității vieții femeilor și duce la apariția stresului, anxietății și a depresiei, în special în culturile în care lipsa de păr pe corpul femeii este privită ca o normă a frumuseții și de igienă. Femeile cu hirsutism petrec mult timp și efort în îndepărtarea excesului facial și se pot simți copleșite și frustrate de eforturile depuse.

Principalele opțiuni de tratament pentru pacientele cu hirsutism constau în scăderea secreției și acțiunii hormonilor androgeni și îndepărtarea directă a firelor de păr - contraceptivele orale. Metode

directe de îndepărtare a părului - lama de ras, ceara, aparatul de epilare, crema depilatoare, procedura de epilare cu lumină intens pulsată.

Rolul colagenului în terapiile antiaging

Florina Macelar, Elena Alina Goran, Dobrea Carmen Maximiliana

Universitatea Lucian Blaga din Sibiu, Facultatea de Medicină

Introducere. Colagenul este principala proteină structurală din țesuturile conjunctive cum ar fi pielea, tendoanele, cartilajul și oasele, constituind 25–30% din toate proteinele din organism. Studiul de față își propune să realizeze o recenzie a celor mai relevante articole publicate în perioada 2013-2023 cu privire la efectele suplimentelor alimentare bogate în colagen asupra pielii.

Material și metode. Pentru documentare s-a utilizat baza de date PubMed, iar criteriile de căutare au conținut termenii: colagen, colagen hidrolizat, supliment alimentar, piele. Au fost identificate 295 de articole.

Rezultate. Studiile au arătat că peptidele de colagen s-au dovedit a fi eficiente în îmbunătățirea pielii, indiferent de origine (pești, porci, bovine sau pui), dar în funcție de compoziția și concentrația peptidelor.

Discuții. În ciuda eterogenității studiilor publicate în urma cercetărilor în care s-au evaluat diferite concentrații de colagen din surse naturale variate (piscicolă, avicolă, porcină), cu formulări și forme farmaceutice diferite (capsule, comprimate, comprimate filmate, pulberi, suspensii, emulsii etc.), pe subiecți cu o mare variabilitate (vârstă, sex, localizare geografică), majoritatea studiilor au raportat îmbunătățirea hidratării, elasticității și densității dermice, însoțite de reducerea ridurilor faciale.

Concluzii. Efectele benefice au fost evidente la 60 și 90 de zile după începerea suplimentării și au fost menținute timp de 30 de zile de la terminarea intervenției. Peptidele rezultate din ingestia de colagen hidrolizat au proprietăți chemotactice pentru fibroblastele pielii, contribuind la procesul de regenerare a pielii.

Actualizări și perspective în vederea prevenirii bolilor cu transmitere sexuală

Macre Petronela Maria, Similie (Pușcașu) Ana Maria, Iancu Gabriela

ULBS, Facultatea de Medicina Sibiu, Spitalul Militar Sibiu

Bolile cu transmitere sexuală (BTS) au un impact profund asupra sănătății, reprezentând o problemă majoră atunci când este vorba atât de femei cât și de bărbați. Dacă o femeie însărcinată are o BTS, boala poate determina probleme severe pentru făt.

BTS infectează tractul reproducător, transmiterea având loc în timpul actului sexual sau de la mamă la copil în timpul sarcinii și apoi al nașterii. Cel mai mare risc de infecție se găsește în rândul persoanelor active sexual, mai ales în grupa de vârstă de 15 până la 50 ani și la copiii născuți din mame infectate. Studiile epidemiologice ne arată ca în interiorul țărilor și între țările din aceeași regiune, prevalența și incidența BTS, pot varia foarte mult. Diferențele reflectă o varietate de factori sociali, culturali și economici, dar și accesul la tratamentul adecvat. Prevalența bolilor cu transmitere sexuală este mai mare la rezidenții urbani, la adolescenți și la persoanele necăsătorite.

Bolile cu transmitere sexuală tind să apară la o vârstă mai fragedă la femei, fiind legate de tipurile de activitate sexuală și de ratele relative de transmitere de la un sex la altul. Prioritatea sănătății publice este controlul bolilor cu transmitere sexuală. Întrucât BTS și HIV au în comun mulți factori de risc comportamentali, eforturile de a încuraja persoanele să modifice comportamentele sexuale și să adopte practici sexuale mai sigure vor avea un impact benefic asupra ambelor afecțiuni.

În urma unui contact sexual neprotejat întâmplător, se pot transmite una sau mai multe boli sexuale, cu impact imediat sau tardiv asupra sănătății individului dar și asupra psihicului acestuia.

În combaterea BTS este important implicarea personalului medical și implementarea de programe de informare a populației despre BTS (mass-media, TV, programe educaționale în școli, internet, susținerea programelor naționale de sănătate). Prin diagnosticarea și tratarea pacienților, putem preveni eficient răspândirea bolilor cu transmitere sexuală.

Particularitățile îngrijirii pacientului cu acnee

Maier Rasa Elena, Jianu Alina Florentina, Iancu Gabriela

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu

Acneea este una dintre cele mai frecvente afecțiuni ale pielii. Acneea reprezintă cea mai importantă manifestare clinică a sindromului seboreic. Afecțiunea este mai frecventă la copii în pubertate, la adolescenți și la adultul tânăr. Acestea fac parte din structura normală a pielii, având cea mai mare densitate la nivelul feței și al toracelui.

Se descriu mai multe grade de severitate de acnee. Acnee ușoară care evoluează cu comedoame închise sau deschise. Acnee moderată care prezintă în plus papule și pustule. Acnee severă la care se mai adaugă chisturi și noduli.

În funcție de severitatea afecțiunii simptomele se pot manifesta prin apariția a diferite tipuri de leziuni: puncte negre, papulele, pustulele, nodulii și chisturi. Principalele cauze ale bolii sunt genetice (hiperproducție de sebum, cheratinizare anormală); endocrine (debutul bolii la pubertate, frecvențele agravării premenstruale); exogeni (hidrocarburi clinice holoanogene, gudroane); iatrogeni (produse cosmetice grase).

Îngrijirea corespunzătoare a tenului reprezintă un aspect foarte important al tratamentului împotriva acneei, așadar se recomandă igiena tenului cu produse speciale ce nu usucă sau îngrășă pielea și oferă o îngrijire optimă. Hidratarea este un pas esențial în îngrijirea oricărui tip de ten indiferent de tipul și problemele acestuia. Reprezintă un aspect foarte important al tratamentului împotriva acneei. Acneea are drept scop reducerea numărului și severitățile acneice, împiedicarea formării de cicatrice și atenuarea disconfortului psihologic.

Scopurile tratamentului sunt reducerea numărului și a severității leziunilor acneice existente, prevenirea formării de noi leziuni și împiedicarea apariției cicatricilor și a desfigurării permanente.

Cea mai bună metodă de prevenție împotriva acneei este un stil de viață sănătos și o igienă corespunzătoare.

Retronichia - prezentare de caz

Manta (Macrea) Anca, Togan (Mihai) Mihaela, Barna Corina

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Spitalul Militar Sibiu

Retronichia este o entitate recent descrisă și subdiagnosticată. Aceasta presupune secționarea lamei unghiale în urma unui traumatism acut cu separarea acesteia de matricea unghială și patul unghial, ceea ce duce la o creștere verticală a lamei unghiale noi în repliul unghial proximal. Când acest fenomen se produce repetitiv, se pot observa multiple straturi ale lamelor unghiale suprapuse.

Din punct de vedere clinic suspiciunea apare atunci când există un perionix proximal cronic asociat cu o întrerupere în creșterea lamei unghiale și multiple lame unghiale suprapuse.

În acest articol prezentăm un caz clinic de retronichie cu evoluție de mai multe luni care a fost rezolvată prin avulsia lamei unghiale.

Nursingul pacientului cu zona zoster

Marica Alexandra Ioana Livia, Laziun Karina Silvia, Iancu Gabriela

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu

Zona zoster (herpes zoster) este o infecție provocată de virusul varicelo-zosterian care afectează rădăcinile nervoase. În starea dormantă a virusului, precum scăderea imunității și condiții favorizante, virusul se înmulțește și migrează pe cale nervoasă retrogradă până la nivel cutanat unde se manifestă ca zona zoster. De obicei erupțiile sunt precedate de o durere arzătoare, care chiar și după vindecare poate persista câteva luni. Factori ce influențează boala sunt antecedente de varicelă, stresul, vârsta, imunitatea scăzută, bolile cronice. Semne și simptome sunt leziuni la nivelul tegumentelor și mucoaselor, cefalee, dureri la masticatie, catar respirator, mâncărime. Tratamentul zonei zoster include antivirale și medicamente analgezice, antiinflamatoare.

Asigurarea unui mediu confortabil pentru un pacient cu zona zoster implică menținerea unei temperaturi constante în cameră și aerisirea camerei, folosirea lenjeriei curate și neiritabilă pe pielea pacientului, reducerea luminii excesive și a zgomotului. Managementul pacienților cu zona zoster implică prevenirea răspândirii virusului, reducerea durerii, educarea pacienților despre boală și prevenirea leziunilor extinse și dezvoltarea complicațiilor, menținerea igienei tegumentelor și asigurarea alimentației și hidratării adecvate. Asistentul medical joacă un rol important în îngrijirea pacienților cu zona zoster, luând în considerare istoricul pacientului și manifestări clinice.

Îngrijirea pacientului cu psoriazis

Mihu Roxana Iuliana, Lascu Luiza Cristina, Iancu Gabriela

Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, Facultatea de Medicină

Psoriazisul este o dermatoză inflamatorie cronică, mediată imunologic, cu o puternică predispoziție genetică. Cel mai frecvent apare sub formă de papule și plăci variabile din punct de vedere al morfologiei, distribuției și severității, având un puternic impact emoțional și psihosocial asupra vieții pacienților afectați.

Intervențiile asistentului medical pentru pacientul cu psoriazis constă în identificarea și eliminarea factorilor favorizanți sau agravanți ai bolii; aprecierea aspectului tegumentelor, mucoaselor și anexelor (culoare, stare de hidratare, turgor, secreție sudorală, leziuni cutanate); comunicare cu pacientul. Schimbarea lenjeriei de pat și de corp, ori de câte ori este nevoie; aplicarea antiinflamatoarelor și antipruriginoaselor, a unguentelor cu acțiune emolientă. Efectuarea băilor pentru îndepărtarea crustelor, scuamelor și pentru hidratarea cutanată.

Observarea apariției unor complicații, efectuarea educației sanitare a pacientului cu privire la măsuri de prevenire a infectării leziunilor, a necesității respectării dietei prescrise de medic, a tratamentului prescris la domiciliu, necesitatea unei igiene riguroase și încurajarea pacientului în aprecierea aspectului fizic, în vederea redobândirii imaginii de sine pozitivă. Aplicarea tratamentului local prescris de medic și urmărirea efectului. Asistentul medical va respecta modul de aplicare a tratamentului local, contraindicațiile de aplicare, modalitățile de îndepărtare.

Psoriazisul este o boală cronică cu care pacientul va trebui să învețe să trăiască toată viața. Nu există un tratament curativ pentru psoriazis, însă simptomele pot fi controlate printr-un tratament adecvat, astfel încât pacientul să ducă o viață normală, fără să se simtă stigmatizat. Hidratarea, renunțarea la fumat și gestionarea stresului sunt elemente care pot ajuta.

Cauze endocrine ale hirsutismului. Modalități de diagnostic și tratament

Nagy Roxana, Beldean Luminița

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu

Hirsutismul e una dintre cele mai frecvente motive pentru care se solicită un consult la medicul endocrinolog. Hirsutismul constă în prezența părului în zone în care el nu ar trebui să existe la femei - de exemplu pe față, bărbie, buza superioară, piept, în jurul areolelor mamare, sub ombilic pe linia albă abdominală, pe spate, umeri, fese, coapse, etc., zone în care părul există doar la bărbați, fiind determinat de prezența hormonului androgen numit testosteron.

Sindromul ovarelor polichistice se caracterizează printr-un dezechilibru hormonal și anume prezența unui nivel ridicat de hormoni masculini androgeni și ovulație rară sau absentă (anovulație). Când hirsutismul apare ca o manifestare a uneia dintre aceste afecțiuni, el este de obicei însoțit și de alte semne cum ar fi: tulburări de ciclu menstrual (menstruația tinde să întârzie peste 35 de zile, e în cantitate redusă sau dimpotrivă, în cantitate mare și cu frecvență crescută), sindrom premenstrual (dureri de sâni, abdominale, cefalee, iritabilitate, nervozitate, poftă exagerată de dulciuri), infertilitate, acnee, căderea părului de pe cap (alopecie) și îngrășarea lui (hiperseboree), tendința la creștere ponderală sau chiar obezitate.

Diagnostic: testosteron liber și total, androstendion, 17 - alfa hidroxiprogesteron, cortizol urinar, plasmatic, testul de supresie la dexametazonă, FSH, LH, prolactina, testarea funcției tiroidiene. Alte investigații: ecografie abdominală pentru diagnosticul sindromului ovarelor polichistice (SOPC); investigarea ovulației sau a rezistenței la insulină; tomografie computerizată sau RMN – indicate în cazurile în care se suspectează o tumoră.

Tratamentul constă în terapie combinată farmacologică, la care se adaugă metodele directe de îndepărtare a părului. În cazul sindromului ovarelor polichistice care implică și tulburări de ciclu menstrual, medicul ginecolog poate recomanda contraceptive orale combinate pentru reglarea nivelului de hormoni din corp. De asemenea, în funcție de rezultatele analizelor hormonale, medicul endocrinolog poate recomanda și anumite medicamente anti-androgeni. Pe lângă tratamentul cu medicamente, terapia cosmetică este benefică, însă cu precizarea că tratează doar efectul, nu și cauza.

Terapia cosmetică este orientată spre mascarea sau îndepărtarea părului din zonele expuse ale pielii: decolorarea părului cu perhidrol; metode de îndepărtare a părului (radere, ceară, epilarea chimică, epilare temporală, epilarea definitivă cu laser, epilare definitivă cu IPL).

Răspunsul la tratament este lent pentru că ciclul de viață al foliculului pilos este de aproximativ 6 luni, motiv pentru care efectele abia după acest interval sunt vizibile. Pe perioada tratamentului se pot utiliza metode mecanice de îndepărtare a părului, dar medicația nu se reevaluează mai devreme de acest interval. Durata tratamentului variază în funcție de efecte și de vârsta pacientei.

Recomandări terapeutice ale fotodinamoterapiei - update conform ghidului european

Neagu Iuliana Mihaela¹, Iancu Gabriela Mariana^{1,2}

¹Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu, Clinica Dermatovenerologie

²ULBS, Facultatea de Medicină, Disciplina Dermatologie

Terapia fotodinamică implică activarea unei substanțe fotosensibilizante cu ajutorul radiațiilor din spectrul luminii vizibile și are ca efect producția de specii reactive de oxigen în celulele țintă. Prin acest mecanism sunt distruse celulele canceroase, dar se obține și un efect imuno-modulator.

Indicațiile pentru care terapia fotodinamică topică este aprobată sunt keratozele actinice, boala Bowen și carcinoamele bazocelulare superficiale. Suplimentar, această terapie are rezultate remarcabile și este folosită în tratamentul câmpului de cancerizare, în fotorejuvenare, acnee, veruci recalcitrante, leishmanioză cutanată și onicomicoză. De asemenea, s-au efectuat studii pentru eficiența

terapiei fotodinamice în prevenția cancerelor cutanate la pacienții imuno-compromiși și prevenția carcinomului spinocelular la pacienții cu câmp de cancerizare.

Protocoalele aprobate la nivel european folosesc două metode de terapie fotodinamică: "daylight" și convențională. Terapia fotodinamică în regim "daylight" este indicată în tratamentul keratozelor actinice, iar metoda convențională în tratamentul cancerelor cutanate superficiale și keratozelor actinice atunci când reprezintă singura metoda disponibilă.

În urma utilizării terapiei fotodinamice topice, rezultatele sunt comparabile cu metodele standard de tratament, dar cu o durată de îngrijire și o rată a reacțiilor adverse mai scăzută, astfel fiind preferată de către medic și pacient. La momentul actual, pentru a crește ratele de răspuns terapeutic și reducerea recidivelor, se studiază asocierea terapiei fotodinamice cu alte tratamente topice (imiquimod) sau proceduri laser.

În concluzie, terapia fotodinamică reprezintă o adevărată unealtă în tratamentul leziunilor precanceroase, carcinoamelor cutanate și a câmpului de cancerizare, cu tot mai multe dovezi care să susțină eficacitatea și siguranța acestei terapii. Rămâne necesitatea elaborării și optimizării protocoalelor terapeutice pentru reducerea reacțiilor adverse și creșterea eficacității, dar și pentru lărgirea spectrului indicațiilor.

Abordarea nursing a unui pacient cu carcinom bazocelular

Nistor (Popianoș) Roxana Mariana, Popa Ionela Petronela, Vecerzan Liliana

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu

Dintre tipurile de neoplasme cutanate, carcinomul bazocelular (CBC) este cel mai frecvent întâlnit, el afectând celulele din stratul bazal. La nivelul acestui strat cutanat are loc sinteza graduală de noi celule, pe măsură ce se produce apoptoza celor vechi.

Se localizează cu predilecție, pe zonele fotoexpuse (față, gât, decolteu, scalp, torace posterior, retroarticular sau chiar genital). Etiopatogenic, carcinomul bazocelular este cauzat de o mutație în materialul genetic al celulelor bazale ce va determina o producție anormală și excesivă de celule la nivelul stratului bazal, care prin supraaglomerare vor produce, de cele mai multe ori, un nodul la nivelul epidermului.

În ceea ce privește factorii de risc aceștia sunt reprezentați de expunerea solară prelungită, radiațiile UV artificiale, fototipurile deschise, vârsta înaintată, imunitatea scăzută, locuri de muncă în aer liber sau contaminarea cu arsenic.

Clinic, carcinomul bazocelular se evidențiază prin apariția unui nodul roz, lucios, cu microvascularizație fină, vizibilă pe suprafața acestuia. Acest aspect este tipic pentru CBC nodular, având o evoluție lentă și asimptomatică, adresabilitatea la medic apărând doar în momentul în care pe suprafața acestuia apar ulcerații, cu mini-hemoragii repetate și fără tendință de a se vindeca. Există și alte forme de carcinom bazocelular, precum cel superficial, ulcerat, morfeiform, pigmentat, ulcerat terebrant, etc, dar cele menționate anterior sunt cele mai frecvent întâlnite în clinica dermatologică.

Tratamentul în această patologie constă, în majoritatea cazurilor, în excizia chirurgicală, dar cu toate acestea, și cu luarea marginilor de siguranță, riscul de recidivă este încă existent.

În ceea ce privește rolul asistentei medicale la un pacient cu carcinom bazocelular, se remarcă educația în scopul profilaxiei primordiale, instruirea pacientului în a fi capabil să își monitorizeze aspectul pielii și consultul precoce la medicul specialist dermatolog. Se poate concluziona că spre deosebire de alte tipuri de cancer, carcinomul bazocelular nu este cel mai agresiv, dar este cu siguranță cel mai frecvent întâlnit, tocmai de aceea asistenta medicală trebuie să aibă cunoștințele necesare pentru a-l putea observa în colective, dar și pentru a instrui mai departe indivizii în scopul auto-examinării.

Intervenții nursing aplicate unui pacient cu melanom malign

Popa Ionela Petronela, Nistor (Popianoș) Roxana Mariana, Vecerzan Liliana

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu

Fiind cea mai agresivă formă de neoplasm cutanat, melanomul malign reprezintă un subiect intens discutat, dar și temut în rândul populației generale.

Fiziopatologic acesta este cauzat de o modificare cancerigenă a melanocitelor, celulele secretante de melanină, pigmentul responsabil de colorarea pielii, a irisului și a firelor de păr. Se consideră că la baza întregului proces stă o cumulare a factorilor genetici și a celor de mediu.

Simptomatologia se poate evidenția prin sistemul „ABCDE”, astfel: A – asimetrie (la plierea imaginată a leziunii în jumătate, marginile nu se suprapun), B – borders (marginile neregulate, rugoase), C – culoare (culoarea leziunii nu este uniform distribuită, variind de la maro deschis la închis sau chiar negru), D – dimensiuni (în general leziunile cu diametrul mai mare de 6 mm ridică o problemă, dar cu toate acestea, excepțional, există și melanoame de dimensiuni mai reduse), E – evoluție (leziunea are tendința de a evolua rapid și agresiv, suferind modificări continue în ceea ce privește colorația, marginile și dimensiunile).

Tratamentul este stabilit de o echipă multidisciplinară, formată din dermatolog, oncolog, radioterapeut, chirurg plastician și psihoterapeut. De elecție este intervenția chirurgicală, dar se utilizează frecvent și terapia sistemică și, mai rar, și radioterapia.

Rolul asistentei medicale constă în educarea generală a populației în ceea ce privește profilaxia, utilizând creme de protecție solară, evitând radiațiile UV și auto-examinarea leziunilor cutanate. Indivizii trebuie să știe că orice leziune care își modifică aspectul, este neregulată, policromă și de dimensiuni semnificative necesită o investigație amănunțită realizată de către un medic specialist în vederea clasificării corecte. În cazul în care diagnosticul de melanom malign este pozitiv, pacientul trebuie consiliat, încurajat, ascultat și abordat cu empatie

Așadar, se poate concluziona că efectele de care melanomul malign le are asupra organismului sunt într-adevăr drastice, așadar profilaxia și recunoașterea precoce a acestuia sunt de o importanță deosebită, asistenta medicală fiind una din sursele principale de promovare a acestor informații în diverse colectivități.

Manifestări clinice în infecțiile cu virusul herpes simplex

Preda Georgiana Adelina, Tatu Cristina Iuliana, Iancu Gabriela

Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, Facultatea de Medicină

Virusul herpes simplex (HSV) este un virus cu ADN care face parte din familia Herpesviridae și cauzează infecții în organismul uman. Cele două tipuri principale sunt HSV-1 și HSV-2, ambele însoțite de vezicule, dureroase pe piele sau pe mucoase (precum gură sau buze) sau pe organele genitale. După infectare, virusul herpes simplex poate rămâne latent în organism, adică poate fi inactiv pentru o perioadă lungă de timp, dar poate deveni reactiv și provoca recurențe ale infecției. Recurențele sunt declanșate adesea de factori precum stresul, expunerea la soare sau scăderea sistemului imunitar. HSV poate fi transmis de la o persoană la alta prin contact direct cu leziunile. Infecția cu HSV poate avea consecințe serioase în cazul unor grupuri vulnerabile, cum ar fi nou-născuții sau persoanele cu sistemul imunitar slăbit.

Manifestările infecțiilor cu virusul herpes simplex (HSV) variază în funcție de tipul de virus (HSV-1 sau HSV-2) și de localizarea infecției. HSV-1 (Herpes simplex de tip 1), de obicei, este asociat cu infecțiile orale, precum herpesul bucal (herpes labialis). Poate provoca, de asemenea, herpesul oftalmic și alte infecții la nivelul gurii sau feței. HSV-2 (Herpes simplex de tip 2) este principalul cauzator al herpesului genital, o infecție cu transmitere sexuală. Se transmite, de obicei, prin contact sexual cu o persoană infectată. Poate fi prezent și în alte părți ale corpului, cum ar fi zona anală sau orală.

Prevenirea și tratamentul în cazul infecțiilor cu virusul herpes simplex (HSV) implică abordări diferite pentru gestionarea și reducerea simptomelor recurente. Prin prevenire ne referim la evitarea contactului cu veziculele herpetice ale unei persoane infectate pentru a reduce riscul de transmitere. Tratamentul se face cu medicamentele antivirale, cum ar fi aciclovir, valaciclovir și famciclovir, care sunt folosite pentru a trata infecțiile active cu HSV și pentru a reduce durata și severitatea simptomelor, acestea funcționând prin suprimarea replicării virusului. Tratamentul simptomelor cu medicamentele analgezice pot ajuta la gestionarea durerii și disconfortului cauzate de leziuni.

Depistarea și abordarea psoriazisului: cauze, manifestări și strategii de tratament

Răhăian Ioana Dariana, Helgiu Claudiu Vasile

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Chirurgie vasculară

Psoriazisul este o afecțiune cronică a pielii caracterizată prin creșterea rapidă a celulelor pielii, care duce la formarea de plăci roșii, solzoase și pruriginoase pe suprafața pielii. Această boală afectează nu numai calitatea vieții pacienților, ci poate avea și un impact emoțional semnificativ. Depistarea și gestionarea adecvată a psoriazisului sunt esențiale pentru ameliorarea simptomelor și îmbunătățirea stării generale de sănătate a pacienților.

Pacienta AB, în vârstă de 35 de ani, se prezintă la cabinetul medical cu plângeri legate de leziuni cutanate persistente și pruriginoase. A suferit de psoriazis timp de aproximativ 10 ani, dar în ultima perioadă, simptomele au devenit mai severe și mai dificil de gestionat. În ciuda utilizării de tratamente topice și fototerapie în trecut, leziunile au rămas active și au avut un impact negativ asupra stării sale emoționale și a încrederii în sine.

La evaluarea inițială, leziunile cutanate au fost examinate în detaliu. Acestea includeau plăci solzoase, roșii și inflamate pe zonele genunchilor, coatelor și scalpului. Medicul dermatolog a confirmat diagnosticul de psoriazis și a discutat cu pacienta despre opțiunile de tratament disponibile.

Pacienta AB a fost informată cu privire la natura cronică a psoriazisului și la rolul managementului adecvat în controlarea simptomelor. A primit informații detaliate despre cauzele, factorii declanșatori și opțiunile terapeutice, pentru a-și dezvolta o înțelegere mai profundă a afecțiunii sale. Dată fiind extinderea și severitatea leziunilor, s-a decis că tratamentele topice pot fi îmbunătățite, cu unguente cu corticosteroizi și analogi de vitamina D, precum și instrucțiuni clare privind aplicarea corectă și frecvența utilizării. În cadrul planului de tratament, pacienta a fost inclusă într-un program de terapie fotodinamică cu UVB. Aceasta a implicat ședințe regulate de expunere controlată la lumină ultravioletă sub supravegherea atentă a medicului.

Întrucât psoriazisul a avut un impact semnificativ asupra stării emoționale a pacientei, a fost introdusă consilierea psihologică în planul de îngrijire. Terapeutul a lucrat cu ea pentru a aborda anxietatea și stresul asociate bolii și pentru a dezvolta strategii de gestionare a acestor aspecte.

Pacienta a fost programată pentru vizite medicale regulate pentru a evalua răspunsul la tratament și pentru a face ajustări în consecință. A fost încurajată să discute cu medicul orice schimbări sau preocupări. Pe măsură ce a urmat planul de îngrijire, pacienta a observat o îmbunătățire semnificativă a leziunilor sale și a simptomelor asociate, precum mâncărimea și roșeața. Terapia fotodinamică și tratamentele topice au jucat un rol esențial în controlul bolii. Suportul psihologic a contribuit la creșterea încrederii în sine și la gestionarea stresului. Pacienta a devenit parte activă în gestionarea propriei sale sănătăți și înțelege importanța menținerii unui plan de tratament adecvat.

În concluzie, îngrijirea pacientului cu psoriazis este o abordare holistică și personalizată, care implică atât gestionarea simptomelor cutanate, cât și a impactului emoțional al bolii. Prin educare, tratamente adecvate și sprijin psihologic, pacienții pot obține îmbunătățiri semnificative în calitatea vieții lor. Colaborarea strânsă între pacient și echipa medicală este esențială pentru a dezvolta un plan de îngrijire eficient, menit să controleze simptomele, să sporească încrederea în sine și să ofere suportul necesar pe parcursul gestionării acestei afecțiuni cronice.

Tipuri de leziuni tegumentare la pacientul cu diabet zaharat

Rus (Slevaș) Elida Bianca, Tănăsescu Denisa

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Diabet și Boli de Nutriție

Diabetul poate să afecteze toate organele importante, inclusiv pielea, cel mai mare organ. Nu mai puțin de 33% din totalitatea pacienților cu diabet zaharat ajung ca în timp să dezvolte o afecțiune cutanată. Uneori, afecțiunea cutanată este chiar primul semn al diabetului, cel care determină prezentarea pacientului la medic. Diagnosticate la timp, astfel de probleme pot fi tratate relativ ușor iar pacientul poate fi educat în ceea ce privește recunoașterea și prevenirea lor ulterioară.

Pacientă în vârstă de 66 de ani, cunoscută cu diabet zaharat de tip 2 de 10 ani, în tratament cu antidiabetice orale, cu obezitate de gradul 1, se prezintă la cabinet acuzând dureri ale membrelor inferioare și dureri ale unghiei halucelui, bătăături calcaneele și piele uscată, hiperpigmentare și hiperkeratoză ale pielii în zona gâtului și a axilei, dispnee inspiratorie la eforturi fizice mici, incontinență urinară la efort, anxietate, creștere ponderală de 15 kilograme într-un an, simptome accentuate în ultima lună. În decursul investigațiilor clinice s-a evidențiat un stil de viață nesănătos, cu o alimentație inadecvată prin surplus, cu intoleranță la activitate fizică. Paraclinic, pacientului i se recomandă efectuarea testului Semmens- Weinstein și a testelor de laborator pentru monitorizarea colesterolului, a hemoglobinei glicozilate și a glicemiei.

Riscul cel mai mare pentru un pacient cu diabet zaharat care prezintă afecțiuni dermatologice este continuarea unui stil de viață nesănătos, toxic, nepotrivit tratamentului prescris de medicii specialiști. Deasemenea, este important ca pacienții să cunoască importanța păstrării unei igiene adecvate, căci cu cât problemele tegumentare sunt diagnosticate mai rapid, cu atât evoluția lor poate fi ținută sub control mai bine. În plus, foarte multe apar ca și semne directe ale creșterii glicemiei, deci monitorizarea lor oferă date despre nivelul glucozei și eficiența tratamentului antidiabetic propriu-zis.

Acneea la pubertate

Similie (Puscașu) Ana Maria, Macre Petronela Maria, Iancu Gabriela

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu

Marea majoritate a adolescenților se confruntă cu această "boală", dar acneea apare și la persoane de toate vârstele. Am observat că unii adolescenți fac acnee juvenilă în timp ce alții nu prezintă boala, dar acneea este un subiect delicat în rândul tinerilor deoarece la fete începe în jurul vârstei de 10-11 ani, iar la băieți în jurul vârstei de 11-12 ani. La pubertate tinerii trec printr-o întreagă transformare hormonală cu apariția punctelor negre, punctelor albe, papulelor și pustulelor pe ten. Toate aceste schimbări îl fac pe adolescent să se simtă inconfortabil în prezența altor adolescenți sau a persoanelor din jurul lor. Unii adolescenți au tendința de a acționa asupra acestora, acest fapt ducând la agravarea lor și uneori chiar și la apariția cicatricilor. Ceea ce este important este ca adolescentul să fie îndrumat în a avea o igienă corectă a tenului, să trateze și să se îngrijească sau să consulte un medic dermatolog stabilind modul de vindecare, deoarece acneea nu este imbatabilă.

Terapia sau metoda de vindecare recomandată de medical dermatolog trebuie ajustată fiecărui pacient în funcție de severitatea acneei. Fiecare pacient răspunde la tratament și are un grad de tolerabilitate diferit. Un rezultat bun începe să apară nu mai repede de 4-6 luni de tratament. Trebuie ținut cont și de alți factori precum vârsta, hormonii, alimentația, medicația, stresul etc. care sunt implicați în producerea acneei la pubertate. Este nevoie de multă răbdare din partea adolescenților și de a înțelege că organismul lor este într-o continuă schimbare la pubertate.

Utilizarea diagnosticelor NANDA-I standardizate în alcătuirea planului de nursing la pacientul cu afectări vasculare la nivelul gambei

Mihaela Stroilă, Rahela Șandru, Laura Elena Gligor, Gabriela Iancu

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu

Leziunile vasculare reprezintă tulburări ale circulației cu evoluție lentă dar progresivă. Ateroscleroza obliteranta este cea mai importantă cauză de boală arterială obstructivă a extremităților. Rolul asistentului medical în prevenirea și tratarea acesteia este determinant. Utilizarea limbajului nursing standardizat (SNL) este o condiție esențială pentru dezvoltarea unui plan de îngrijire bazat pe dovezi clinice și individualizat pe pacient.

Dezvoltarea unui plan de îngrijire trebuie să aibă la bază cele 5 etape ale procesului de nursing: colectarea datelor, analiza și interpretarea datelor (diagnostice de nursing NANDA-I), planificarea îngrijirilor, intervenții și evaluare. Utilizând SNL se pot aduce îmbunătățiri în stabilirea unor intervenții individualizate pe pacient și a unor obiective realiste. Mai mult, utilizarea diagnosticelor NANDA-I, fiind alcătuite pe dovezi clinice, aduc un plus în alcătuirea planului în acest mod. Prin urmare, planurile de îngrijire se aliniază la două concepte de actualitate în medicină și nursing (îngrijiri acordate pe bază de dovezi și centrate pe pacient), ceea ce corespunde cu standardele actuale de practică nursing aplicate la nivel internațional. De asemenea, cunoașterea îndeaproape a semnelor și simptomelor, a investigațiilor necesare, a medicamentelor, a pansamentelor existente pe piață, corelate cu identificarea corectă a gradului de ischemie, la care se adaugă răbdarea și perseverența, vor duce în mod cert la rezultate favorabile atât pentru pacient cât și pentru echipa de îngrijire.

Planul de îngrijire incluzând limbajul nursing standardizat este un instrument de lucru obligatoriu pentru asistenții medicali în îngrijirea pacienților cu leziuni vasculare la nivelul gambei, ducând la creșterea calității îngrijirilor. Succesul în tratarea leziunilor vasculare depinde de cunoștințele medicale actualizate, de cazuistică, de întocmirea unui plan de îngrijire pe necesitățile fiecărui individ.

Tratamentul morfeei

Hanea (Tarnu) Iuliana, Baldovin Ioana

Secția Clinică Dermato-Venerologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu

Morfeea este o tulburare rară a țesutului conjunctiv care apare în principal la copii (între 2 și 14 ani) și la femei. Aceasta este caracterizată prin pete inflamatorii și/sau benzi de piele îngroșată în regiunea capului și gâtului, trunchi și extremități. În funcție de gradul și profunzimea fibrozei, este clasificată în cinci tipuri principale (limitată, generalizată, liniară, profundă și mixtă), precum și în diverse subtipuri (tip placă, pansclerotică, en coup de sabre, etc.). Chiar dacă este considerată o boală limitată la piele, anumite subtipuri sunt asociate cu manifestări extracutanate, cum ar fi musculo-articulare, sistem nervos central și oculare. Cu toate acestea, în ciuda prezenței manifestărilor extracutanate, tranziția de la sclerodermia localizată la sclerodermia sistemică nu are loc.

Fiziopatologia sa nu este pe deplin înțeleasă; totuși, se știe că există o deteriorare microvasculară inițială și un răspuns anormal al limfocitelor T, care generează producția anormală de colagen și fibroză.

Evaluarea activității bolii pe baza scorurilor clinice validate în prezent este un pas crucial în evaluarea inițială a pacienților cu morfee. Un diagnostic tardiv sau o evaluare incorectă a gravității pot duce la amânarea tratamentului adecvat și, astfel, la dizabilități fizice și funcționale, precum și la scăderea calității vieții.

Deși nu există un tratament specific pentru morfee, există totuși o varietate de opțiuni terapeutice, mai ales pentru faza activă a bolii. În general, opțiunile terapeutice sunt divizate în tratamente topice și sistemice, precum și fototerapie. Înaintea inițierii schemei terapeutice, trebuie luate în considerare atât extinderea, cât și severitatea bolii. În general, tratamentul topic și fototerapia sunt

recomandate în cazul formelor limitate de morfee, în timp ce în cazul formelor generalizate, liniare sau profunde se recomandă tratament sistemic și asociat topice și fototerapie. În cazul formei liniare juvenile, tratamentul sistemic trebuie inițiat cât mai precoce. În cazul formelor fără afectarea straturilor profunde se recomandă tratament topic cu glucocorticoizi alternativ cu derivați de vitamina D (pentru a crește efectele benefice, acestea se pot aplica sub ocluzie). Se poate asocia fototerapie UVA sau PUVA. În cazul formelor cu afectarea straturilor profunde se recomandă tratament cu Metotrexat în monoterapie sau asociat cu glucocorticoizi sistemici.

Stadiile de evoluție ale sifilisului

Tatu Cristina Iuliana, Preda Georgiana Adelina, Iancu Gabriela

Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, Facultatea de Medicină

Sifilisul este o boală cu transmitere sexuală (BTS) cu o istorie lungă și un impact semnificativ asupra sănătății umane. Cauzată de *Treponema pallidum*, această infecție poate afecta multiple sisteme ale corpului și poate progresa prin diferite stadii dacă nu este tratată corespunzător. Aceasta boală se transmite, de obicei, prin contact sexual neprotejat cu o persoană infectată, dar poate fi, de asemenea, transmis și de la mamă la făt în timpul sarcinii sau la naștere. Sifilisul evoluează în patru stadii diferite: primar, secundar, latent și terțiar, la care se adaugă și tipul congenital.

Stadiul primar începe cu apariția unei ulceratii sau leziuni numită șancru, în locul în care bacteriile au intrat în organism (de obicei, zona genitală, buze sau gură). Șancrul este nedureros și poate dispărea fără tratament în câteva săptămâni.

Stadiul secundar. Dacă sifilisul nu este tratat, boala avansează către acest stadiu, care poate apărea la câteva săptămâni sau luni după dispariția șancrului. Simptomele pot include erupții cutanate, febră, dureri de cap, dureri musculare, oboseală și umflarea ganglionilor limfatici. Aceste simptome pot dispărea și ele, dar boala rămâne în organism.

Stadiul latent. Sifilisul netratat trece într-o fază latentă, în care nu apar simptome evidente, dar bacteriile rămân în corp și pot afecta organele interne. Acest stadiu poate dura ani.

Stadiul terțiar. Dacă sifilisul nu este tratat pentru o perioadă lungă de timp, poate progresa către stadiul terțiar, care poate provoca leziuni grave în organele interne, cum ar fi inima, creierul, nervii și oasele. Aceste complicații pot fi foarte grave și pune în pericol viața.

Stadiul congenital apare atunci când o mamă gravidă cu sifilis (indiferent de stadiul bolii ei) transmite *Treponema pallidum* fătului. Aceasta poate avea loc în timpul sarcinii prin trecerea bacteriilor prin placenta sau în timpul nașterii, prin contactul direct cu leziunile sau sângele infectat al mamei.

Sifilisul este o boală cu transmitere sexuală serioasă, dar cu diagnostic și tratament precoce, poate fi gestionată eficient. Educația și prevenirea sunt cheia în lupta împotriva acestei infecții, iar consultarea unui medic în cazul apariției simptomelor este crucială pentru sănătatea individuală și comunitară.

Keratodermii palmo-plantare - generalități

Tincu Diana¹, Maniu Horia¹, Rotaru Maria^{1,2}

¹ Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu, Secția Clinică Dermatovenerologie

² Universitatea „Lucian Blaga” Sibiu, Facultatea de Medicină

Keratodermiile palmo-plantare reprezintă un grup complex de afecțiuni caracterizate prin hiperkeratoza pielii de la nivel palmar și plantar. Pot fi clasificate în două categorii: ereditare și dobândite, cu diferențe în transmitere ereditară, prezența transgredienței (extensia hiperkeratozei dincolo de pielea palmară și/sau plantară), comorbidități și gradul de implicare epidermică.

Incidența exactă a keratodermiilor palmo-plantare nu este cunoscută cu precizie, deoarece această afecțiune poate fi subdiagnosticată sau poate fi asociată cu alte condiții medicale. Cu toate acestea, se estimează că aproximativ 1% din populația generală poate fi afectată de o formă de keratodermie palmo-plantară, cu variații regionale și rasiale. Este important de remarcat faptul că anumite forme clinice de keratodermii palmo-plantare, cum ar fi boala de Meleda, sunt mai frecvente în anumite populații sau regiuni geografice, fiind asociate cu frecvența mai mare a transmiterii autosomal recesive.

Formele ereditare de keratodermie palmoplantară sunt rezultatul mutațiilor în gene care codifică proteine implicate în formarea și funcționarea citoscheletului celular sau în adeziunea celulară și semnalizarea celulară. Această categorie de keratodermii poate fi însoțită sau nu de manifestări extracutanate și poate fi prezentă ca parte a unui număr mare de genodermatoze, incluzând ichtioze și bolile buloase ereditare.

Diagnosticul exact al keratodermiilor palmo-plantare este dificil din cauza heterogenității fenotipurilor și a genotipurilor și necesită o abordare integrală - evaluări clinice, histopatologice, teste genetice, analiză detaliată a istoricului familial și a simptomelor asociate. Tratamentul keratodermiilor palmo-plantare este complex și se concentrează pe gestionarea simptomelor și îmbunătățirea calității vieții pacientului.

Opțiunile terapeutice pot include utilizarea de emoliente, creme hidratante, keratolitice, retinoizi, în unele cazuri terapii medicale specifice (crioterapie, electrocoagulare, excizie chirurgicală, fototerapie, laser CO₂, etc).

Pilomatrixom - prezentare de caz

Togan (Mihai) Mihaela, Manta (Macrea) Anca, Barna Corina

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Spitalul Militar Sibiu

Pilomatrixomul sau epiteliomul calcifiant Malherbe este una dintre cele mai frecvent întâlnite formațiuni tumorale la copii. Se prezintă ca un nodul dermic dur la palpare care poate avea un aspect albăstrui în cazul în care este localizat superficial și uneori se poate ulcera și elimina un conținut grunjos. Aspectul histologic este unul caracteristic, cu celule bazaloide periferice și celule necrozate "mumificate" ("ghost cells"), cu contur șters și urme nucleare, în centru, ce pot prezenta calcificări. În acest articol prezentăm cazul unui copil de 9 ani care se prezintă pentru o formațiune tumorală subcutanată de diametru 1 cm la nivelul toracelui posterior, foarte dură la palpare și dureroasă, motiv pentru care s-a optat pentru excizie chirurgicală. Examenul histopatologic confirmă diagnosticul de pilomatrixom.

Cheilita granulomatoasă - prezentare de caz

Tudoran (Negoescu) Bianca, Drăgoiu Nicoleta Andreea, Barna Corina

ULBS, Facultatea de Medicină Sibiu, Spitalul Militar Sibiu

Cheilita granulomatoasă reprezintă o afecțiune rară cu inflamația de tip granulomatos a buzelor ce se traduce din punct de vedere clinic cu edem al acestora. Poate fi idiopatică sau parte a sindromului Melkersson Rosenthal. Inițial aceasta se prezintă prin episoade de edem apoi aspectul devine permanent. În acest articol prezentăm cazul unei paciente de 82 ani cu edem al buzei superioare inițial diagnosticat ca angioedem. S-a ridicat suspiciunea unei cheilite granulomatoase datorită evoluției îndelungate a edemului și s-a efectuat biopsie cutanată. Aspectul histopatologic a pus în evidență focare izolate și confluențe de inflamație granulomatoasă alcătuită din histiocite epitelioid, unele multinucleate, fără necroză asociată. Pacienta nu prezintă semne de malabsorbție specifice bolii Crohn sau modificări radiologice de sarcoidoză pulmonară. Având în vedere rezultatele modeste ale tratamentului sistemic, pacienta refuză terapia.

Provocări terapeutice în escarele de decubit

Jurca (Tofan) Estera-Alina, Vasilca (Popa) Ermina, Iancu Gabriela

Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, Facultatea de Medicină

Escarele de decubit denumite de altfel și leziuni de presiune sau ulcere de presiune sunt leziuni ale pielii care rezultă în urma presiunii prelungite asupra ei. Escarele se formează adesea în zonele în care pielea acoperă părțile osoase ale corpului, cum ar fi: călcâiul, gleznele, șoldul, coccisul, scalpul. Escarele se pot găsi în patru stadii diferite, cel din urmă fiind cel mai grav, fiind leziunea cea mai profundă.

Ca orice altă afecțiune, și aceste leziuni pot da complicații dacă nu sunt prevenite și tratate la timp. În urma lipsei prevenției sau lipsa unui tratament corespunzător de la primele semne ele se pot transforma în adevărate provocări pentru organism prin infecții osoase, sepsis, în unele cazuri într-un anumit tip de cancer numit carcinom spinocelular.

Escarele de decubit pot fi evitate prin câteva reguli simple cum ar fi: menținerea unei igiene corespunzătoare; schimbarea poziției la pacienții imobilizați; folosirea unor dispozitive medicale cum ar fi saltele cu aer, colac etc., hidratarea pielii; evitarea produselor chimice agresive (alcool, iod); pansamente speciale; menținerea unei alimentații echilibrate.

Îngrijirea pacientului cu dermatita atopică

Păcurar Lavinia-Ioana, Iancu Gabriela

Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, Facultatea de Medicină

Dermatita atopică este o afecțiune inflamatorie a pielii care cauzează prurit intens și are o evoluție cronică. Deși începe în mod caracteristic în copilărie, poate apărea la orice vârstă. Cauza dermatitei atopice este complexă și implică mai mulți factori, inclusiv predispoziție genetică (70% dintre pacienți au antecedente familiale de atopie), perturbări ale funcționării barierei cutanate (din cauza problemelor în metabolismul lipidic al epidermei), anomalii imunitare, factori neuroendocrini și diverși factori declanșatori sau agravanți.

Printre cei mai frecvenți factori declanșatori pentru dermatita atopică se numără: factori alimentari, cum ar fi laptele de vacă, ouăle, alunele, arahidele, soia, grâul, peștele și fructele de mare, alergenii din aer, cum ar fi acarienii din praf, agenții infecțioși, precum *Staphylococcus aureus* și *Pytirosporium ovale*, factori de contact, incluzând agenți de curățare ce conțin alcool, substanțe care usucă pielea, parfumuri, detergenți și săpunuri agresive, îmbrăcăminte strâmtă și iritantă din lână sau materiale sintetice, factori fizici, cum ar fi temperaturile extreme, stresul emoțional.

Principalul și cel mai evident simptom al dermatitei atopice este pruritul, care adesea declanșează un cerc vicios: pruritul duce la grataj, gratajul determină modificări ale pielii care, în cele din urmă, reduc pragul de sensibilitate la stimuli (hiperreactivitate cutanată), ceea ce duce din nou la apariția pruritului. La copii, pruritul duce adesea la tulburări ale somnului, cu iritabilitate marcată. O caracteristică distinctivă clinică a dermatitei atopice este uscăciunea pielii.

Veruci vulgare - o patologie dermatologică frecventă

Hozaș Ștefany Doris, Hancu Dalia Georgeta, Iancu Gabriela

Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, Facultatea de Medicină

Sunt infecții produse de papilomavirusurile umane (HPV) neoconocogene. Există mai mult de 100 de forme ale virusului HPV identificate până în prezent, iar infecția cu cel puțin un tip de HPV este frecventă. Pot fi transmise de la o persoană la alta, dar și prin contactul unei suprafețe infectate și de asemenea și prin autoinoculare. Verucile vulgare sunt contagioase, iar calea de pătrundere a HPV este microtraumatismul cutanat.

Apar leziuni papuloase, verucoase, de culoarea pielii sau gălbui cu mărimea de la 2 mm până la 2 cm. Pot fi unice sau multiple, localizate de obicei palmar, la nivelul degetelor, periunghial sau plantar. Pot involua spontan.

Tratamentul verucilor vulgare: electrocauterizare, crioterapie, aplicații de substanțe keratolitice, aplicații de citostatice locale.

Verucile se numără printre cele mai frecvente manifestări ale infecției cu HPV. Infecția este favorizată de zgârieturi, tăieturi și eczeme la nivelul pielii, umezeală crescută (bazine de înot, piscine, dușuri comune), de transpirația excesivă, dar și de scăderea imunității. Verucile sunt cel mai des întâlnite la copii și la adolescenți fiindcă nu au sistemul imunitar complet dezvoltat.

Vitiligo: O afecțiune cutanată complexă

Denisse Bugneru, Mirela Caraiman, Gabriela Iancu
Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, Facultatea de Medicină

Vitiligo este o afecțiune cutanată cronică caracterizată prin dezvoltarea de pete depigmentate pe piele. În timp ce cauza exactă rămâne incertă, este larg acceptată ca o afecțiune autoimună, cu factori genetici care joacă, de asemenea, un rol semnificativ.

Eseul explorează cauzele posibile ale vitiligo, subliniind natura sa autoimună. Se discută despre modul în care sistemul imunitar atacă în mod eronat melanocitele, celulele responsabile pentru pigmentarea pielii.

Clinic apar pete depigmentate, adesea pe zone expuse la soare, ce pot afecta pacienții atât fizic, cât și emoțional, ducând la sentimente de auto-conștientizare, rușine, izolare socială, depresie și anxietate. Deși nu există niciun remediu curativ, există diverse opțiuni de tratament care ajută: corticosteroizi topici, fototerapie, medicamente sistemice și terapii biologice. Schimbările în stilul de viață, cum ar fi reducerea stresului și o dietă echilibrată, completează tratamentul medical.

Cercetarea vitiligo-ului continuă, concentrându-se pe înțelegerea mecanismelor bolii și dezvoltarea de noi terapii, inovatoare.

Înțelegerea psoriazisului

Mirela Caraiman, Denisse Bugneru, Gabriela Iancu
Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, Facultatea de Medicină

Psoriazisul este o afecțiune cutanată autoimună cronică care afectează milioane de oameni din întreaga lume. Se manifestă sub forma unor plăci roșii și scuamoase ale pielii, adesea însoțite de mâncărime și disconfort. Deși cauza exactă rămâne incertă, factorii autoimuni și genetici joacă un rol semnificativ.

Psoriazisul are situri comune: coate, genunchi, scalp și partea inferioară a spatelui. Severitatea variază, unii experimentând forme ușoare și localizate, în timp ce alții au o implicare extinsă care afectează calitatea vieții lor. Mai presus de simptomele fizice, psoriazisul poate avea un impact profund asupra bunăstării mentale și emoționale a individului.

Psoriazisul este asociat cu un risc crescut de dezvoltare a altor afecțiuni, inclusiv artrită psoriazică, boli cardiovasculare, diabet și depresie. Deși nu există o vindecare, există mai multe opțiuni de tratament disponibile, care au îmbunătățit calitatea vieții acestor pacienți.

Îngrijirea pacientului cu scabie

Hancu Dalia-Georgeta, Hozaș Stefany-Doris, Iancu Gabriela

Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, Facultatea de Medicină

Scabia este o boală infecțioasă produsă de *Sarcoptes hominis*, un acarian care se hrănește cu keratina din stratul cornos al pielii. Este contagioasă și se transmite prin contact direct cu o persoană infectată sau cu obiectele contaminate ale acesteia.

Inițial, scabia se manifestă prin prurit intens, predominant nocturn și în condiții de creștere a temperaturii corporale. În cadrul evoluției bolii, se observă la nivelul tegumentului șanțurile formate de acarieni în stratul superficial al pielii, iar la capătul șanțului se observă papulele superficiale.

Îngrijirea pacienților diagnosticați cu scabie presupune educarea pacientului pentru administrarea tratamentului prescris de medicul specialist (efectuarea unei băi calde; curățarea optimă a pielii; uscarea tegumentului; aplicarea cremei/ loțiunii prescrise); tratarea obligatorie a contracțiilor familiale; limitarea contactului cu alte persoane; spălarea frecventă a mâinilor; igienizarea vestimentației (lenjerie intimă, prosoape, cearșafuri, lenjerie de pat utilizate pe parcursul săptămânii) prin spălare la 90 de grade Celsius; verificarea integrității tegumentelor pentru prevenirea complicațiilor; reducerea pruritului exacerbat nocturn, și obținerea unui somn odihnitor; informarea pacientului despre scabie și în special despre măsurile de prevenire.

Aspecte clinice în psoriazis

Laziun Karina Silvia, Marica Alexandra Ioana Livia, Iancu Gabriela

Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, Facultatea de Medicină

Psoriazisul este o boală cronică în care sistemul imunitar devine hiperactiv, determinând înmulțirea prea rapidă a celulelor pielii. Psoriazisul se manifestă prin leziuni cutanate caracteristice: plăci eritematoase acoperite de scuame alb-argintii. Acestea apar cel mai frecvent pe coate, genunchi, scalp și trunchi.

Factorii favorizanți includ: factori infecțioși (infecțiile virale determinate de HIV și HPV, cele de tip bacterian: infecția streptococică), factori neuropsihici: stres (pacientul trebuie să învețe tehnici de relaxare și să îi fie oferit consult psihologic), unele medicamente, factori endocrini (schimbările hormonale, precum cele care se produc în perioada pubertății sau menopauzei, pot afecta evoluția bolii), alcoolul și fumatul (pacientul să reducă consumul de alcool și renunțarea la fumat), obezitatea (controlată printr-o dietă sănătoasă și exerciții) și radiațiile UV.

Formele clinice de psoriazis descrise sunt: psoriazis vulgar (plăci eritematoase bine delimitate, acoperite de scuame caracteristice), psoriazis gutat (apare brusc și se manifestă prin papule mici, în formă de picături), psoriazis inversat (leziunile apar în pliurile pielii), psoriazis pustulos (pustule sterile pe o bază eritematoasă), psoriazis eritrodermic (formă severă, cu eritem generalizat acoperite cu scuame care se desprind neîncetat), psoriazis unghial (afectează unghiile și structura acestora).