Genekor
SANOFI GENZYME
GRAL MEDICAL
ITALTRADE DISTRIBUTION
LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL
Nestlé OptiFibre
numeris medical
oncOnect
PONDERA MEDICAL
Proton Impex 2000 SRL
TOP DIAGNOSTICS
VARINAK
VEDRA INTERNATIONAL

MEDICAL MARKET

Conf. Univ. dr. Dana Lucia Stănculeanu

Președinte SNOMR

Prof. Univ. dr. Chiricuță Ioan Cristian

AMETHYST Radiotherapy Center, Otopeni

Conf. Univ. Dr. Claudia Bulz

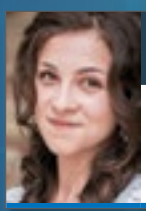
Președinte în exercițiu SRROM

Dr. Dragoș Teodor Iancu

Secția de Oncologie, Spitalul Sf. Spiridon, Iași

Prof. Mariana Jinga

UMF Carol Davila București; SUUMC Dr. Carol Davila București



As. Univ. Dr. Oana Petrea

Semiologie Medicală și Gastroenterologie, medic specialist Gastroenterologie

Dr. V. M. Prunoiu

UMF „Carol Davila" București Clinica I Chirurgie Generala și Oncologica, Institutul Oncologic „Al. Trestioreanu" București

Oncologie medicală și Radioterapie

Publicație adresată cadrelor medicale

Revista profesioniștilor din Sănătate 2020 - 2021

Najczęściej zgłaszane działania niepożądane

[illegible]

„Intuiția mi-a fost confirmată: oncologia românească are nevoie de unitate” **Interviu cu doamna Conf. Univ. Dr. Dana Lucia Stănculeanu**	4
Cancerul pancreatic – blocați în timp? **Balaban Vasile Daniel, Prof. Mariana Jinga**	8
Constipația cronică la adult și vârstnic: principii de abordare clinică **As. Univ. Dr. Oana Petrea, Prof. Univ. Dr. Anca Trifan, Șef Lucrări Dr. Cătălin Sfarti, Conf. Univ. Dr. Irina Gîrleanu, Prof. Univ. Dr. Carol Stanciu**	10
Spitalul OncoFort - Centrul de Excelență în Tratarea Cancerului	16
Screening-ul național pentru cancerul de col uterin **Dr. V. M. Prunoiu, Oana Șaptefrați, Rossana Iuliana Brătucu, Cristina Șaptefrați, E Brătucu, Maria-Manuela Răvaș**	20
Dermatoscopia în screeningul leziunilor cutanate maligne **Dr. Anca Răducan**	24
Recomandări practice privitoare la activitatea departamentelor de Radioterapie în perioada pandemiei cu Covid – 19. **C.C. Mireștean, M. Agop, C. Buzea, Roxana Irina Iancu, D.T. Iancu**	26
„Remodeling„ în radioterapie **Prof. Univ. Dr. Ioan Cristian Chiricuță**	30
Doresc să mulțumesc tuturor lectorilor pentru calitatea lucrărilor științifice prezentate la Congresul Național de Oncologie” **Conf. Univ. Dr. Claudia Bulz**	33
Testarea genetică: Remodelarea modului de gestionare a cancerului	34

Editor
Calea Rahovei, nr. 266-268,
Sector 5, București,
Electromagnetica Business Park,
Corp 60, et. 1, cam. 19
Tel: 021.321.61.23
e-mail: redactie@finwatch.ro

ISSN 2286 - 3443

FIN WATCH

„Intuiția mi-a fost confirmată: oncologia românească are nevoie de unitate"

Interviu cu doamna Conf. Univ. Dr. Dana Lucia Stănculeanu, preşedinte SNROM, Şef Secţie Oncologie I din Institutul Oncologic „Prof. Dr. Alexandru Trestioreanu" Bucureşti

Stimată doamnă Conferenţiar dr. Dana Lucia Stănculeanu, sunteţi la puţin timp de la încheierea unei mari reuniuni ştiinţifice a oncologilor din România. Vă rugăm să ne spuneţi cu ce noutăţi veniţi de la acest eveniment?

Anul acesta am avut un singur Congres, Congresul Naţional de Oncologie şi nu trei congrese de oncologie tocmai pentru că tema predominantă a acestui congres a fost Unitatea. Astfel, am avut maturitatea necesară ca împreună cu celelalte două societăţi importante din România, SRROM şi SRR, aşa cum am anunţat încă de la sfârşitul Conferinţei Naţionale a SNOMR din 2019, să avem un congres comun, multidisciplinar, în care să aducem împreună toţi actorii angrenaţi în managementul tratamentului cancerului - specialişti în oncologie din toate specializările şi toate gradele: oncologi medicali, radioterapeuţi, chirurgi, anatomopatologi, fizicieni, biologi, psihologi, asistente medicale, tehnicieni etc.

Aşa cum a indicat foarte bine tema congresului - Provocările anului 2020 în oncologie, ne-am confruntat cu obstacole nemaiîntâlnite în ultimele 6 luni, însă distanţarea fizică nu a însemnat şi distanţare profesională. Am vrut ca prin acest congres să unim lumea medicală oncologică din România, să inspirăm la excelenţă şi să ne dăm tuturor oportunitatea de a învăţa din

SUPERSONIC imagine

PONDERA MEDICAL
SUPORT DIAGNOSTIC FUNDAMENTAL

ARSENAL DE 3 NOI MĂSURĂTORI HEPATICE

Examminări neinvazive și rapide
Rezultate cantitative și reproductibile
cu Ecograful Aixplorer Mach™30

1

Att PLUS

Cuantificarea
Atenuării fascicolului
de ultrasunete în ficat

Informații despre intrahepatic

Conținut de grăsime, un important indicator în detectarea Steatozei* ficatului (Cu cât este mai mare valoarea de Atenuare, cu atât este mai mare conținutul de grăsimi hepatice)

2

SSp PLUS

Măsurarea
Vitezei Sunetului
intrahepatic

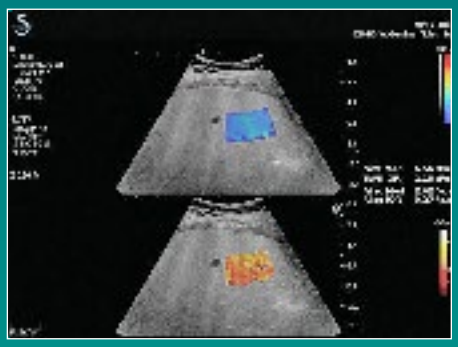
Date despre intrahepatic

Conținutul de grăsime, un atu în diagnosticarea Steatozei ** ficatului (Cu cât este mai mică valoarea Vitezei Sunetului, cu atât este mai mare conținutul de grăsimi hepatice)

3

Vi PLUS

Vizualizarea
și cuantificarea vâscozitații
(inflamației)*** țesutului



Acces la informații în Timp Real

Vâscozitatea și Elasticitatea, două caracteristici fundamentale ale țesutului (Cu cât este mai mare valoarea Vâscozității, cu atât este mai mare nivelul inflamației ficatului și cu cât valoarea Rigidității este mai mare, cu atât stadiul fibrozei este mai mare

* Fujiwara et al., The B-mode image-guided ultrasound attenuation parameter accurately detects hepatic steatosis in chronic liver disease, Ultrasound in Med. & Biol. 2018
** Dioguardi Burgio et al., Ultrasonic Adaptive Sound Speed Estimation for the Diagnosis and Quantification of Hepatic Steatosis: A Pilot Study, Ultraschal Med. 2018
*** Deffieux T et al., Shear Wave Spectroscopy for In Vivo Quantification of Human Soft Tissues Visco-Elasticity, IEEE Transactions on Medical Imaging, 2009

Contact: Tel. +40 727 774 689; +40 744 366 138; e-mail: office@ponderamedical.ro

experiența celuilalt, totul în folosul pacientului.

Noutatea cea mai remarcabilă a fost că am reușit să ne adaptăm într-un timp extrem de scurt și să ne mobilizăm, cum spuneam, la nivel național, pentru a nu renunța la acest congres și a-l realiza exclusiv online, lucru care nu s-a întâmplat fără emoții.

Am avut cursuri dedicate asistenților medicali, tehnicienilor care lucrează în centrele de radioterapie, un curs de radioterapie cu teme discutate la ASTRO. Am funcționat cu două platforme, una dedicată exclusiv celor mai noi opțiuni terapeutice privind cancerele bronhopulmonare, mamare, digestive, cutanate, ginecologice, urogenitale, ORL etc. și a doua platformă dedicată rezidenților, lucrărilor științifice originale și de cercetare fundamentală precum și conferințelor sponsorilor nostri.

Despre audiență, a fost aceasta în măsură să răsplătească eforturile organizatorilor? Mă refer atât la prezența autohtonă cât și la cea din afară.

Nu am încă cifrele finale despre audienta la acest congres, însă, vă pot spune în mare că au fost aproximativ 1700 de accesări unice pe zi ale platformei.

Legat de prezența din țară, așa cum spuneam mai devreme, am încercat să aducem laolaltă cât mai mulți specialiști din oncologie, dar și din specializări conexe. În dorința de a da cât mai mult sens și relevanță acestui congres, am avut sesiuni de cursuri pentru asistente și tehnicieni, iar prin mobilizarea exemplară a prof. Dr. Gabriel Kacsó am avut și un curs pentru radioterapeuți. Acest curs, într-un mod succint, a adus în cadrul congresului cele mai importante teme discutate la ASTRO.

Congresul a avut un număr de lectori care s-a apropiat de 100. Am încercat să aducem nume relevante, atât autohtone cât și internaționale, care nu doar să umple un slot de 30 de minute alocat în program ci să aducă valoare adăugată. Dintre speakerii autohtoni notabili trec în revistă câțiva: Conf. Dr. Adina Croitoru, Prof. Dr. Tudor Ciuleanu, Prof. Dr. Lucian Miron, Conf. Dr. Michael Schenker, Conf. Dr. Laura Rebegea, Conf. Dr. Șerban Negru, Dr. Răzvan Curcă. Mă opresc aici pentru că mi-ar lua o zi întreagă să îi enumăr și să le mulțumesc tuturor.

Dintre speakerii internaționali, tot pe scurt, îi voi menționa pe Prof. Dr. Michael Untch, Prof. Dr. Dirk Schadendorf, Prof. Dr. Jonathan A. Ledermann, Prof. Dr. Thomas Powles, Prof. Dr. Mohammed Saiful Huq, dar și specialiști de origine română care profesează și excelează peste hotare: Prof. Dr. Gabriela Elena Chiorean, Dr. Emanuela Negru, Prof. Dr. Daniela Matei, Conf. Dr. Doru Paul. Tuturor, atât celor menționați, cât și celor pe care timpul nu îmi permite acum să îi amintesc în revistă, le mulțumesc pentru mobilizarea impecabilă și deschiderea de a împărtăși din cunoștințele și experiența lor.

S-au întâmplat unele probleme de natură tehnică în desfășurarea evenimentului, în condițiile date de premieră online?

Așa cum spuneam mai sus, desfășurarea exclusiv în mediul online a congresului nu a fost fără emoții, însă, având în organizarea evenimentului oameni capabili și profesioniști, lucrurile s-au desfășurat impecabil pe perioada celor 3 zile.

Am ales un model hibrid pentru producție, în care un număr restrâns de lectori au fost prezenți din studio iar ceilalți s-au conectat printr-o platformă online. Acest lucru ne-a permis să avem o calitate înaltă a imaginii și a producției și, de asemenea, ne-a permis să putem evita cu ușurință sincopele și, în caz de nevoie, să acoperim micile probleme tehnice care pot interveni tot timpul la o producție de o asemenea amploare. Vizionarea congresului a fost posibilă exclusiv în format online.

Care dintre prezentări vi s-au părut deosebite sau cu grad mai mare de noutate, la care s-a înregistrat o audiență deosebită sau care au atras un forum mai numeros de discuții post-prelegere (tip întrebări-răspunsuri)?

Sunt două care îmi vin rapid în minte: prezentarea d-lui Conf. Dr. Doru Paul, pe care colegii l-au "pândit", ca să zic așa, și au intervenit în live, la sfârșitul prezentării pentru a se consulta împreună pe niște cazuri și prezentarea Prof. Dr. Mohammed Saiful Huq, care a lăsat o impresie de durată, mai ales asupra rezidenților și a specialiștilor tineri, care sunt tot timpul primii deschiși la noutate. Prof. Dr. Huq a prezentat, în premieră, o aparatură a viitorului, care nu este încă disponibilă la scară largă, și care, sperăm noi, curând va revoluționa modul în care diagnosticăm și stabilim tratamentul în oncologie.

S-ar putea trage niște concluzii finale în urma celor 3 zile de congres, poate trendul general în oncologie sau acțiuni care se desprind în urma acestui eveniment?

În încheiere, pot spune doar că intuiția mi-a fost confirmată: oncologia românească are nevoie de unitate, de expertiză împărtășită, pentru a depăși obstacolele pe care pandemia COVID-19 ni le pune în cale și pentru a excela. Am simțit în toate cele 3 zile de congres dorința oamenilor de a fi acolo, împreună, de a împărtăși, de a învăța de la ceilalți și de a transmite o stare pozitivă.

Am notat, de asemenea, o implicare incredibilă în rândul oncologilor tineri, atât medici specialiști cât și rezidenți, o dorință de afirmare și proactivitate care în alți ani, când se organizau congrese separate, poate nu erau atât de vizibile. Am avut peste 70 de înscrieri de lucrări ale tinerilor oncologi, de toate categoriile, din toată țara. Pentru aceștia am considerat necesară crearea unui sistem de premiere și de recunoaștere a muncii depuse, prin premii de excelență, astfel încât aceștia să simtă că se dorește facilitarea unui mediu propice dezvoltării lor.

Acțiunea cea mai importantă care se desprinde din acest congres este nevoia de a repeta ediția din 2021 a congresului, în același format al societăților oncologice unite. Unitatea din acest an a adus numai beneficii, fără niciun efect advers, iar când tratamentul funcționează, el trebuie continuat.

VEDRA

Regulatpro®
Intotdeauna sănătos!

Regulatpro Bio

Regulatpro Bio este produs prin fermentare în cascadă - o metodă unică patentată în anul 2004. Reprezintă concentrat bioactiv care conține fragmente enzimatice: di-, tri- și oligopeptide, precum și polifenoli, flavonoide și componente probiotice din fructe, miezuri și legume, cultivate în condiții ecologice semințe. Regulatpro Bio reface sinteza enzimelor din organism și mărește producerea de ATP în celule.

- ✓ Reglează procesele biochimice normale din corp
- ✓ Duce la detoxifiere rapidă și eficientă
- ✓ Reduce stresul oxidativ
- ✓ Menține echilibrul acido-bazic în limite fiziologice
- ✓ Stimulează imunitatea nespecifică
- ✓ Reglează și menține flora intestinală normală

Regulatpro Metabolic

Regulatpro Metabolic este un supliment alimentar care activează procesele enzimatice din corp. La concentratul bioactiv de fragmente enzimatice din Regulatpro Bio sunt adăugate vitamine din grupul B, vitamina C, vitamina D, minerale și microelemente, care acționează ca și cofactori naturali ai enzimelor sistemice.

- ✓ Influențează metabolismul glucozei
- ✓ Normalizează metabolismul proteinelor
- ✓ Consolidează imunitatea
- ✓ Ajută funcționarea mușchilor și a țesutului conjunctiv
- ✓ Creează o protecție puternică antioxidantă
- ✓ Menține echilibrul electrolitic
- ✓ Elimină oboseala
- ✓ Ajută la reducerea greutății

Regulatpro Bio și Regulatpro Metabolic nu conțin coloranți, conservanți, alcool, zahar, gluten, lapte sau potențiatori de aromă, potrivite pentru vegani. O doză de 100 ml Regulatpro Metabolic este egală cu o unitate de pâine.

Cancerul pancreatic – blocați în timp?

Cancerul pancreatic este una dintre cele mai letale malignități la nivel global, cu o rată de supraviețuire medie la 5 ani care până nu demult era exprimată printr-o singură cifră; cele mai recente date ale American Cancer Society arată că rata de supraviețuire la 5 ani a crescut la 10% în SUA[1]. Pentru Europa, statisticile arată că în timp ce mortalitatea prin toate celelalte tipuri de cancer (cu excepția cancerului pulmonar la femei) este în scădere, rata de deces prin cancer pancreatic este în creștere[2]. La nivel european este a patra cea mai frecventă cauză de deces prin cancer.

Balaban Vasile Daniel,
Prof. Mariana Jinga

UMF Carol Davila București; Spitalul Universitar de Urgență Militar Central Dr. Carol Davila București

Alarmant este că, prin comparație cu celelalte neoplazii digestive, prognosticul în cancerul de pancreas a rămas aproape neschimbat de cinci decenii[3]. Acest lucru se datorează diagnosticării frecvente în stadii tardive, lipsei unor strategii de screening și eficienței limitate a chimioterapiei.

În ceea ce privește diagnosticul tardiv, acesta este consecința absenței simptomelor și biomarkerilor în stadii precoce, precum și biologiei tumorale agresive care determină metastazare rapidă chiar și în cazul leziunilor de mici dimensiuni[4]. Semnele și simptomele care pot apărea în cancerul pancreatic sunt: durere abdominală persistentă, uneori cu iradiere posterioară, scădere ponderală, steatoree, icter sclero-tegumentar. Diabetul zaharat nou instalat (neasociat cu creștere în greutate) sau agravarea unui diabet preexistent pot semnala o neoplazie pancreatică. În fapt, relația diabet – cancer pancreatic este una bidirecțională: diabetul zaharat îndelungat constituie factor de risc pentru apariția cancerului, iar tulburările de glicoreglare nou apărute pot fi un indicator pentru cancerul de pancreas; pornind de la faptul că hiperglicemia poate precede cu până la 36 luni diagnosticarea unei neoplazii pancreatice, s-au dezvoltat modele pentru stratificarea riscului pacienților cu diabet zaharat nou-instalat, care ar putea beneficia de screening[5].

Majoritatea cazurilor de cancer de pancreas sunt sporadice, doar 10% sunt asociate unor sindroame genetice (sindrom Peutz-Jeghers, pancreatita ereditară, cancer de sân sau ovarian ereditar – asociat cu mutații BRCA1/2, sindromul FAMMM – familial atypical multiple mole melanoma, cancerul colorectal ereditar nonpolipozic - HNPCC). Factorii asociați cu un risc crescut de cancer pancreatic sunt vârsta înaintată, sexul masculin, fumatul, consumul de alcool, obezitatea și anumite obiceiuri de dietă (consumul de carne roșie, procesată)[6].

Diagnosticul are la bază imagistica de înaltă rezoluție (CT, IRM) cu protocol dedicat pentru pancreas[7]. Ecoendoscopia cu puncție fin aspirativă este indicată pentru tipizarea histopatologică a tumorii. Majoritatea tumorilor exocrine pancreatice (95%) se dezvoltă de la nivelul epiteliului ductal – adenocarcinom ductal. Având în vedere carrefour-ul vascular în care este localizat pancreasul și importanța raportului unei tumori cu aceste axe vasculare în aprecierea rezecabilității, deciziile privind managementul diagnostic și terapeutic se recomandă a fi luate într-o echipă multidisciplinară în centre cu experiență[8].

În ceea ce privește tratamentul, chirurgia curativă este indicată în doar 15-20% din cazuri (diagnosticate în stadiul rezecabil) iar chimioterapia are eficiență limitată. În fapt, cancerul pancreatic este considerat chimio-rezistent din cauza unei strome fibroase dense care acționează ca un scut ce „protejează" tumora, precum și a micromediului tumoral imunosupresor care inhibă apărarea imună anti-tumorală a gazdei.

Schemele actuale de chimioterapie includ gemcitabină/nab-paclitaxel și FOLFIRINOX (acid folinic, fluorouracil, irinotecan, oxaliplatin), precum și alte molecule cu rezultate însă modeste. Neo-adjuvanța pare să devină un standard chiar și pentru cazurile rezecabile[9]. Speranțe mari sunt așteptate de la terapii noi care țintesc reacția desmoplazică peritumorală, răspunsul imun, angiogeneza, căile de semnalizare implicate în tumorigeneză și progresia tumorală[10].

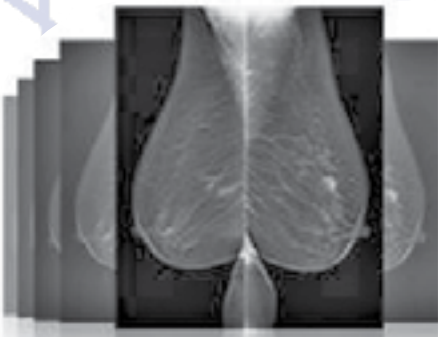
În ciuda creșterii accesibilității metodelor diagnostice, a progreselor tehnicilor chirurgicale și optimizării regimurilor existente de chimioterapice, cancerul de pancreas rămâne o neoplazie cu prognostic prost, în care medicina parcă a rămas blocată în timp. Cu toate acestea, cercetarea în domeniul cancerului de pancreas este mult neglijată, fiind finanțată cu mai puțin de 2% din totalul fondurilor de cercetare pentru cancer în Europa[11]. Luna noiembrie este dedicată conștientizării și informării despre cancerul pancreatic, în încercarea de a uni forțele pentru lupta împotriva acestei malignități.

1. Cancer Facts & Figures 2020. American Cancer Society. www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2020.html. Accesat 16.02.2020
2. Malvezzi M, Carioli G, Bertuccio P, et al. European cancer mortality predictions for the year 2019 with focus on breast cancer. Ann Oncol. 2019;30(5):781–787. doi:10.1093/annonc/mdz051
3. Ansari D, Tingstedt B, Andersson B, et al. Pancreatic cancer: yesterday, today and tomorrow. Future Oncol. 2016;12(16):1929–1946. doi:10.2217/fon-2016-0010
4. Murakami T, Hiroshima Y, Matsuyama R, Homma Y, Hoffman RM, Endo I. Role of the tumor microenvironment in pancreatic cancer. Ann Gastroenterol Surg. 2019;3(2):130–137. doi:10.1002/ags3.12225
5. Sharma A, Kandlakunta H, Nagpal SJS, et al. Model to Determine Risk of Pancreatic Cancer in Patients With New-Onset Diabetes. Gastroenterology. 2018;155(3):730–739.e3. doi:10.1053/j.gastro.2018.05.023
6. McGuigan A, Kelly P, Turkington RC, Jones C, Coleman HG, McCain RS. Pancreatic cancer: A review of clinical diagnosis, epidemiology, treatment and outcomes. World J Gastroenterol. 2018;24(43):4846–4861. doi:10.3748/wjg.v24.i43.4846
7. Al-Hawary MM, Francis IR, Chari ST, et al. Pancreatic ductal adenocarcinoma radiology reporting template: consensus statement of the Society of Abdominal Radiology and the American Pancreatic Association. Radiology. 2014;270(1):248–260. doi:10.1148/radiol.13131184
8. Pancreatic Adenocarcinoma. NCCN Guidelines. Version 1.2020 – 26/11/2019. www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pancreatic_blocks.pdf. Accesat 16.02.2020
9. Seufferlein T, Ettrich TJ. Treatment of pancreatic cancer-neoadjuvant treatment in resectable pancreatic cancer (PDAC). Transl Gastroenterol Hepatol. 2019;4:21. doi:10.21037/tgh.2019.03.05
10. Zhang Y, Yang C, Cheng H, et al. Novel agents for pancreatic ductal adenocarcinoma: emerging therapeutics and future directions. J Hematol Oncol. 2018;11(1):14. doi:10.1186/s13045-017-0551-7
11. Pancreatic Cancer InfoGraphic. UEG Press Release. www.ueg.eu/press/presssectioncards/ueg-press-release-nt/article/pancreatic-cancer-set-to-become-third-biggest-cancer-killer-in-eu-next-year/. Accesat 16.02.2020

MAMOGRAF PLANMED CLARITY 3D

Mamografie digitală 2D și tomosinteză mamară 3D:

- Secvență imagistică continuă a tomosintezei de tip Sync-and-Shoot™ brevetată;
- Utilizează tehnologia TomoMarker™ pentru o precizie ridicată a imaginii de tomosinteză;
- Stație de lucru pentru achiziție 3D Planmed Clarity™ de înaltă performanță cu software Planmed Clarity™ Manager;
- Reconstrucție iterativă 3D și post de prelucrare a imaginii;
- Procesare a imaginii Clarity 2D dedicată cu post reglabil pentru prelucrarea filtrelor;
- Imagini 2D și 3D de înaltă calitate pentru depistarea cancerului de sân;



SISTEM DE RADIOCHIRURGIE GIROSCOPICĂ ZAP-X

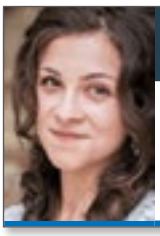
Utilizând mișcarea giroscopică, platforma Zap-X deschide noi frontiere în radiochirurgia modernă printr-un sistem de auto-ecranare (nu necesită o amenajare a camerei) cu accelerator linear; sistemul a fost creat pentru a trata în siguranță diverse tumori cu localizări variate. Folosește o tehnologie de tip LINAC (Linear Accelerator) și elimină nevoia de surse radioactive, fapt ce aduce tot odată costuri mult mai mici de întreținere.

Proton Impex 2000 SRL

În România prin:

Proton Impex 2000 SRL - 63, Trilului str., 030401 Bucharest;
Tel/Fax:+40.743.237.003; +40.21.224.5281; +40.31.425.0893;
E-mail: support_sales@proton.com.ro;
Website: www.proton.com.ro

Constipația cronică la adult și vârstnic: principii de abordare clinică



As. Univ. Dr. Oana Petrea

Semiologie Medicală și Gastroenterologie, medic specialist Gastroenterologie

Prof. Univ. Dr. Anca Trifan

Șef Lucrări Dr. Cătălin Sfarti

Conf. Univ. Dr. Irina Gîrleanu

Prof. Univ. Dr. Carol Stanciu,

Institutul de Gastroenterologie și Hepatologie Iași, Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Spiridon" Iași, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore. T. Popa" Iași

Considerații generale. Definiție

Spectrul tulburărilor de tranzit intestinal include o serie de manifestări subiective și obiective care apar ca urmare fie a încetinirii tranzitului intestinal și/sau a dificultăților de defecație, fie în contextul accentuării acestuia cu apariția scaunelor de consistență redusă și frecvență crescută.

Constipația reprezintă un sindrom clinic caracterizat printr-o serie de manifestări precum senzația de evacuare incompletă, necesitatea depunerii unui efort suplimentar pentru realizarea defecației, alături de dureri abdominale și eliminarea unui număr redus de scaune (sub trei/săptămână), cu o consistență crescută.

Constipația este una dintre cele mai frecvente acuze din sfera gastroenterologică, prevalența acesteia fiind între 10-30% din populația generală [1]. Totuși, deși prevalența constipației crește progresiv după vârsta de 60 de ani și este de trei ori mai frecventă la femei față de bărbați, se pare că aceasta este subestimată în condițiile în care peste 65% dintre pacienți nu se adresează unui clinician, ci preferă utilizarea tratamentului cu laxative din proprie inițiativă [2,3]. Cert este că impactul acestei afecțiuni asupra calității vieții pacientului cu constipație, atât din punct de vedere socio-economic, cât și psiho-emoțional este important.

Factori de risc

Pe lângă vârsta înaintată și sexul feminin, au fost raportați și alți factori de risc pentru dezvoltarea constipației, cum ar fi: sedentarismul, dieta săracă în fibre alimentare, obezitatea, istoricul familial de constipație, statusul socio-economic redus, precum și afecțiuni psihiatrice ca anxietatea și/sau depresia [4,5].

Fiziopatologie. Clasificare

Constipația reprezintă un simptom și nu o boală în sine, putând fi consecința a multiple alte afecțiuni. Astfel, constipația cronică secundară se poate asocia cu un spectru larg de boli, precum și cu utilizarea prelungită a unor medicații variate (Tabelul 1). În urma excluderii principalelor cauze de constipație secundară, se are în vedere așa-numita constipație primară sau idiopatică, consecință fiziopatologică a încetinirii tranzitului colonic și/sau a tulburărilor de defecație [6].

Constipația de tranzit (constipația cu tranzit colonic încetinit) se datorează reducerii mișcărilor propulsive ale colonului. Mecanismele care stau la baza acestui fenomen de încetinire a tranzitului colonic sunt: tulburări ale activității musculaturii netede și ale inervației autonome a colonului, disfuncții ale neurotransmițătorilor care reglează activitatea neuromusculară a colonului, leziuni ale sistemului nervos central, precum și alterarea absorbției/secreției la nivelul colonului și disbioza intestinală [2,6,7].

Constipația distală (tulburarea defecației) este cauzată de absența coordonării musculaturii planșeului pelvin în timpul efortului de defecație. Acest fenomen reprezintă de cele mai multe ori o consecință a alterării senzitivității rectale. În unele cazuri, tulburarea de defecație poate fi accentuată de un dezechilibru între activitatea sistemului nervos simpatic și parasimpatic, asociat cu o reducere a tonusului motor și a mișcărilor propulsive ale colonului [8-10].

Atât constipația de tranzit, cât și cea distală pot fi întâlnite ca entități separate sau pot coexista. Mai mult decât atât, în 24-58% dintre cazuri încetinirea tranzitului colonic și tulburările defecației pot coexista cu sindromul de intestin iritabil cu predominanța constipației [2].

Tabelul 1. Cauze de constipație cronică secundară (6,7)

MEDICAMENTE	AFECȚIUNI
Opioide	Diabet zaharat
Suplimente de fier	Hipotiroidism, hiperparatiroidism
Antiacide	Depresie, anxietate
Blocanți de canale de calciu, diuretice	Afecțiuni cerebro-vasculare
Antihistaminice	Neoplazii digestive
Antidepresive triciclice	Prolaps rectal, rectocel, disfuncție planșeu pelvin
AINS	Colită ischemică, BII, SII
Antiparkinsoniene, antiepileptice	Colagenoze, vasculite

AINS: antiinflamatoare non-steroidiene; BII: boală inflamatorie intestinală; SII: sindrom de intestin iritabil

OptiFibre

Constipație? Balonare? Disconfort abdominal?

OptiFibre® conține 100% fibre solubile, cu efect prebiotic, care ajută la reglarea tranzitului intestinal.

Cui se recomandă OptiFibre®

	Mesele de linguriță de OptiFibre®				
	Adulți și copii > 11 ani			Copii 3-10 ani	
Zilnic	Mulțumire	Prânz	Seara	Mulțumire	Seara
1-3	1			1/2	
4-6	1		1	1/2	1/2
de la ziua 7	1	1	1	1	1
	Total conform tabel			Total conform tabel	

- Cu recomandă administrarea regulată de OptiFibre® pentru minimum 3 săptămâni, pentru un efect maxim.
- OptiFibre® are o solubilitate bună și poate fi administrat pe termen lung fără efecte adverse.
- Dacă ne concurați OptiFibre® au este nocivă cu operi suplimentar de probiotice, ca în cazul altor produse pe bază de fibre.

Avantajele OptiFibre®

100% fibre solubile

Ușor solubil

Gust neutru

Fără gluten

- Peste 90% dintre consumatorii care au testat OptiFibre® au fost mulțumiți de efectele acestuia.*

OptiFibre® se poate găsi în unele farmacii din rețea.
Este recomandat și de către specialiști care nu sunt la dietă.

www.nestlehealthscience.ro/optifibre

Nestlé HealthScience

*Studie efectuată pe produsul Nestlé – martie 2011 pe un eșantion de 100 de persoane cu problema de tranzit intestinal.

În cazul vârstnicilor, prevalența constipației ajunge la 43% din populația cu vârsta de peste 70 de ani. De asemenea, vârstnicii percep constipația ca o senzație de tensiune și dificultate în evacuarea scaunului [7]. Se pare ca apariția constipației la vârstnici se asociază cu alterarea senzitivității rectale și inhibarea senzației de evacuare a scaunului. Totodată, neuropatia autonomă din cadrul unor afecțiuni precum diabetul zaharat și boala Parkinson, sau utilizarea unor medicamente (opiozii, anticolinergicele) pot fi răspunzătoare pentru dezvoltarea constipației la vârstnici [7].

Nu de puține ori, pacienții vârstnici cu constipație se pot prezenta cu impactare de fecaloame și secundar cu ulcerații sau perforații colonice, alături de fenomene de ocluzie/subocluzie intestinală. Printre factorii de risc care predispun la aceste manifestări se numără imobilizarea prelungită la pat, leziunile medulare și tulburările cognitive [11,12]. De asemenea, se pare că efortul prelungit de evacuare al scaunului se asociază cu dezvoltarea hemoroizilor, a fisurilor anale sau a prolapsului rectal.

Diagnostic clinic

Anamneza și examenul fizic reprezintă etape cruciale în evaluarea pacientului cu constipație cronică. Prin intermediul unei anamneze complete și riguroase se urmărește obținerea unor date legate de debutul constipației, aspectul și consistența scaunului (scala Bristol), frecvența scaunelor, senzația de evacuare incompletă, simptome asociate precum meteorismul abdominal sau durerile abdominale, administrarea laxativelor, dietă, istoricul de intervenții chirurgicale sau de neoplazii.

Prezența simptomelor și a „semnelor de alarmă" (scădere ponderală, rectoragii/hematochezie, anemie feriprivă, constipație recent instalată mai ales la vârstnici, istoric familial de cancer colorectal sau boli inflamatorii intestinale, modificarea calibrului scaunului) impun excluderea prin examene paraclinice a cauzelor de constipație secundară.

În cazul pacienților vârstnici, anamneza trebuie să cuprindă și eventualele boli asociate precum și tratamentul acestora, alături de evaluarea nutrițională și cognitivă cât mai precisă.

Examenul fizic, atât al abdomenului, cât și al planșeului pelvin, completat cu efectuarea tușeului rectal pot oferi informații legate de prezența maselor tumorale abdominale, a prolapsului rectal, alături de identificarea hemoroizilor sau a fisurilor anale, precum și aprecierea tonusului sfincterului anal.

Necesitatea standardizării unor criterii de diagnostic pentru pacienții cu constipație cronică, precum și a managementului ulterior al acestor pacienți, a impus elaborarea unor criterii de diagnostic Roma IV, utile în practica clinică [13]. Aceste criterii trebuie să fie prezente în ultimele 3 luni, cu debutul simptomelor cu cel puțin 6 luni înaintea diagnosticului:

- Pacienții trebuie să îndeplinească cel puțin 2 din următoarele 6 criterii:
  - Efort prelungit, încordare în timpul a cel puțin 25% din defecații;
  - Scaune tari în timpul a cel puțin 25% din defecații;
  - Senzația de evacuare incompletă pentru cel puțin 25% din defecații;
  - Senzația de obstrucție ano-rectală
  - Manevre manuale de facilitare a evacuării scaunului (evacuare digitală, susținerea planșeului pelvin) a cel puțin 25% din defecații
  - <3 scaune/săptămână
- Evacuare dificilă a scaunelor în absența utilizării laxativelor
- Criterii insuficiente pentru diagnosticul de sindrom de intestin iritabil

Explorări paraclinice

Anamneza și examenul fizic rămân principalele instrumente utilizate în practica clinică cu scopul de a orienta necesitatea efectuării unor explorări diagnostice suplimentare. Astfel, realizarea testelor diagnostice specifice nu se indică de rutină dacă nu există suspiciunea unei patologii organice.

În cadrul evaluării inițiale a pacientului cu constipație se recurge la efectuarea unor teste de laborator precum: hemoleucogramă, glicemie, sideremie, sindrom inflamator nespecific, ionogramă serică, testul hemoragiilor oculte în scaun, alături de dozarea hormonilor tiroidieni, a calcemiei și a calprotectinei fecale.

Dacă anamneza și examenul obiectiv orientează către o patologie organică prin prezența simptomelor și a semnelor de alarmă se recomandă evaluarea endoscopică (rectosigmoidoscopie și/sau colonoscopie).

Odată cu utilizarea pe scară largă a colonoscopiei, irigografia și-a păstrat un rol limitat, fiind recomandată în principal pentru diagnosticul de megacolon sau megarect.

Explorările funcționale sunt indicate în cazul pacienților cu forme severe de constipație severă, non-responsivă la administrarea laxativelor, după excluderea unor patologii organice colonice sau extracolonice [14,15]. Aceste explorări suplimentare includ:

- Determinarea timpului de tranzit colonic prin utilizarea de markeri radioopaci;
- Defecografia (evaluează funcția de evacuare a rectului prin introducerea în rect a unei substanțe baritate cu urmărirea evacuării acesteia sub control radiologic);
- Manometria ano-rectală (identifică reflexele de defecație și tulburările de motilitate ale rectului și sfincterului anal intern prin urmărirea distensiei rectului cu un balonaș introdus intrarectal);
- Electromiografia sfincterului anal extern;
- Testarea sensibilității rectale la distensie.

Conduită terapeutică

Principiile de tratament în constipația cronică urmăresc adoptarea unor măsuri non-farmacologice de schimbare a stilului de viață și al dietei, alături de măsuri farmacologice, terapie de biofeedback, și în cazuri atent selecționate de intervenție chirurgicală.

Măsurile non-farmacologice au drept scop adoptarea unei diete bogate în fibre vegetale (20-35g/zi) prin introducerea în alimentație a fructelor, legumelor, cerealelor, alături de o hidratare corespunzătoare (minim 8 pahare de apă/zi), cu evitarea alimentelor procesate, sărace în fibre. De asemenea, se recomandă includerea în stilul de viață a exercițiilor fizice regulate, adaptate fiecărui pacient în parte, al unui orar zilnic al scaunului, precum și a prudenței în utilizarea excesivă a laxativelor [14,16,17].

Măsurile farmacologice sunt recomandate pentru tratamentul constipației cronice atunci când măsurile igieno-dietetice nu au dat rezultate [14,18]. Astfel, principalele categorii de laxative recomandate pentru o perioadă scurtă de timp, cu evitarea instalării dependenței sunt:

PowerPICC-catheter (BARD)

- Termen de implantare până în 6 luni
- Cu sau fără heparină
- Substanță de contrast 5ml/s
- Loc.de acces v.cefalică

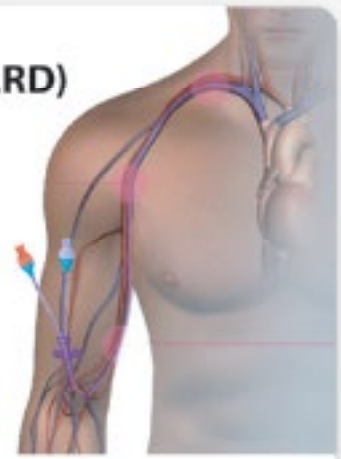
Vascular access (BARD)

Catetere hemodializa ac+cr

Camere implantabile heparinizabile/neheparinizabile

Picc-lines heparinzabile/neheparinizabile

Midd-lines



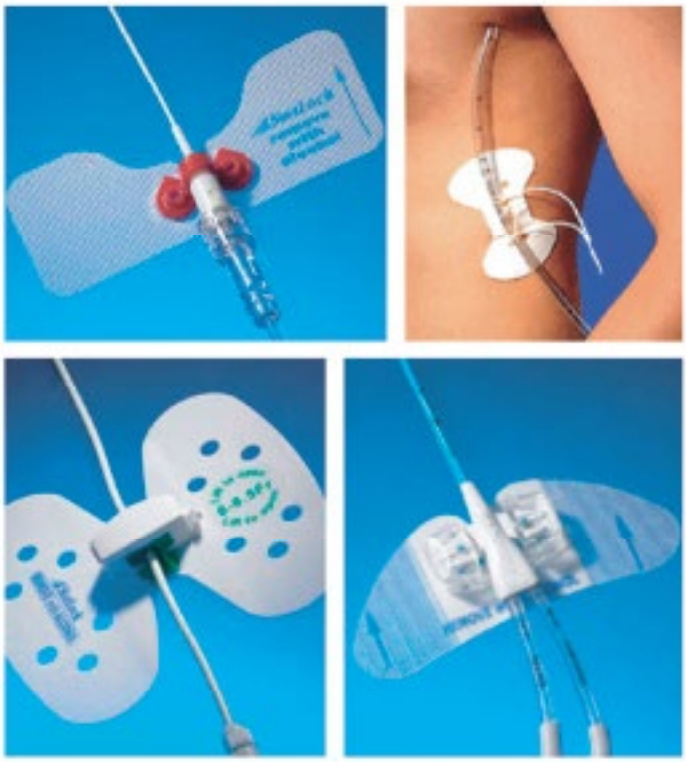
SAFETY PORT NEEDLES
PORTURI GROSHONG
la un pret imbatabil

Tratament post-radioterapie

PROXERA
Lipogel Relipidizant

- Stimuleaza hidratarea, restaurand stratul hidrolipidic al pielii si asigurand protectie.
- Asigura reducerea pierderii trans-epidermica a apei.
- Potrivit pentru pielea sensibila (sugari, copii, varstnici) si pentru pielea rosie si iritata.
- Actioneaza ca un "booster", oferind hidratare si protectie de lunga durata.

Fixatoare Statlock (BARD)



RAMIDO STAFF

Tel: 0744 649 289
E-mail: moraru.mirela@ramido.ro
www.ramido.ro • www.medicalmagazin.ro

- Laxative osmotice – conțin polietilenglicol și polizaharide neabsorbabile (lactuloză, lactilol);
- Laxative de volum – includ fibre vegetale nedigerabile care acționează prin creșterea conținutului colonic și stimularea peristaltismului (meticeluloza, psyllium);
- Laxative emoliente – ulei de parafină, docusat sodic;
- Laxative stimulante – ulei de ricin, antrachinone (senna);
- Laxative saline – sulfatul de magneziu și hidroxidul de magneziu.

În cazul constipației prin tulburări de evacuare, un rol benefic îl poate avea și administrarea de supozitoare (glicerină, bisacodil) sau de clisme, care acționează prin distensie rectală și implicit prin stimularea receptorilor mucoasei ano-rectale.

Prokineticele pot fi utilizate în cazurile cu un răspuns inadecvat/refractare la administrarea de laxative. Cele mai utilizate prokinetice sunt metoclopramida și domperidona. Recent, ghidurile recomandă prucaloprid ca prokinetic în cazul femeilor cu constipație refractară la dieta bogată în fibre și la tratamentul convențional cu laxative [14,19].

Secretagogele intestinale (lubiprostone, linaclotide) acționează prin creșterea secreției de apă și electroliți în lumenul intestinal prin activarea canalelor luminale ale enterocitelor [20].

Terapia de biofeedback este recomandată pacienților diagnosticați cu constipație prin tulburarea defecației. Această metodă constă în realizarea de către pacient a unor exerciții de reeducare a musculaturii planșeului pelvin cu scopul obținerii relaxării în timpul defecației. Se pare că această metodă terapeutică se asociază cu o rată de succes care variază între 40-90% [21].

Tratamentul chirurgical este rezervat doar cazurilor de constipație secundară prin obstrucție. Astfel, prin intermediul intervenției chirurgicale se pot corecta prolapsul rectal, rectocelul sau invaginația asociată constipației, cu ameliorarea simptomatologiei locale. De asemenea, în cazuri excepționale se poate recurge la colectomie subtotală cu anastomoză ileorectală [14].

Complicații

Complicațiile determinate de constipația cronică pot fi colonice și extracolonice și în general nu se asociază cu un prognostic vital nefavorabil.

Una dintre complicațiile colonice importante, care survine la pacienții vârstnici cu constipație cronică este pseudo-obstrucția colonică acută sau sindromul Ogilvie. Această complicație se caracterizează prin apariția unui sindrom ocluziv la pacienții vârstnici, imobilizați la pat, cu istoric de administrare de narcotice/benzodiazepine.

Printre alte complicații colonice raportate se numără prolapsul rectal, impactul fecal și apariția hemoroizilor complicați cu tromboză și hemoragie.

Dintre complicațiile extracolonice, amintim dezvoltarea infecțiilor urinare de tract inferior, prostatoreea, alături de hernii inghinale și eventrații prin creșterea presiunii intraabdominale în timpul defecației [2].

Evoluție. Prognostic

Majoritatea pacienților cu constipație funcțională/primară au o evoluție favorabila în timp odată cu corectarea factorilor declanșatori și administrarea unui tratament individualizat. În cazul formelor de constipație secundară, prognosticul pacienților depinde de evoluția și răspunsul la tratament al afecțiunii cauzale.

Este important de reținut faptul că, în toate cazurile de evaluare a pacienților cu constipație, identificarea „semnelor de alarmă" printr-o anamneză și un examen obiectiv riguros pot influența radical diagnosticul, managementul și prognosticul pacienților.

Bibliografie

1. Prichard DO, Bharucha AE. Recent advances in understanding and managing chronic constipation. F1000Res 2018; 7:1640.
2. Vere C, Ciurea T. Constipația cronică. În Gastroenterologie și Hepatologie Clinică. București: Editura Medicală; 2018. p.221-233.
3. Mugie SM, Benninga M, di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2011;25:3-18.
4. Liu F, Kondo T, Toda Y. Brief physical inactivity prolongs colonic transit time in elderly active men. Int J Sports Med 1993;14:465-467.
5. Peppas G, Alexiou VG, Mourtzoukou E, Falagas ME. Epidemiology of constipation in Europe and Oceania: a systematic review. BMC Gastroenterol 2008;8:5.
6. Serra J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, et al. Clinical practice guidelines for the management of constipation in adults. Part 1: Definition, aetiology and clinical manifestations. Gastroenterol Hepatol 2017; 40(3):132-141.
7. Jamshed N, Lee ZE, Olden KW. Diagnostic approach to chronic constipation in adults. Am Fam Physician 2011;84:299-306.
8. Andrews CN, Storr M. The pathophysiology of chronic constipation. Can J Gastroenterol 2011;25(suppl B):16B-21B.
9. Mertz H, Naliboff B, Mayer EA. Symptoms and physiology in severe chronic constipation. Am J Gastroenterol 1999;94:131-138.
10. Rao SSC, Mudipalli RS, Stessman M, Zimmerman B. Investigation of the utility of colorectal function tests and Rome II criteria in dyssynergic defecation (anismus). Neurogastroenterol Motil 2004;16:589-596.
11. De Lillo AR, Rose S. Functional bowel disorders in the geriatric patient: constipation, fecal impaction, and fecal incontinence. Am J Gastroenterol 2000;95(4):901-905.
12. Gallagher P, O'Mahony D. Constipation in old age. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2009;23(6):875-887.
13. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and Rome IV. Gastroenterology 2016;150:1262-1279.
14. Sobrado CW, Neto IJ, Pinto RA, et al. Diagnosis and treatment of constipation: a clinical update based on the Rome IV criteria. J Coloproctol 2018;38:137-144.
15. Serra J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, et al. Clinical practice guidelines for the management of constipation in adults. Part 2: Diagnosis and treatment. Gastroenterol Hepatol 2017;40(4):303-316.
16. Mearin F, Lacy BE, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M,et al. Bowel disorders. Gastroenterology 2016;150:407–1393.
17. Ford AC, Suares NC. Effect of laxatives and pharmacological therapies in chronic idiopathic constipation: systematic review and meta-analysis. Gut 2011;60:209–218.
18. Andresen V, Layer P. Medical therapy of constipation: current standards and beyond. Visc Med 2018;34:123-127.
19. Shin A, Camilleri M, Kolar G, et al. Systematic review with meta-analysis: highly selective 5-HT4agonists (prucalopride, velusetrag or naronapride) in chronic constipation. Aliment Pharmacol Ther 2014;39:239–253.
20. Andresen V, Camilleri M, Busciglio IA, et al. Effect of 5 days linaclotide on transit and bowel function in females with constipation-predominant irritable bowel syndrome. Gastroenterology 2007;133:761–768.
21. Ba-Bai-Ke-Re MM, Wen NR, Hu YL, et al. Biofeedback-guided pelvic floor exercise therapy for obstructive defecation: an effective alterna¬tive. World J Gastroenterol 2014;20(27):9162-9169.

Suport în refacerea și funcționarea normală a tractului digestiv după tratamente oncologice

Scopul îngrijirii orale suplimentare în timpul tratamentului oncologic este reducerea sau ameliorarea efectelor adverse neplăcute și dăunătoare asociate radioterapiei și de a promova o bună sănătate orală după radioterapie.

Complicațiile orale, de diferite grade, afectează până la 80% din pacienții cărora li se administrează radioterapie la nivelul gâtului și capului.

HEALIOS® este un supliment alimentar, o soluție pe bază de glutamină dezvoltată pentru pacienții care riscă să dezvolte sau **care deja se confruntă cu mucozită orală, esofagită** sau **afectarea mucoasei orale, gâtului, esofagului și tractului digestiv** ca urmare a:

- tratamentelor cu terapii multiple, inclusiv biologice,
- chimioterapie,
- tratament cu radiații (în special cele care se concentrează pe gură, cap, gât și esofag)
- intervenții chirurgicale dentare sau orale.

HEALIOS® conține ingrediente care susțin regenerarea celulară, are gust plăcut și este ușor de folosit. Ingredientele principale sunt reprezentate de L-Glutamina, Trehaloza și L-Arginina, fiind dezvoltat de un oncolog în SUA.

L-Glutamina reprezintă peste 60% din totalul aminoacizilor liberi din corp. L-Glutamina este unul dintre puținii aminoacizi din corpul uman care conține doi atomi de azot, majoritatea conținând un singur atom. Din acest motiv, glutamina este esențială în:

- procesul de refacere post-operator,
- favorizarea cicatrizării rănilor
- funcționarea optimă a organelor, azotul fiind folosit de țesuturi pentru a se reface în caz de stres.

Cantitatea de L-Glutamină din doza standard de HEALIOS® este similară cu cea care poate fi obținută printr-o dietă bogată în proteine. Cu toate acestea, absorbția glutaminei din HEALIOS® este de peste 100 de ori mai mare prin combinarea cu ingrediente sinergice – Trehaloza și L-Arginina.

Trehaloza este un dizaharid care apare în mod natural în plante, insecte, ciuperci și bacterii. Sursa majoră alimentară sunt ciupercile. Acesta este considerat util din cauza proprietăților sale de rehidratare și de liant al apei, precum și pentru proprietățile antioxidante.

L-Arginina este un aminoacid produs în mod natural de organism implicat în procesul de sinteză al proteinelor în organism. L-Arginina este transformată în oxid nitric, cu rol vasodilatator ce contribuie la îmbunătățirea circulației sanguine.

- Susține sistemul imunitar întrucât este necesară pentru înmulțirea celulelor de tip B și T, limfocite responsabile pentru producția de anticorpi și consolidarea rezistenței organismului.
- Grăbește procesul de vindecare al rănilor prin îmbunătățirea depunerii de colagen în zona respectivă și diminuarea răspunsului inflamator.

Glutamina orală pentru a preveni stomatita indusă de chimioterapie: un studiu pilot.

Skubitz K and Anderson P, J Lab Clin Med, 1996; 127[2]:223-8.

Glutamina orală reduce durata și severitatea stomatitei după chimioterapia cancerului citotoxic.

Anderson P, et al, Cancer, 1998; 83:1433-9

Efectul glutaminei cu doze reduse asupra stomatitei dureroase în timpul transplantului de măduvă osoasă.

Anderson P, et al, Bone Marrow Transplantation, 1998; 22:339–344.

Informații nutriționale HEALIOS®

Ingrediente active: L-Glutamină, Trehaloză, L-Arginină

	Valoare per porție (~11g)	NVZ*
Calorii	35	
Total carbohidrați	7g	3%
Total zaharuri	6g	†
Include 6g zaharuri adăugate		12%
Amestec suport oral Healios* L-Glutamină, Trehaloză, L-Arginină	5345mg	†

* Procentul din valorile zilnice se bazează pe o dietă de 2.000 de calorii.

Valoarea zilnică (VZ) nu a fost stabilită

Doza pentru adulți:

Se amestecă o măsură (~11 g) cu 25-100 ml de apă, se clătește gura cu această soluție, apoi se înghite.Se administrează de două ori pe zi, dimineața și seara, înainte de culcare. Pentru cele mai bune rezultate, administrarea se face după mese.

Studiile au demonstrat că suspensia este mai benefică dacă este înghițită lent decât dacă este băută toată deodată; o modalitate eficientă de a se realiza absorbția și a se obține efectul optim este să clătirea gurii și apoi înghițirea soluției.

HEALIOS® este un supliment alimentar și nu trebuie să înlocuiască o dietă variată, echilibrată și un stil de viață sănătos. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic.

HEALIOS® se găsește în trei formulări, cu gust plăcut de portocale, de struguri sau fără aromă.

Importator și Distribuitor
PHARMCONNECT SERVICES SRL
Brașov, str.Traian Grozăvescu nr.7
www.onconect.ro

Spitalul OncoFort - Centrul de Excelență în Tratarea Cancerului

GRAL Medical, prin Spitalul OncoFort, a dezvoltat un sistem medical cu viziune pe termen lung, deschizând noi orizonturi în oncologia medicală privată. Sub sloganul „Suferințe Vechi, Tratamente Noi", GRAL Medical a reușit să implementeze servicii noi și eficiente pentru a veni în întâmpinarea nevoilor pacienților. Astfel GRAL Medical a devenit cea mai dinamică companie de servicii medicale din România. Perseverența, performanța, serviciile personalizate, inovația și rezultatele obținute stau la baza diferențierii sale pe piața serviciilor medicale private din România.

Prin abordarea complexă, multidisciplinară a serviciilor medicale integrate, Spitalul OncoFort este cea mai bună alegere pentru pacientul oncologic.

Importanța tratamentelor oncologice în pandemia de COVID-19

Asigurarea continuității îngrijirilor pacienților cu cancer a devenit o prioritate majoră în ultimele săptămâni în contextul pandemiei COVID-19.

Au apărut diverse întrebări – trebuie continuate sau nu tratamentele unor pacienți cu cancer? Pentru a limita riscul pacienților oncologici de expunere la infecție, având în vedere transportul până la spital și internarea în spital, ar fi mai potrivită amânarea consultațiilor? Pentru a evita starea de imunosupresie determinată de chimioterapie, ar fi oportună întreruperea momentană a tratamentelor?

În contextul actual, în care se încearcă prin toate mijloacele scăderea transmiterii infecției cu noul coronavirus și protejarea mai ales a populației mai sensibile, răspunsurile sunt multiple.

Pacienții cu cancer sunt mai susceptibili la infecție decât populația generală din cauza imunosupresiei produsă de cancer în sine, dar și de tratamentele antineoplazice, precum chimioterapia.

Printre grupurile de pacienți oncologici cu risc mai mare de infecții severe sunt cei cu: leucopenie produsă de neoplazie și de tratament (scăderea cronică a numărului de leucocite), imunosupresie cronică indusă de tratamentul cu anticorpi monoclonali sau corticoizi.

ESMO (Societetatea Europeană de Oncologie Medicală) recomandă:

- Asigurați continuitatea îngrijirilor medicale
- Fiți pregătiți pentru modificarea practicilor medicale
- Protejați-vă pe voi, pentru a vă putea proteja pacienții
- Sprijiniți pacienții

ASCO (Societatea Americană de Oncologie Medicala) recomandă ca anumite teste de screening care necesită vizite repetate la spital, să fie făcute cu anumite precauții, respectând restricțiile împotriva propagării COVID-19, pentru a reduce contactul pacienților cu alți pacienți.

Important de reținut: nu este recomandată întreruperea tratamentului pentru pacienții cu cancer!

Radioterapia

OncoFort este primul centru privat din România ce a folosit tehnica de conturare tridimensională 3D-CRT (Three dimensional conformal radiotherapy) și IMRT (Intensity Modulated Radiation Therapy).

Secția de radioterapie este dotată cu acceleratorul Versa HD, ce oferă pacientului beneficii majore: timp redus datorită tehnologiei VMAT și a lamelelor Agility™ (160), doză mare în volumul țintă tumoral, toxicitate redusă, tratarea unei palete mai mari de cancere, asigurarea calității (QA) și ghidaj combinat (Cone Beam CT).

În timpul radioterapiei pacienții OncoFort beneficiază de:

- Monitorizare clinică și biologică – monitorizare regulată a parametrilor biochimici și hematologici, monitorizarea toleranței
- Managementul reacțiilor adverse – tratament de susținere (orale sau perfuzabile)
- Consultații de specialitate conexe – în funcție de tipul și localizarea cancerului
- Chimioterapie concomitentă în funcție de tipul cancerului
- Evaluarea imagistică a răspunsului la tratament

Chimioterapia

Spitalul OncoFort oferă servicii de chimioterapie în regim de spitalizare de zi în 4 orașe: Craiova, Pitești, Ploiești și București.

Tratamentul citostatic se efectuează în rezerve moderne special amenajate pentru confortul pacienților, cu monitorizarea permanentă de către cadrele medicale specializate. Medicamentele sunt decontate de CNAS prin Programul Național de Oncologie.

Cum decurge tratamentul de chimioterapie la Spitalul OncoFort:

- Deciziile legate de indicațiile terapeutice se iau în cadrul echipei multidisciplinare (oncolog, radioterapeut, anatomo-patolog, chirurg și alți specialiști în funcție de caz)

- Există protocoale interne de diagnostic, tratament și monitorizare care se aplică conform celor mai importante ghiduri internaționale pentru oncologia medicală din Europa
- Activitatea de îngrijire a asistentelor se desfășoara conform unor proceduri operaționale standardizate
- Personalul departamentului, medici și asistente sunt persoane dedicate, cu experiență în administrarea tratamentului citostatic si în înțelegerea situației psiho-emoționale speciale a pacienților oncologici.

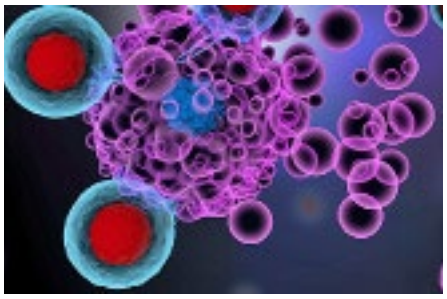
Imunoterapia

Imunoterapia este tratamentul care acționează asupra sistemului imunitar, stimulându-l astfel încât organismul să învingă cancerul. Sistemul imunitar este protejat de celule precum limfocitele T (soldații sistemului imunitar) și APCs (celule prezentatoare de antigen). APCs ajută la detectarea apariției celulelor canceroase. În momentul în care celulele APCs detectează celule canceroase, trimit semnale către limfocitele T care se multiplică și atacă aceste celule canceroase.

Datorită faptului că imunoterapia nu acționează direct asupra cancerului, ci asupra celulelor sistemului imunitar, pot fi tratate diferite tipuri de cancer.

La Spitalul Oncofort realizăm această terapie la pacienții cu neoplasmele din zona pulmonară, renală, vezica urinară, sfera ORL și melanom.

Rezultatele benefice ale imunoterapiei continuă să fie vizibile și după terminarea tratamentului. Acest tratament ajută sistemul imunitar să descopere celulele canceroase și să le distrugă, chiar dacă acestea reapar.



Tratamentele oncologice, consultațiile și investigațiile necesare pacienților pot fi decontate prin CNAS.

Tratamente oncologice în siguranță

Toate tratamentele oncologice, consultațiile oncologice și investigațiile, se desfășoară conform programărilor și cu măsurile de siguranță respectate pentru fiecare pacient.

Medicii, asistentele, infirmierele sunt în fiecare zi alături de pacienți. Avem grijă de sănătatea lor, fiecare zi de muncă începe pentru aceștia cu triajul epidemiologic, dezinfecția și echiparea corespunzătoare.

Ședințele de tratament oncologic nu pot fi amânate, boala nu așteaptă! Misiunea noastră, a Spitalului OncoFort, este să tratăm pacienții și punem sănătatea lor în prim plan.

Centrul preocupărilor noastre este pacientul și sănătatea lui, de aceea, înainte de tratament, fiecare pacient intră la triajul epidemiologic, iar la finalul tratamentului, după fiecare pacient, are loc dezinfectarea rezervei de tratament.

Consultații oncologice online prin Telemedicină

Spitalul OncoFort prin Clinica GRAL Online vine în ajutorul pacienților cu o soluție pentru a avea acces la indicațiile medicului oncolog. Pentru a beneficia cât mai repede de tratamentul prescris de acesta, venim în ajutorul pacienților cu consultații oncologice online, la distanță. Indicațiile medicului oncolog vor ajunge repede și direct, printr-un apel video la fiecare pacient. Consultațiile online prin telemedicină sunt esențiale pacienților greu deplasabili, celor ce au nevoie urgent de indicația unui medic aflat la distanță și celor ce doresc să reducă contactul cu alți oameni în perioada pandemiei de COVID-19.

Consultațiile oncologice online, prin serviciul de telemedicină în Clinica GRAL Online sunt un real ajutor pentru pacienții oncologici care se confruntă cu simptome supărătoare și au nevoie de indicațiile unui medic oncolog.

Spitalul OncoFort

Spitalul OncoFort este pionierul oncologiei private din România, oferind servicii integrate de diagnostic și tratament oncologic prin colaborarea cu profesioniști cu experiență și prin tehnologia modernă pe care o are.

Scopul este de a-i asigura pacientului o calitate a vieții cât mai bună chiar în condițiile unei afecțiuni de tip cancer. OncoFort a adus valoare actului medical, a implementat un model medical integrat care are grijă de pacienți prin serviciile oferite: Diagnostic oncologic preventiv, Puncții ghidate, Radioterapie 3D / IMRT/ VMAT, Chimioterapie, Consultații internaționale (second opinion, doctori de la AKH Viena), Chirurgie oncologică – cameră implantabilă, Anatomie patologică, Tumor Board international și Medicină Nucleară (Scintigrafii și Radioterapie cu iod).

Colaborarea cu medicii oncologi non GRAL pentru completarea serviciilor pe care aceștia nu le pot oferi, radioterapie, scintigrafii, anatomie patologică și altele, s-a dovedit a fi un succes pe termen lung, prin asigurarea unui tratament integrat și a unui prognostic cât mai bun pacientului.

SPITALUL OncoFort®

Decontarea serviciilor prin Casa de Asigurări de Sănătate cât și prin programele naționale de sănătate, facilitează accesul ușor pentru orice tip de pacient în Spitalul OncoFort. Pentru programări sau întrebări, avem disponibil call center: 021 323 0000 sau site-urile: www.oncofort.ro; www.gralmedical.ro

GRAL Medical - Strada Traian Popovici 79-91, București, call center: *4725 / 021-323.00.00 - www.gralmedical.ro

ÎNMUIE DE CORP HIDRATANTĂ

ÎNGRIJIRE BLÂNDĂ

Hidratarea pielii este esențială în timpul tratamentului, pentru ca aceasta devine vocală.
Acest produs este hidratant atât în cazul în privința epidermei, cât și în cazul în privința efectul hidratant. La câteva secunde, fluid ușor fel de efect ușor uscat și într-un pas simplu, bucuros de ceea hidratantă Ozalys învăluie corpul cu o mireasă parfumată. Pielea nu devine lipicioasă, ceea ce-ți permite să te îmbraci rapid și confortabil.

LOȚIUNE DELICATĂ PENTRU SCALP

ÎNGRIJIRE CALMANTĂ

Loțiunea delicată pentru scalp calmează iritațiile și hidratează. Ozalys Reconciling Care te răsfață pentru viitor, adăugând pielii din zonele necesare. Datorită texturii ușoare, poate fi masat delicat cu degetele și poate stimula activ microcirculația locală. Mănușa masă Ozalys, un buzunar din țesătură delicată din fire de bambus, te ajută să citești și să folosești produsul fără ai fie nevoie să-ți ud capul.

CREMĂ HIDRATANTĂ PENTRU MÂINI, PICIOARE ȘI UNGHII

ÎNGRIJIRE COMPLETĂ

Într-un singur pas, cremă pentru mâini și picioare Ozalys îngrijește atât pielea epidermei ca 2 în 1, efectul hidratant, hrănitor și calmant, cât și pielea recomandă excepțional în cazul în privința umidă – hidratându-le și dezinfectându-le, și după ei. Absorbția Care pătrunde rapid, nu mai lăsând și obiect un contur de dorință.

CREMĂ DE FAȚĂ HIDRATANTĂ DE ZI ȘI DE NOAPTE

ÎNGRIJIRE PERFECTĂ

Deoarece pielea te face să te simți incomfortabil, hidratarea ei devine esențială. Un singur produs de folosit într-un pas, crema de față de zi și de noapte îți hrănește și calmează pielea. Pielea va fi mult mai dezvoltă hidratată, va deveni netedă, textilă și strălucitoare din nou. Acest produs simplu și complet este un ajutor important pentru viața ta de fiecare zi.

SĂPUN-CREMĂ PENTRU IGIENA INTIMĂ

ÎNGRIJIRE DELICATĂ

Din cauza ei mucoasa vulvară a devenit fragilă, uscată și iritată, este esențială alegerea unui produs de igienă intimă potrivit. Săpunul-cremă Ozalys spălă delicat zona intimă, calmează și restabilește echilibrul de mucoasă. Acestor intervenții Ozalys asociază efectul Bifidogenic, oferindu-ți o senzație de confort liniștită și de dorință.

CREMĂ DE DUȘ PENTRU CORP ȘI SCALP

ÎNGRIJIRE BLÂNDĂ

Duș după ce trebui să fie o experiență plăcută, poate fi și un chin. Crema de duș Ozalys îți spălă delicat, calmează și reconfortează pielea. Un produs 2 în 1, care te scutește de spălat șampon pe scalpul gol. Spuma bogată este o adevărată plăcere pentru simțurile tale. Parfumul scumpă te lăsă de la o lăsă în un produs delicat și îți trezește pofta emoțională a stării de relaxare.

ȘAMPON DELICAT

ÎNGRIJIRE INEGALABILĂ

Deoarece părul și scalpul tău se simt mai cu stress mover și mărginașii tăiați în funcție de climă, Ozalys Shampoo răspunde tuturor nevoilor tale cu un produs. Și spălă delicat părul și îți calmează scalpul. Ozalys Care Rare pârul și îți dă un miros delicat, ajutându-te în scurtă timp să-l descurci. Cu ajutorul lui hrănit, pentru și protejează și redă strălucirea chiar și părul mai tare plat.

DEODORANT PERSONALIZAT

ÎNGRIJIRE PLĂCUTĂ

Alegerea unui deodorant potrivit este esențială, pentru ca îngrijirea subiectului devine mai complicată. Deodorantul cremă Ozalys te ajută să fii hrănitoare în fiecare zi. Smoothing Care oferă confort, hidratare și eliminare, calmează în scurtă timp pielea sensibilă. Mișcarea ușoară delicată de aplicare pentru pacie, este cea Absorbit și nu lasă urme în de urme pe haine. Cu un parfum delicat, acest produs oferă protecție eficientă și de durată împotriva mirosurilor neplăcute.

PASTĂ DE DINȚI RĂCOMITOARE

ÎNGRIJIRE ESENȚIALĂ

Din cauza ei mucoasa este sensibilă, gustul îți este afectat, este greu alegerea pastei de dinți potrivite este o hotărârea autoevidentă. Pasta de dinți Ozalys poate fi folosită după fiecare masă, fără a-ți răni mucoasa gingivală. Essential Care spălă delicat, eliminând prospețimea și confortul. Aroma ușoară de mentă și gălbenele a lor gingivă și trăiește igiena orală și stimulează bine.

APĂ DE GURĂ

ÎNGRIJIRE RECONFORTANTĂ

Acest produs va fi aliatul tău constant, hrănește gura în este vulnerabilă după administrarea tratamentelor oncologice. Apa de gură Ozalys se poate folosi după fiecare masă, pentru a-ți păstra mucoasa sănătoasă. Comfort Care conține un fluor reconfortant pentru o igienă hidratantă și eliminând, în fiecare zi, îți îngrijește dăștori gura și mirosul o igienă orală și dorință de durere.

Informații utile despre produse, recomandări și magazin online aici:

Farmacia Roz

0742 037 238 • 0741 029 798

E-mail comenzi: office@farmacia-roz.ro
Website comenzi: www.farmacia-roz.ro

Farmacia Roz – Constanța Tăbăcăreș
str. Ciprian Porumbescu, nr. 10 tel. 0268 460 020, 0268 467 843
Farmacia Roz – Reșița Tăbăcăreș
str. Cetății, nr. 31 tel. 0255 226 044, 0741 029 798
Farmacia Roz – Mf. Vasile Tăbăcăreș
str. Mihai Viteazu, nr. 1 tel. 0255 460 007
Farmacia Roz – Bocșa Tăbăcăreș
str. Gării, nr. 2-4 tel. 0255 464 798

LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL

REPREZENTANȚA PENTRU MOLDOVA
Piața Charles de Gaulle nr. 2, ap. 2
sector 1, București
Tel: 00 33 230 20 44
Fax: 00 33 230 20 47
E-mail: innotech.romania@wanadoo.com

Ozalys

STAY BEAUTIFUL

VIAȚA E PREȚIOASĂ. LA FEL ȘI FRUMUSEȚEA.

Revoluționând lumea dermatocosmeticelor, Ozalys este un brand creat de femei pentru femeile afectate de cancer.

Screening-ul național pentru cancerul de col uterin

Experiența preliminară a Institutului Oncologic București

Programul de screening pentru cancerul de col uterin caută depistarea unor leziuni precursoare care se pot îndepărta înainte de apariția cancerului sau a unui cancer în stadiu precoce, mai ușor de tratat [1,2,3,4].

Dr. V. M. Prunoiu

UMF „Carol Davila" București
Clinica I Chirurgie Generala și Oncologica, Institutul Oncologic „Al. Trestioreanu" București

Oana Șaptefrați[2], Rossana Iuliana Brătucu[3], Cristina Șaptefrați[2], E Brătucu[1], Maria-Manuela Răvaș[1]

[1]UMF „Carol Davila" București
Clinica I Chirurgie Generala și Oncologica
Institutul Oncologic „Al. Trestioreanu" București
[2]Clinica II Chirurgie Oncologica
Institutul Oncologic „Al. Trestioreanu" București
[3]UMF „Carol Davila" București
Catedra de Genetică

Autor corespondent: Virgiliu Mihail Prunoiu
Mail: virgiliuprunoiu@yahoo.com

Cancerul de col uterin reprezintă în România o problemă de sănătate publică, iar la femeile cu vârsta cuprinsă între 15-44 ani este al doilea cel mai frecvent tip de cancer. Anual sunt diagnosticate cu acestă boală 4.000 de femei, iar 2.000 decedează din cauza acestei boli (3). Reprezintă 12% din totalul neoplasmelor de col diagnosticate anual în Uniunea Europeană (UE) și suntem pe primul loc al incidenței cancerului de col, aceasta fiind de 3 ori mai mare decât media ratei UE, de 34.9/100.000 femei versus 11.3 media UE.(3,5) Pornind de la această crudă realitate, Ministerul Sănătății a inițiat Programul de screening pentru cancerul de col uterin, care caută depistarea unor leziuni precursoare care se pot îndepărta înainte de apariția cancerului sau a unui cancer în stadiu precoce, mai ușor de tratat [1,2,3,4].

România are 6 milioane de femei cu vârsta între 25-64 de ani, iar peste 700.000 sunt numai în București-Ilfov. Între 2012-2017 peste 700.000 (10.8%) au beneficiat de programul de screening al Ministerului Sănătății (MS). Numărul total de teste efectuate în anul 2018 este de 42.154, reprezentând o acoperire anuală a populației de vârstă eligibilă de 7,47%. Procentul optim de acoperire a populației eligibile, pentru ca programul să fie eficace este de 14% pe an, pentru o perioadă de desfășurare a programului de 5 ani. Numărul de teste Babeș-Papanicolaou de efectuat într-un an de derulare a programului ar trebui să fie de aproximativ 780.000. În București-Ilfov a fost de 5.9% (5.2 Ilfov și 6.1 București) (6). Programul este considerat eficient când au fost testate ≥ 60% dintre femei. Astfel, alte state au o rată de participare de: Norvegia 78,9%, Danemarca 66.3%, UK 78.5%, Finlanda 100% începând screening-ul din 1960, etc. (7).

Colul uterin prezintă pe suprafața sa celule scuamoase (zona exocervicală) și celule glandulare (zona endocervicală). Zona de tranziție dintre cele 2 categorii de celule (zona de transformare) este sediul cel mai frecvent al leziunilor preneoplazice. Evoluția spre cancer a leziunii precanceroase se face lent, în 10-20 de ani. De aceea, este importantă efectuarea testului Babeș-Papanicolaou (1, 2, 3). Factorii de risc pentru apariția neoplasmului de col uterin sunt: HPV (Virusul Papilloma uman), infecția cu virusul Herpes Hominis tip 2 (HSV 2), infecția HIV/SIDA, fumatul, debutul precoce al vieții sexuale, igiena deficitară, sarcinile multiple, anticoncepționale orale, promiscuitatea sexuală și istoricul familial de cancer de col. Infecția cu HPV se face prin transmitere sexuală și precede cu câțiva ani dezvoltarea leziunilor intraepiteliale care pot evolua către cancer de col uterin. Boala poate fi prevenită, fiind precedată de leziuni precanceroase clasificate CIN 1-3 (neoplazii cervicale intraepiteliale1-3) sau displazii moderate/severe, cu evoluție lentă de 10-20 de ani. Tulpinile 16 și 18 au risc oncogen crescut (peste 70% din cancerele de col). Tulpinile 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 sunt responsabile pentru 90% din cancerele de col. Statistic, 80% dintre femeile active sexual la nivel global vor fi infectate pe parcursul vieții cel puțin o dată (8). Infecția nu presupune că persoana respectivă va dezvolta cancer de col. Majoritatea sunt asimptomatice și tranzitorii. Atât femeile cât și bărbații pot fi purtătorii virusului și îl transmit mai departe, dar 90% se vindecă de la sine în decurs de 2 ani. Leziunile precanceroase și cancerul de col în stadii incipiente se pot descoperi prin testarea periodică Babeș-Papanicolaou (3-5 ani). Astfel, se reduce incidența bolii cu 80% și se poate preveni evoluția gravă a acesteia. HPV determină și alte tipuri de cancer, fiind prezent în > 70% din cazuri în cel vulvar, vaginal, penian, orofaringian și anal (9,10).

Tratamentele recomandate pentru: CIN 2-3 - terapii ablative (criochirurgie, terapie laser cu CO2, electrocoagulare diatermică, excizie electrochirurgicală [LEEP], RFA); conizația – poate rămâne unica metodă terapeutică atunci când profunzimea invaziei este < 3 mm și nu se semnalează invazia vasculară/limfatică, iar marginile sunt histologic negative – se recomandă mai ales la femeile tinere, care doresc să rămână fertile; trahelectomie radicală – îndepărtare col; histerectomia totală simplă – când profunzimea invaziei este < 3 mm (conizația cu margini libere) și nu se semnalează invazia vasculară și limfatică–ovariectomia este opțională și se va evita la femeia tânără; his-

terectomia radicală cu limfadenectomie regională (operația Wertheim realizată clasic, laparoscopic sau robotic) – la pacientele cu profunzime a invaziei tumorale de 3-5 mm sau incertă (conizație cu margini pozitive), cu risc de apariție a metastazelor ganglionare regionale de aproximativ 10%; brahiterapia intracavitară singură – când profunzimea invaziei tumorale este < 3 mm și nu se consemnează invazia spațiului limfatic; radioterapia externă ± brahiterapie.

Supraviețuirea pacientelor este bună, în stadiile incipiente. Rata medie de supraviețuire la 5 ani pentru toate stadiile cancerului de col uterin este de 57%. în Stadiul 1 - când se depistează leziunile precanceroase – există 99-100% șanse de vindecare, pentru Stadiul 2 - când cancerul a depășit cervixul, dar nu a ajuns la planșeul pelvin – sunt 60% șanse de vindecare, în Stadiul 3 - când cancerul a ajuns la planșeul pelvin - sunt 22% șanse de recuperare, iar Stadiul 4 - când cancerul a invadat vezica și rectul – sunt 7% șanse de supraviețuire.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) și European Cancer Legues recomandă printre măsurile de prevenire ale cancerului de col, dovedite științific ca fiind eficace, screening-ul - pentru depistarea activă precoce și vaccinarea HPV (2). Ministerul Sănătății (MS), prin Programul National pentru depistarea activă precoce, a reînceput campania de screening prin: îmbunătățirea nivelului de informare privind cancerul de col și facilitarea accesului unui număr mare de femei la testarea gratuită Babeș-Papanicolaou. Astfel, femeile pot beneficia de gratuitate dacă: au între 25-64 ani, sunt sau nu asigurate prin sistemul național de asigurări de sănătate, să nu prezinte diagnostic confirmat de cancer de col uterin și să fie asimptomatice. (Ordin MS 377/2017).

Pentru screening se poate utiliza examenul Babes-Papanicolaou (Pap) care folosește citologia pe lamă sau în mediu lichid. Pentru diagnosticul leziunilor se utilizează sistemul de clasificare Bethesda: ASC-US/ ASC-H care au înlocuit clasificarea CIN 2/CIN 3, iar de la vârsta de 30 ani se poate asocia testarea HPV ADN (tipurile 16,18). Este posibil a se opta pentru următoarea asociere: varianta A) - dacă la examenul Pap avem rezultatul ASC-H / HSIL se procedează la colposcopie + biopsie + HPV sau varianta B) - detectare HPV, iar în caz de pozitivare se face Pap; dacă avem rezultatul ASC-H / HSIL se face colposcopie + biopsie. Controlul se repetă la 6-12 luni. Dacă controlul este normal, va fi revăzută pacienta peste 3 ani. Astfel, eficiența testării HPV este mult mai sensibilă decât citologia Babeș-Papanicolaou în determinarea leziunilor CIN 2 în cadrul programelor de screening, dar crește numărul de colposcopii efectuate datorită ratei înalte de persistență a infecțiilor cu HPV. (11)

În anul 2018, între Institutul Oncologic București (IOB) și Patriarhia Română s-a semnat un protocol de colaborare în vederea organizării de acțiuni medicale cu caracter umanitar. Beneficiarii sunt femeile din județul Ilfov, iar scopul este depistarea precoce a cancerului (col uterin, sân, colon-rect etc). Voluntarii de la Paraclisul Catedralei Mântuirii Neamului ajută IOB logistic și mediatic. De la începerea colaborării cu Patriarhia, în anul 2018 au fost testate 340 de femei, ceea ce reprezintă 37.90% din totalul femeilor testate Pap în județul Ilfov.

Testările au continuat și în 2019, în primele 6 luni fiind investigate 241 de femei. În paralel s-a început și efectuarea unui examen clinic la sâni, femeile, în număr de 120, fiind apoi îndrumate către investigații imagistice suplimentare (ecografie, mamografie). Astfel, în perioada ianuarie 2018 – septembrie 2019 au fost investigate 581 de femei, iar alte 50 au fost informate despre importanța prevenirii cancerului. Dintre acestea, 45 (7.74%) au fost depistate cu leziuni la nivelul colului uterin, iar 147 au prezentat infecții și inflamații care necesită tratament de specialitate. Femeile depistate cu probleme de sănătate au fost invitate la IOB pentru examene de laborator și imagistice complexe (videocolposcopie, ecografie, mamografie, CT, RMN), dar și pentru realizarea tratamentului chirurgical și ginecologic adecvat. Din nefericire, doar o mică parte, 2 cu leziuni ale colului (4.4%) și 10 paciente examinate la sân (8.3%) s-au prezentat la IOB, iar altele, deși au fost sunate și informate că au probleme de sănătate, nu s-au prezentat la medic. În ceea ce privește datele adunate la IOB ca și coordonator screening pentru zona București-Ilfov, au fost investigate în 2018 un număr de 2133 de femei, iar 147 (6.89%) au fost diagnosticate cu displazii ale colului. În primul semestru al anului 2019 s-au investigat 1049 de femei, 80 (7.62%) fiind găsite cu modificări ale colului.

Datele prezentate de Serviciul de Evaluare Statistică Medicală al IOB arată că în anul 2018 au fost înregistrate și tratate în IOB un număr de 475 de paciente cu neoplasm de col uterin confirmat histopatologic, 253 fiind diagnosticate în cadrul Institutului, majoritatea având peste 40 de ani. Au fost înregistrate 4 decese. Cu diagnosticul de tumoră benignă de col uterin au fost înregistrate 10 paciente. De asemenea, datele arată că în anul 2018 au fost internați 1678 de pacienți având diagnosticul de neoplasm de sân (confirmat histopatologic). 740 de paciente au reprezentat cazuri noi, majoritatea având peste 40 de ani, iar stadiile avansate III și IV au fost în număr de 63 (8.51%). Pentru cazurile înregistrate s-au consemnat și 3 decese. Cu diagnosticul de tumoră benignă a sânului au fost diagnosticate 71 de paciente, 45 fiind la prima prezentare.

Screening-ul prin testarea primară Babeș-Papanicolaou combinată cu testarea HPV realizate în cadrul Programului Național de depistare activă precoce a cancerului de col uterin ar putea determina o rată crescută de depistare pozitivă histologică a leziunilor CIN 2-3, mai mult decât numai prin simpla citologie Pap. Problema o constituie prezentarea la medic a femeilor și în special a populației tinere cu vârsta de 30 de ani și peste. Datele statistice oferite de țările europene în care screening-ul a fost realizat în proporție de peste 60% arată că, după vârsta de 35 de ani, femeile devin interesate de programele de screening (în medie, 35 de ani în Suedia, 39 de ani UK, 41 de ani în Olanda și Italia, 50 de ani în Finlanda), iar testarea HPV este mult mai sensibilă în depistarea leziunilor CIN 2-3 (97%) (11). O soluție la care au apelat și alte state este reprezentată de caravanele pentru screening care utilizează autoutilitare special dotate și care, împreună cu personalul medical special instruit, se deplasează în locurile izolate și la populațiile defavorizate pentru a realiza investigațiile respective.

Având în vedere dificultățile întâmpinate în realizarea screening-ului pentru cancerul de col, cred că este util ca experiența acumulată în perioada 2018-2019 să o folosim și pentru screening-ul cancerului de sân.

La debutul pandemiei COVID-19, procedurile medicale elective, inclusiv screeningul cancerului, au fost într-o mare măsură suspendate pentru a stabili prioritățile nevoilor urgente și a reduce riscul de răspândire a COVID-19 în mediile de sănătate. O consecință a acestui fapt a fost o scădere substanțială a screening-ului cancerului.

Relaxarea restricțiilor, a permis redeschiderea cabinetelor medicale care au început să ofere din nou consultații inclusiv screeningul cancerului (din luna mai). Repornirea screeningului cancerului necesită

o analiză atentă a riscurilor și beneficiilor screeningului, împreună cu asigurarea siguranței atât pentru pacienți, cât și pentru personalul medical. Condițiile de securitate impuse de infecția cu COVID nu au mai permis desfășurarea activității de caravană.

Dacă ați avut o programare pentru screening care a fost amânată sau anulată, discutați cu medicul de familie sau ginecolog când să va reprogramați. Medicul poate discuta despre riscuri și beneficiile de a fi examinat acum sau de amânare pentru o dată ulterioară, ținând cont de istoricul personal și familial, de alți factori de risc și de momentul ultimului test de screening.(ultimul examen Babes-Papanicolaou ?, test HPV?, ultima mamografie? etc)

Testele de screening caută cancerul la persoanele care nu prezintă simptome. Dacă sunt semne sau simptome care ar putea fi cauzate de cancer, de exemplu, un nodul la sân, sângerări după contact sexual sau după menopauză sau sânge în scaun, ar trebui discutat imediat cu Medicul de Familie, deoarece este nevoie de examene sau teste care să evalueze acele semne și simptome particulare. Întârzierea examinării poate conduce la evoluția bolii la stadii avansate cu răspuns slab la tratamentul specific recomandat.

Instituțiile medicale care fac screening trebuie să ia măsuri pentru a reduce riscul transmiterii COVID (Societatea Americană pentru Cancer):

- Centrele de screening trebuie să fie disponibile pentru a răspunde la întrebările pacienților prin telefon sau portal web înainte și / sau după procedura de screening.
- Pacienții trebuie să fie pre-examinați pentru simptomele legate de COVID înainte de stabilirea programărilor
- Programarea trebuie să permită distanțarea fizică între pacienți și timpi mai mari de programare, dacă este necesar, pentru a evita aglomerarea în sălile de așteptare și în zonele de îngrijire a pacienților
- Să existe limitări ale vizitatorilor, în afară de pacienți și / sau de însoțitorii lor, în centrul de screening
- Centrul de screening trebuie să poată face dezinfecția și curățate echipamentele și suprafețele conform noilor norme epidemiologice
- Toată lumea, inclusiv pacienții și personalul, trebuie să poarte o mască de față, vizieră (după caz). Trebuie să existe posibilitatea de spălare frecventă a mâinilor și utilizarea de dezinfectant pentru mâini de către personal, pacienți și vizitatori
- Vestea bună este că prelevarea de probe pentru testarea HPV poate fi obținută în siguranță acasă de către femeile înseși, fără a fi nevoie de un examen ginecologic, cu un rezultat extrem de fiabil.(Țările Nordice au introdus acest examen)

Cea mai bună metodă pentru mediatizarea și informarea populației asupra programelor naționale de screening sunt scrisorile de invitare – reinvitare. S-au dovedit a avea efectul cel mai pozitiv în rândul populației, cu creșterea semnificativă a participării la programele de screening. Această metodă este demonstrată că are efect și la: pacientele în vârstă, la cele cu nivel educațional scăzut și la emigranți. (12, 13, 14). Toate datele referitoare la rezultatele screening-ului pentru cancerul de col și sân trebuie să fie confidențiale și să țină cont de regulamentul de protecție a datelor personale.

Concluzie:

- Pacientele nu sunt încă suficient informate cu privire la necesitatea și utilitatea screening-ului (cancere de col, sân, colo-rectal)
- Colaborarea dintre medicul de familie și autoritățile locale (medic de familie, preot și primar) a fost esențială pentru desfășurarea acțiunii
- Pe viitor este necesară o implicare mediatică mai mare a MS, alături de autoritățile locale și medicii de familie
- Soluția o constituie scrisorile de invitare și reinvitare (la 1-2 ani) de participare la screening
- Necesitatea constituirii unui Registru național de leziuni precanceroase (col, sân, colon)

Bibliografie

1. American Cancer Society, What is cervical cancer? www.cancer.org/cervicalcancer/detailedguide/cervical-cancer-what-is-cervical-cancer
2. Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice 2nd edition. Geneva: World Health Organization, 2014, www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK269619
3. Bruni L, et al.,ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus
4. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers în 185 countries. CA Cancer J Clin, în press. The online GLOBOCAN 2018 database is accessible at http://gco.iarc.fr/, as part of IARC's Global Cancer Observatory.
5. European Cancer observatory; http://eco.iarc.fr//EUCAN/CancerOne.aspx?
6. Guvernul României, Ministerul Sănătății – Raport activitate 2018, www.ms.ro/wp-content/uploads/2019/05/Raport-de-activitate-MS-2018-2.pdf
7. Vaccarela S., et. al.„ 50 Years of Screening în Nordic Countries: Quantifying the Effects on Cervical Cancer Incidence". British Journal of Cancer 111.5 (2014): 965-969. PMC. Web.
8. Wagner, Monika et al. (Global Availability of Data on HPV Genotype-Distribution în Cervical în Cervical, Vulvar and Vaginal Disease and Vaginal Disease and Genotype-Specific Prelevance and Incidence of HPV Infection în Females". Infection Agents and Cancer 10 (2015): 13 PMC. WEB
9. Hamborsky J., Kroger A., Wolf S.,Centers for Disease Control and Prevention, Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Chapter 11, Human Papillomavirus eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Fondation, 2015. www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/index.html
10. Castellsague X, et.al., „HPV vaccination against cervical cancer în women above 25 years of age: key considerations and current prespectives", Gynecol Oncol (2009), doi: 10.1016/j.ygyno.2009.09.021
11. Veijalainen O., Kares S., Kujala P., Tirkkonen M., Vuento R., Kholová I., Luukkaala T., Osuala V., Mäenpää J.. Human papillomavirus test with cytology triage în organized screening for cervical cancer. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016 Nov;95(11):1220-1227. doi: 10.1111/aogs.13013.
12. Ferroni E1, Camilloni L, Jimenez B, Furnari G, Borgia P, Guasticchi G, Giorgi Rossi P; Methods to increase participation Working Group. How to increase uptake în oncologic screening: a systematic review of studies comparing population-based screening programs and spontaneous access. Prew. Med 2012 55, 587-96
13. Radde K., Gottschalk A., Bussas U., Schülein S., Schriefer D., Seifert U., Neumann A., Kaiser M., Blettner M., Klug S.J. Invitation to cervical cancer screening does increase participation în Germany: Results from the MARZY study. Int J Cancer. 2016 Sep 1;139(5):1018-30. doi: 10.1002/ijc.30146. Epub 2016 May 13.
14. Bundesministerium fur Gesundheit: National Krebsplan – Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen(2012).www.bundesgesundheitsministeriunm.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/der-nationale-krebsplan-stell-sich-vor.htlm (2017)

VINNO
VISION IN INNOVATION

numeris medical

LUXUL ACCESIBIL

DESIGN INOVATIV

FLUX DE LUCRU INTUITIV

TRANSDUCTORI CU TEHNOLOGIE MONOCRISTAL
fara pini externi, cu plaja de frecvente 1-23 MHz

CONECTIVITATE: WI-FI · LAN · DICOM · BLUETOOTH · USB (stocare si printare)

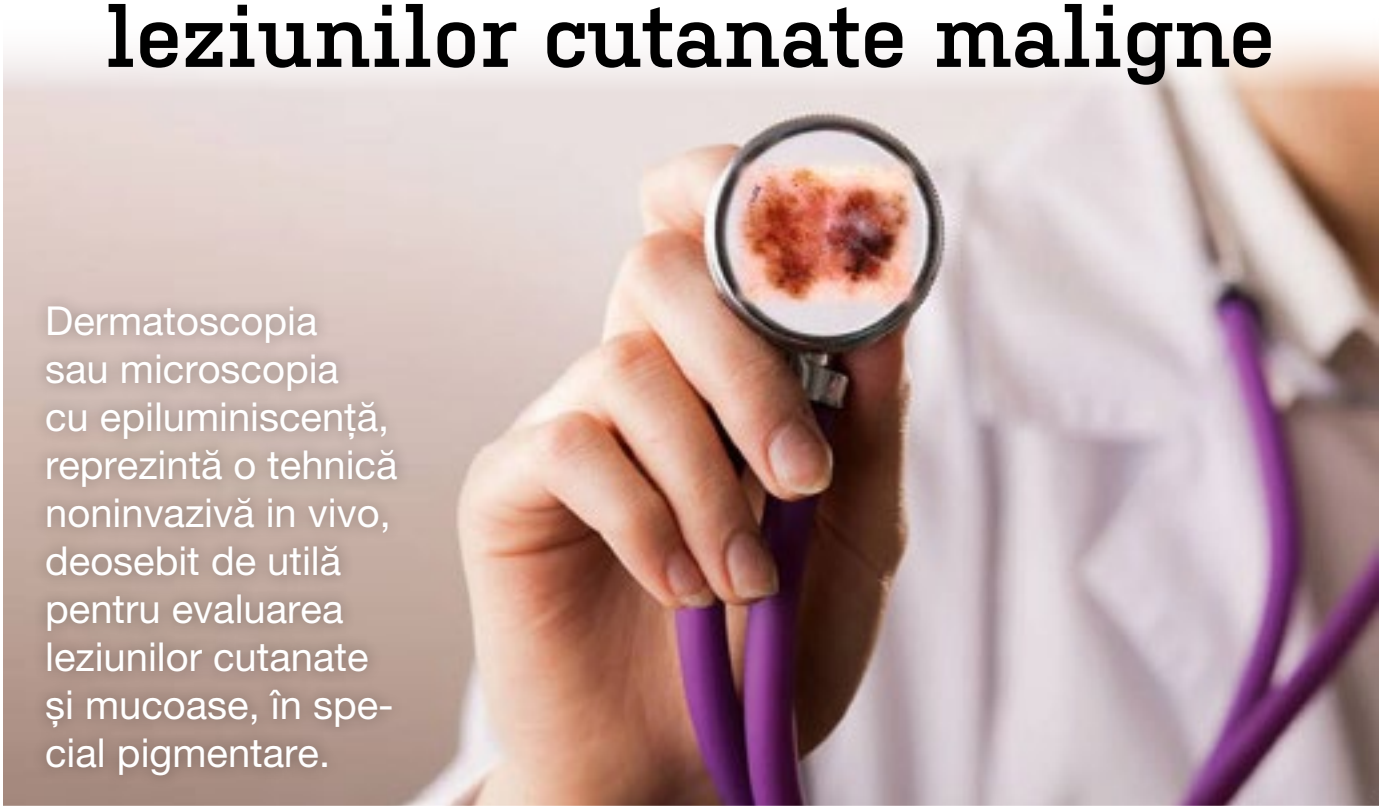
MODURI DE LUCRU:
- B - 2D
- Color Doppler
- M
- M Anatomic
- Doppler Pulsat
- Doppler Continuu
- Doppler Tesut
- 3D/4D
- CBI-CEUS
- VGuide
- PWV
- VFlow
- elastografie
- calcule si analize Doppler automate
- etc.

platforma software pentru "second opinion", training, service de la distanta

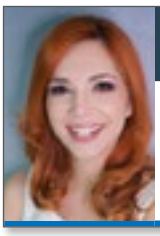
www.numeris.ro

Victoriei 146, Baia Mare, jud. Maramures

Dermatoscopia în screeningul leziunilor cutanate maligne



Dermatoscopia sau microscopia cu epiluminiscență, reprezintă o tehnică noninvazivă in vivo, deosebit de utilă pentru evaluarea leziunilor cutanate și mucoase, în special pigmentare.



Dr. Anca Răducan

Medic Specialist Dermatologie
Doctor în științe medicale

Realizată de către un dermatolog experimentat, dermatoscopia crește semnificativ sensibilitatea și specificitatea diagnosticului clinic, în mod particular al leziunilor pigmentare. Dermatoscopia a evoluat și a devenit un element esențial în rutina dermatologilor, cu ajutorul căruia putem diagnostica și leziuni non-melanocitare (benigne sau maligne).

În ceea ce privește leziunile pigmentare, dermatoscopia permite screening-ul leziunilor maligne, follow-up pentru leziunile cu risc, inițierea tratamentului precoce în cazurile selecționate, dar și evitarea exciziilor inutile pentru leziuni benigne.

Dispozitivele actuale permit examinarea cu sau fără contact, în lumină polarizată și ne-polarizată, ajustarea luminozității, intensificarea pigmentului, precum și captarea și stocarea de fotografii, prin adaptarea dermatoscopului hand-held la smartphone sau camera foto digitală.

Dermatoscopul nu este doar pentru dermatologi, putând fi utilizat și de medici de alte specialități pentru screeningul leziunilor suspecte. Dermatoscopul ideal ar trebui să întrunească următoarele calități: să aibă lentile cu capacitate de mărire sporită, să fie ușor de folosit, versatil, ergonomic, să permită un timp îndelungat de lucru (câteva ore), evaluarea în lumină polarizată și non-polarizată, cu pigment booster, ajustarea luminozității, și foarte important, posibilitatea de a stoca imaginile.

Interpretarea leziunilor la dermatoscopie este adesea dificilă și de aceea au fost concepute criterii clare pentru depistarea tumorilor maligne. Dermatoscopia necesită timp și dedicare, participări la cursuri susținute de experți în domeniu și la congresele de specialitate, și foarte mult antrenament, obținut doar prin analiza amănunțită a mii de cazuri, prin dezvoltarea experienței profesionale. Membrii Societății Internaționale de Dermoscopie au pus bazele unui abecedar dermatoscopic, un limbaj comun, care să faciliteze analiza leziunilor.

Pornind de la Pattern-analysis (evaluarea leziunilor melanocitare pe baza unor criterii clare), în timp puteți avea o abordare dermatoscopică de tip BLINK • THINK • COMPARE (în această ordine). BLINK se referă la observarea arhitecturii globale a leziunii și stabilirea simetriei/asimetriei de culoare și structură. THINK implică o abordare analitică și aplicarea celor 7 criterii specifice melanomului: A – asimetria formei, B – marginea neregulată, C – asimetria culorii, D – dimensiuni mai mari de 0,6 cm, E – evoluția în timp (creștere rapidă, sângerare, prurit). COMPARE reprezintă alternativa de abordare comparativă a leziunilor, pe care o utilizăm atunci când celelalte două metode nu se aplică. Totodată există 3 criterii de bază în depistarea melanoamelor de leziuni pigmentare benigne: asimetria de culoare și structură, evidențiată dermatoscopic, rețeaua pigmentară atipică și prezența structurilor alb-albastre.

Dacă în urma dermatoscopiei avem dubii cu privire la diagnostic, este recomandat fie să excizăm leziunea suspectă, fie să o urmărim peste un interval de timp, distrugerea acesteia prin metode ablative fără confirmare histopatologică a diagnosticului fiind contraindicată.

DERMLITE

Cea mai rafinată viziune în dermatoscopie.
DermLite, detectarea din timp a cancerului de piele și a altor probleme localizate pe piele

DLFX

DermLite Foto X

Foto X este obiectivul universal de dermoscopie care se atașează practic la orice cameră digitală SLR, cameră compactă de tip point-and-shoot, camera de luat vederi fără oglindă, un smartphone.

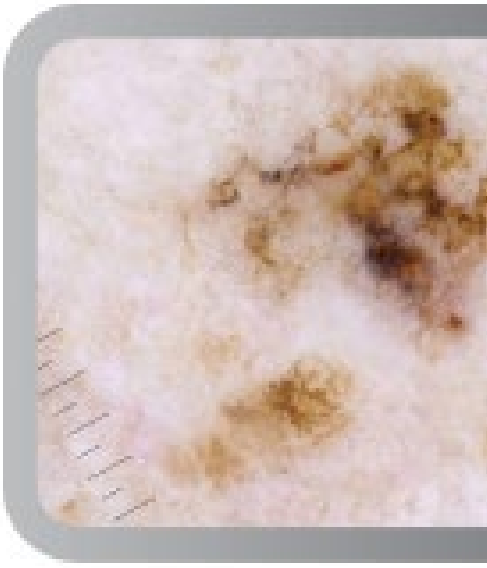
- Carcasă rezistentă din aluminiu
- Lumină polarizată și nepolarizată prin apăsarea butonului
- Patru nivele de luminozitate
- Indicator de încărcare pe patru niveluri
- Oprirea automată pentru a economisi durata de viață a bateriei
- Dermatoscopie cu contact și dermoscopie fără contact
- Stuț de fixare cu o reticulă de 10 mm
- Utilizați cu aproape orice cameră, smartphone sau iPad

DLFX PLUS

DermLite Foto X Plus

Sistem complet de Dermoscopie digitală Point-and-Shoot

DermLite Foto X Plus combină DermLite Foto X cu unul dintre cele mai compacte și mai performante camere digitale, Olympus Mio Mark II, oferindu-vă un sistem complet de ultimă generație pentru dermoscopie digitală.



DL1B-7

DermLite DL1 basic

Monitorizare pentru pacienții dumneavoastră

DermLite DL1 basic, este un sistem simplu de utilizat, care permite pacienților să monitorizeze alunițele și leziunile cutanate la domiciliu și să trimită imaginile de calitate DermLite, pentru examinare.
În cea din urmă, puteți oferi o soluție pacienților cu risc crescut sau celor cu antecedente familiale de melanom sau chiar pentru cei care suferă de o leziune îngrijorătoare și nu vă pot vedea personal.

ITALTRADE DISTRIBUTION

Calea Bucuresti Nr. 74, Tunari, Ilfov, Tel: +40 731 361 549, +40 213 165 070, office@italtrade.ro, www.italtrade.ro

Recomandări practice privitoare la activitatea departamentelor de Radioterapie în perioada pandemiei cu Covid – 19.

Recomandările practice privitoare la activitatea departamentelor de Radioterapie în perioada pandemiei cu Covid-19 au fost realizate de experți din zonele pandemice Wuhan (China) și Lombardia (nordul Italiei), pentru a împărtăși experiența celor mai afectate „zone roșii". Recomandările includ aspecte importante ale asigurării continuității tratamentelor de iradiere pentru pacienții neoplazici, o categorie cu risc crescut de a dezvolta forme severe de boală Covid-19. Sunt discutate aspecte privind protejarea membrilor echipei de radioterapie și asigurarea unui tratament prioritar în conformitate cu evaluarea corectă a raportului risc/beneficiu, precum și principalele concepte legate de utilizarea schemelor de radioterapie hipo-fracționată și a conceptelor de întârziere a radioterapiei paliative precum și tratamente curative. O abordare bazată pe echipamentul de protecție nivel 3 utilizat în centrul de radioterapie Wuhan pentru contactul cu pacienții pozitivi sau suspecți Covid-19 poate fi adoptat ca standard, având în vedere raportul final de 0% contaminare în rândul personalului centrului la sfârșitul perioadei de pandemie.

C.C. Mireștean[1,2], M. Agop3, C. Buzea[4,5], Roxana Irina Iancu[*6,7], D.T. Iancu[6,8]

1. University of Medicine and Pharmacy Craiova, Romania
2. Euroclinic Center of Oncology Iasi, Romania
3. „Gh. Asachi" Technical University Iasi
4. National Institute of Research and Development for Technical Physics, Iasi
5. „Prof. Dr. N. Oblu", Clinical Emergency Hospital, Iasi
6. „Gr. T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iasi
7. „St. Spiridon" Clinical Emergency Hospital, Iași
8. Regional Institute of Oncology, Iasi
*Corresponding Author: Iancu Irina Roxana
„Gr. T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Oral Pathology Department,
16'Universitatii Street, 700115, Iasi, Romania
Tel: +40.232.301.603 E-mail: roxana.iancu@umfiasi.ro

Introducere

Coronavirusurile sunt agenți patogeni care provoacă infecții virale la animale și la oameni. La sfârșitul anului 2019, a fost identificat un nou coronavirus, fiind asociat cu cazuri de pneumonie în Wuhan, orașul de reședință al provinciei Hubei (China). Creșterea numărului de cazuri a dus la o epidemie în toată China, urmată de un număr tot mai mare de cazuri în întreaga lume. În februarie 2020, Organizația Mondială a Sănătății a denumit boala COVID-19, denumirea fiind asocierea clasei de virus care o produce (ARN betacoronavirus2 capsulat) și (20)19 - anul în care au fost identificate primele cazuri.

O particularitate a acestei boli este sindromul respirator acut sever - SARS-CoV-2, care este asociat cu severitatea bolii. In scurt timp Europa a devenit cel mai afectat continent. La sfârșitul lunii februarie și în primele săptămâni din martie 2020 a fost identificată o explozie a numărului de cazuri în Lombardia, o regiune din nordul Italiei. Spitalul Papa Giovanni XXIII din Bergamo devine epicentrul european al luptei împotriva COVID-19. Ulterior, Spania, Marea Britanie și Franța raportează decese îngrijorătoare pe continentul european, fenomen întâlnit rapid și în Statele Unite ale Americii. S-au impus măsuri de distanțare socială în majoritatea statelor pentru a aplana curba cazurilor severe, majoritatea sistemelor de sănătate devenind suprasolicitate și nepregătite din cauza numărului mare de pacienți care necesită internare în Unități de Terapie Intensivă (UCI) și ventilație mecanică asistată [1,2,3,4].

COVID-19 și cancer – o asociere de risc pentru formele severe de boală

Odată cu apariția cazurilor grave și a deceselor, a fost identificat un model de pacienți cu potențial de a dezvolta forme severe. Astfel, pacienții vârstnici sau cei cu boli cronice cardiovasculare, respiratorii, metabolice, nerologice etc au cele mai mari rate de deces și riscul de a dezvolta sindromul de detresă respiratorie acută (ARDS).

Tratamentul bolilor oncologice în această situație este dificil, având în vedere riscurile de deces cauzate de neoplazie și complicațiile terapeutice versus decesul sau complicațiile grave asociate cu infecția SARS-CoV-2. De asemenea, ipotezele cu privire la rata ridicată a mortalității la pacienții cu imunitate suprimată care asociază COVID-19 justifică rata ridicată a pacienților cu cancer care dezvoltă forme severe de ARDS.

O problemă nerezolvată pentru pacienții oncologici este întârzierea procedurilor terapeutice (chirurgie, chimioterapie, radioterapie) în special pentru cneoplaziile potențial curabile, pentru care întârzierea

terapiei poate afecta prognosticul bolii. În aceste cazuri, există dileme în abordarea terapeutică a pacienților care nu au contactat COVID-19 și au tipuri de cancer vindecabile care necesită implementarea în timp util a intervențiilor chirurgicale, chimioterapiei sau radioterapiei. În aceste situatii, tratamentul oncologic îi expune riscului de a contracta COVID-19. Astfel, riscul de infectare cu COVID-19 și potențialul de evoluție gravă a SARS-CoV-2 pot depăși beneficiile tratamentului cancerului [1,3,5,6,7].

Motive multiple pot limita accesul pacienților la radioterapie, în special în țările cu resurse limitate în ceea ce privește numărul de acceleratoare lineari sau instalații de cobalt. O provocare majoră este posibilitatea asigurării separării circuitelor epidemiologice pentru pacienții pozitivi Covid-19, posibilitatea unei protecții adecvate pentru personalul și pacienții din secțiile de radioterapie, dar și transportul pacienților pe distanțe mari pentru cei care locuiesc la distantă.

Aspecte detaliate privind triajul epidemiologic și organizarea unui departament de radioterapie în contextul pandemiei Covid-19 nu fac obiectul prezentului articol, recomandările obținute din experiența unor centre care s-au confruntat cu focare de pandemie în vecinătate fiind rezumate în mai multe idei generale. De asemenea, prioritizarea tratamentelor de radioterapie în funcție de riscul oncologic individual de recurență a bolii oncologice vs. mortalitate, trebuie să țină seama de riscul de a contacta boala COVID-19, dar și de a dezvolta un ARDS sever.

O altă realitate în contextul epidemiologic actual este reprezentată de anularea unor tratamente sau întârzierea procedurilor chirurgicale în unele spitale. Unul dintre motive este necesitatea menținerii paturilor de spital, în special în Unitățile de Terapie Intensivă (UCI) pentru pacienții cu sindrom SARS-COV2 sever. Procedurile chirurgicale non-urgente care conduc la ocuparea paturilor și a ventilatoarelor din ATI, cu imposibilitatea de a oferi protecție pacienților și personalului, este o altă cauză a tratamentelor întârziate.

Initial se credea că 1-2% din infecțiile cu SARS-CoV-2 apar la pacienții cu cancer. Ulterior, datele privind factorii asociați cu severitatea bolii la pacienții neoplazici s-au dovedit relative limitate fiind necesare mai multe studii clinice. Datele din Wuhan(China) erau optimiste în comparație cu acelea din Lombardia (Italia), unde 8% dintre pacienții internați la ATI pentru COVID-19 au fost raportați cu cancer activ sau cu antecedente de malignitate, aproximativ 20% din decesele din Italia fiind raportate la pacienți cu cancer activ [8,9,10].

Experiența departamentelor de radioterapie din nordul Italiei

O serie de departamente de radioterapie din nordul Italiei, din interiorul sau foarte aproape de „Zona Roșie", și-au împărtășit propria experiență fiind primele centre europene de radioterapie care au tratat pacienții în timpul unei stări de urgență generate de pandemie. Premisa de la care au plecat a fost continuitatea serviciilor de radioterapie care trebuie să existe pentru a asigura tratamentul necesar pacienților cu cancer. O prioritate în aceste recomandări este asigurarea unui triaj al pacienților la nivel de spital pentru a evita expunerea personalului, riscând astfel închiderea unui departament și /sau contaminarea accidentală a pacienților de la un posibil membru al personalului COVID-19 pozitiv. Ținând cont de perioada de incubație care poate ajunge până la 14 zile și de faptul că pacienții pot fi purtători de virus asimptomatici, echipele recomandă implementarea unor măsuri precum utilizarea unei soluții hidro-alcoolice pentru dezinfectarea mâinilor la intrarea în centrul de radioterapie si folosirea măștilor chirurgicale conform recomandărilor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS).

În cazurile în care pacienții tratați prezintă simptome respiratorii, utilizarea salopetelor sterile și a măștilor FFP2 este obligatorie. În ceea ce privește gestionarea pacienților suspectați sau pozitivi cu COVID-19, recomandările prevăd continuarea tratamentului chiar dacă pacientul prezintă tuse, febră, dispnee din cauza altor boli preexistente, dar pacientul va puta obligatoriu mijloace de protective (masacă, manusi, etc,). Pacienții COVID-19 pozitivi care nu au început tratamentul, este preferat să aștepte/să oprească tratamentul până când prezintă un rezultat negativ pentru COVID-19.

Echipa recomandă oprirea tratamentului pentru pacienții COVID-19 pozitivi, chiar dacă sunt asimptomatici. Tratamentul trebuie continuat cu precauție dacă pacientul este declarat vindecat, dar sunt necesare precauții în funcție de starea sa clinică. Dacă totuși se decide tratarea pacienților cu COVID-19 pozitivi, aceștia trebuie tratați la sfârșitul programului zilnic, anterior fiind tratați pacienții suspecți sau cei care așteaptă rezultatul testului. Este necesară o dezinfecție intensivă ulterioară pentru sălile de așteptare, buncărul de tratament și toate dispozitivele (Linac, masa de tratament, dispozitivele de contenție).

Protecția personalului este o prioritate atât pentru menținerea continuității activitătii departamentului, cât și pentru a nu transforma personalul de radioterapie în surse de infecție COVID-19 datorită contactului cu pacienții tratați. Este necesar să se schimbe gestionarea cazurilor pentru a evita contactul direct al membrilor echipei, comunicarea va fi realizată în principal de dispozitive electronice (telefon, internet), echipa multidisciplinară va fi convertită în sesiuni online.

În contextul lipsei de personal calificat și a dificultăților tehnice care necesită o pregătire specială infectarea personalului tehnic cu COVID-19 poate avea consecințe grave. Separarea echipelor de tratament, astfel încât o echipă să nu intre în legătură cu cealaltă, evaluarea disponibilității membrilor personalului pensionar și colaborarea cu alte centre fac parte din strategiile de asigurare a continuității. În cazul în care COVID-19 apare într-un departament care implică unul sau mai mulți membri ai personalului, colaborarea cu alte centre din regiune asigură continuitatea tratamentului în cazurile care nu permit întreruperea administrării radioterapiei.

Cea mai dificilă misiune este de a reduce accesul pacienților la facilitățile de tratament fără a le afecta prognosticul și progresia bolii. Ultimii ani au furnizat dovezi stintifice incontestabile ale utilizării regimurilor de iradiere hipofracționate, în special în cazul tumorilor cu creștere lentă (cancer de sân și prostată). Utilizarea schemelor hipo-fracționate este recomandată atunci când este posibil în acest context epidemiologic.

Monitorizarea postterapeutica trebuie să se limiteze la apeluri telefonice/video iar evaluarea ulterioară este preferabil să se realizeze la acel mai apropiat centru medical fată de domiciliul pacientului pentru a evita deplasările pe distanțe lungi.

Radioterapia paliativă poate fi întârziată dacă controlul simptomelor poate fi obținut prin terapie medicamentoasă sau prin protocoale de iradiere scurtă (o singură fracție).

În cazurile non-urgente, pentru pacienții la care momentul radioterapiei nu afec-

tează grav prognosticul, se recomandă o întârziere a tratamentului. Se poate menționa radioterapia adjuvantă pentru pacienții cu cancer mamar cu o biologie favorabilă sau chiar radioterapia definitivă pentru pacienții cu cancer de prostată incluși în categoriile de boală cu risc scăzut. În acest caz, cea mai bună alegere este tratamentul hormonal administrat până la un context epidemiologic sigur pentru radioterapie. O ultimă recomandare a echipei din regiunea de nord a Italiei este reprezentată de administrarea radioterapiei pentru bolile benigne și funcționale care nu sunt considerate prioritare [8,11].

Experiența departamentului de radioterapie din Wuhan (China)

Informații și recomandări utile cu privire la gestionarea tratamentelor oncologice sunt furnizate de Cheng Chen și colaboratorii care au tratat 153 de pacienți la spitalul Zhongnan, Wuhan, în perioada 28 ianuarie-10 martie 2020 fără a fi contaminați cu COVID-19. O experiență de radioterapie cu teste negative de reacție în lanț în timp real a SRS-Cov-2 (RT-PCR) sau prin teste IgM și IgG cu imunoanaliză chimio-iluminescentă pentru SARS-Cov-2 poate fi o referință împreună cu experiența echipele din „Zona Roșie" din nordul Italiei. Prima atitudine preventivă în acest centru s-a bazat pe informarea pacienților cu privire la riscul de infecție, comportamentul preventiv cu privire la riscul de infecție și programarea tratamentului telefonic pentru a reduce congestia în sălile de așteptare și a asigura distanțarea socială. În acest caz, a fost utilizat un triaj bazat pe istoric și simptome în „zona de izolare" în afara centrului de radioterapie, tot personalul și pacienții beneficiind de verificarea zilnică a temperaturii. În plus față de echipamentul complet de siguranță nivel 2, toate tastaturile telefoanelor și unităților de control au fost dezinfectate de cel puțin 3 ori pe zi. Este necesar un sistem de ventilație adecvat pentru a evita contaminarea cu aerosoli. Membrii personalului în contact cu pacienți pozitivi sau posibil contaminați au fost echipați cu echipament complet de protecție de nivel 3, inclusiv măști N95 și protecție oculară.

Abordarea pacienților a fost diferită în funcție de prezența sau absența infecției COVID-19 și de prezența simptomelor fără infecție confirmată. Au fost alese intervale orare diferite pentru administrarea tratamentului, pentru a permite o bună decontaminare a masei de tratament, a sistemelor de contenție, etc, precum și a traseului pacientului în departamentul de radioterapie. Igiena mâinilor a fost obligatorie pentru pacienți și personal conform protocolului recomandat de OMS (20 de secunde), alternativa fiind utilizarea de produse igienice care conțin 60-95% alcool. Masca facială a fost folosită de toți pacienții în timpul prezenței lor în centrul de radioterapie. Pacienții care au necesitat măști termoplastice au beneficiat de un decupaj in materialul termoplastic pentru a evita dificultățile de respirație. Toți pacienții au fost evaluați în ceea ce privește prezența simptomelor COVID-19 timp de 14 zile de la ultima prezență în centrul de radioterapie pentru a detecta o posibilă infecție COVID-19. În timpul prezenței în sala de așteptare, perioadă redusă la un timp minim, s-a menținut distanța dintre pacienți de cel puțin 1,5 metri. Pentru dezinfectarea suprafețelor, echipa de la Wuhan recomandă soluții alcoolice în proporție de 75% pentru suprafețele interfețelor de control și masina de tratat și masa de masă cu toate sistemele de contesiune. Substante clorinate au fost utilizate pentru dezinfectarea zilnică a pardoselii și pereților cladirii departamentului. Iradierea u.v. este recomandată pentru sterilizarea aerului și asigurarea unui minim de 6 cicluri de schimb de aer în orice cameră în care a intrat un pacient contaminat cu COVID-19[12].

Comentarii și concluzii:

Aceste recomandări în gestionarea pacienților cu cancer se bazează pe experiența în departamentelor de radioterapie din focarele pandemice din Italia și China. Utilizarea echipamentului de protecție nivel 3 în caz de contact cu pacienți cu COVID-19 pozitivi sau posibil contaminați s-a dovedit a fi eficientă, remarcând absența cazurilor COVID-19 pozitive în toți cei 35 de membri ai echipei. Dezinfectarea aerului cu radiații u.v. și utilizarea schimburilor de aer furnizate de sistemele de ventilație pot contribui la reducerea riscului de transmitere a aerosolilor pentru pacienți și pentru membrii personalului care folosesc măști cu nivel de protecție mai scăzut decât tipul N95. Prioritizarea tratamentului în funcție de riscul de reapariție a bolii și evaluarea în fiecare caz a raportului risc-beneficiu este o decizie a clinicianului, dar trebuie să se bazeze pe recomandări specifice fiecărui tip de neoplazie.

În contextul previziunilor de „coexistență cu virusul", este necesară o dezvoltare a sistemului de telemedicină pentru a evita vizite inutile de monitorizare în departamentele de radioterapie/oncologie.

Radioterapia hipo-fracționată ar putea fi implementată la scară largă utilizând tehnici moderne care reduc riscurile de toxicitate tardivă legate de doze mari per fracție. Prin implementarea unor strategii de protecție epidemiologică ridicată și prin informarea personalului și a pacienților cu privire la riscurile de a contacta boala COVID-19, continuitatea tratamentului cu radioterapie poate fi asigurată chiat și în cazul unui focar de pandemie local sau regional.

Bibliografie:

1. J Zheng. SARS-CoV-2: an Emerging Coronavirus that Causes a Global Threat. Int J Biol Sci. 2020; 16(10): 1678–1685.
2. Buoro S, Di Marco F, Rizzi M, et al. Papa Giovanni XXIII Bergamo Hospital at the time of the COVID-19 outbreak: letter from the warfront. Int J Lab Hematol 2020 Mar 28.
3. World Health Organization Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 24 February 2020 https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---24-february-2020
4. C Sohrabi, Z Alsafi, N O'Neill,et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). Int J Surg. 2020 Apr; 76: 71–76.
5. M Dai, D Liu, M Liu et al. Patients with cancer appear more vulnerable to SARS-COV-2: a multi-center study during the COVID-19 outbreak. Cancer Discov 2020 Apr 28.
6. J Yu, W Ouyang, MLK Chua, et al. SARS-CoV-2 Transmission in Patients With Cancer at a Tertiary Care Hospital in Wuhan, China. JAMA Oncol 2020 Mar 25.
7. P Sidaway. COVID-19 and cancer: what we know so far. Nat Rev Clin Oncol 2020 Apr 7: 1.
8. World Health Organization Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 24 February 2020 www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---24-february-2020
9. De Felice F, Polimeni A, Valentini V: The impact of Coronavirus (COVID-19) on head and neck cancer patients'care Radiother Oncol. 2020 Mar 24; 147:84-85.
10. Peter Sidaway. COVID-19 and cancer: what we know so far. Nat Rev Clin Oncol. 2020 Apr 7 : 1.
11. AR Filippi,E Russi, SM Magrini et al. Letter from Italy: First practical indications for radiation therapy departments during COVID-19 outbreak. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2020 Mar 19
12. S.Wu, D. Zheng,Y. Liu, et al. Radiotherapy care during a major outbreak of COVID-19 in Wuhan. Adv Radiat Oncol.March 27, 2020

TOP DIAGNOSTICS

sysmex

SentiMag® - Magtrace®/ Magseed®

Sistem unic în lume pentru detecția magnetică a ganglionului santinelă, localizarea tumorilor mamare și a ganglionilor limfatici din axilă, în cancerul de sân

Identificare acustică și vizuală

Aprobare CE și FDA

Magtrace®

- Medicul chirurg deține controlul total al biopsiei ganglionului santinelă
- Nu folosește material radioactiv și elimină toate dezavantajele utilizării acestuia
- La fel de sensibil ca un trasor radioactiv, la fel de ușor de utilizat ca un colorant vital

Magseed®

- Localizarea precisă a tumorilor mamare nepalpabile
- Implantare pe termen lung în țesuturi moi (tumoră mamară, ganglion limfatic)
- Sentimag® - Magtrace®/ Magseed® permite disecția țintită a ganglionilor din axilă
- Marker detectabil atât radiologic, cât și cu Sentimag®

Outstanding experiences

Outstanding technology

Șipotul Fântânilor 8, Sector 1, București
021.310.0774 • marketing@topdiag.com

topdiag.com

„Remodeling" în radioterapie

Prof. Univ. Dr. Ion Christian Chiricuță

AMETHYST Radiotherapy Center, Otopeni

Procesele de „remodeling„ sunt vechi de când lumea. În multe domenii medicale trebuie să le înțelegem și să facem posibilă „remodelarea„. Orice cicatrice, la orice nivel nu este o remodelare ci este doar eșec.

Apariția „Ghidurilor Terapeutice" are ca scop efectuarea unui tratament individualizat ce oferă un succes terapeutic maximal, conform stadiului bolii. Ghidurile, indiferent cum se numesc ele: NCCN, ASTRO, ESTRO, ESMO etc nu oferă o garanție în ceea ce privește vindecarea. Medicina și aplicarea ei indiferent de ghidurile existente mai presupune și ceva în plus, definit ca „experiență profesională", pe care nu prea o găsești în ghiduri. În epoca „GOOGLE" nu este suficentă consultarea online a ghidului și a conduitei stabilite acolo ci se cere și o „interpretare" corectă și adaptată fiecărui pacient în parte, definită prea simplu „individualizare". Trebuie aici menționat că 30 – 40% dintre pacienți nu sunt tratați conform ghidurilor (din pacate), cauzele sunt multiple.

Aplicarea ghidului trebuie învățată, interpretată și exersată în timpul stagiat-ului. Google nu înlocuiește un „profesor" sau „clinică de excepție". Câți tineri ajung „specialiști" fără să fi efectuat vreodată un tratament singuri? Poate în radioterapie este mai frecvent decât în alte specialități. Ar fi bine ca această părere a mea să fie total greșită. Specialiștii trebuie și ei să aibă capacitatea de „REMODELING", atât de necesară progresului.

În prezentarea mea vor fi arătate rezultatele radioterapiei aplicate la diferite cazuri, în care „remodeling„ este de cea mai mare importanță. „Remodeling" stă la baza calității vieții. O „vindecare" dar fără o calitate a vieții nu este dorită de către pacient. Calitatea vieții este azi un parametru de maximă importanță pentru pacient și medicul curant.

Radioterapia „viitorului" va însemna o vindecare locală fără efectele secundare care azi limitează vindecarea în sine. Evoluția tratamentelor oncologice prin metoda de radioterapie „FLASH" este rapidă și la orizont apare „vindecarea" în 1-3 ședințe fără efecte secundare. Reiradierea în cazul eșecurilor altor metode dar chiar și eșecurilor radioterapiei este posibilă.

Terapia și scopul ei este a obține „restitutio ad integrum", cu menținerea funcționalității și îndepărtarea sau distrugerea tumorii.

Radionecroza și urmările ei sunt expresia eșecului maximal ce-l poate produce o radioterapie și anume lipsa controlului tumoral și inducerea modificărilor ireversibile la nivelul țesutului sănătos, astfel că o vindecare sau „remodeling" nu mai este posibilă.

Eșecul maximal al unei radioterapii defectuoase: radionecroza țesutului normal și lipsa controlului tumorii.

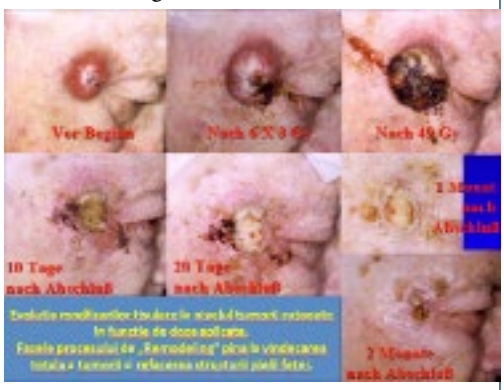
Exemple de „Remodeling", în cazul nostru VINDECARE obținută prin radioterapie, numai cu depășirea dozelor recomandate de ghidurile actuale din oncologie.

1. Cancer cutanat

Radioterapia unui carcinom cutanat la o pacientă în vârstă de 100 de ani. Doza totală aplicată a fost de 70 Gy.

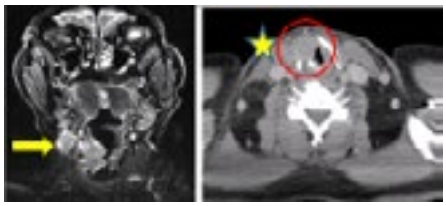
Înainte și la un an după efectuarea radioterapiei externe. DT = 70 Gy

Fazele intermediare ale procesului de „vindecare" și „remodeling" ale acestei tumori cutanate sunt redate în figura de mai jos. Dozele iradierii la momentul efectuării imaginilor sunt notate adecvat.

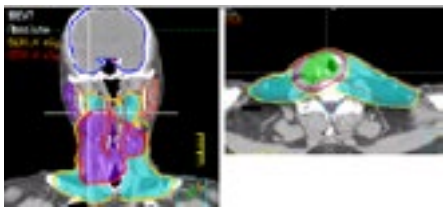


2. Tumora din sfera ORL

Tumora laringiană local avansată: tratamentul radiochimioterapic al unei tumori laringiene cT4 cN3 M0 (cu invazie cutanată) cu multiple metastaze ganglionare cervicale bilaterale. Rezultatul clinic la 6 ani după tratamentul inițial, laringele este prezent și funcțional.



Înainte de începerea radiochimioterapiei. Doza totală aplicată: 74 Gy în 37 fracțiuni.

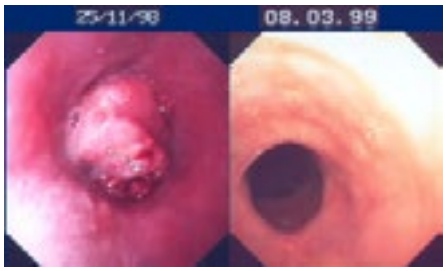


Planul de iradiere cu distribuția izodozelor la tumora primară și la nivelul metastazelor ganglionare iradiate cu DT 74 Gy/37 fracțiuni, 50 Gy la nivelul ganglionar cervical bilateral.

3. Cancer esofagian inoperabil

Cazul 1. Cancer esofagian inoperabil la nivelul esofagului intratoracic. Radiochimioterapia efectuată în anul 1998

cu aplicarea unei doze totale de 70 Gy în 35 de fracțiuni la nivelul tumorii primare și 50 Gy la nivelul ariilor ganglionare cervicale și mediastinale.



„Remodeling" cu vindecare "ad integrum" al unui cancer esofagian inoperabil. Doza totală aplicată la nivelul tumorii: 70 Gy în 35 de fracțiuni.

Cazul 2. Cancer esofagian local avansat la nivelul mediastinului superior și segmentul cervical (inoperabil)

Radiochimioterapia unui cancer esofagian inoperabil la nivelul mediastinului superior. Doza totală aplicată: 70 Gy în 35 de fracțiuni a 2 Gy. Vindecarea ad integrum, cu esofagoscopie la 8 ani de la iradierea inițială.

4. Cancer mamar local avansat

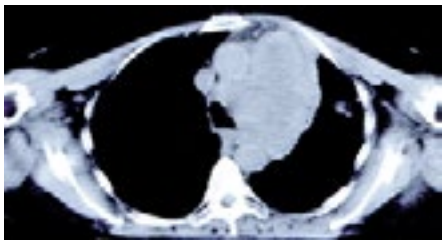
Radioterapia unui cancer mamar local avansat, cu invazia peretelui toracic, al sternului și al pericardului. Doza totală aplicată 72 Gy în 36 de fracțiuni. Vindecare cu „Remodeling" al tuturor structurilor afectate.

Înainte și după radioterapie externă cu o doza totală de 72 Gy.

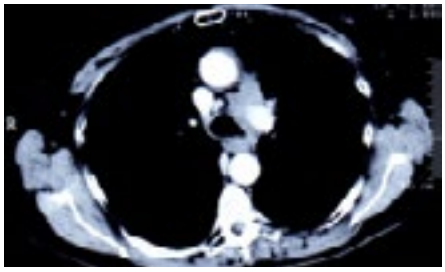
Acest caz demonstrează capacitatea de „remodeling" existentă la nivelul țesuturilor sănătoase înconjurătoare patului tumoral. În acest caz, acțiunea de vindecare a fost finalizată de macrofagii și fibroblastii prezenți la acest nivel. Acțiunea fibroblastilor a contribuit ca prin procesul de formare de colagen să fie posibil „remodeling"-ul la acest nivel a tuturor structurilor inițial implicate: tegument, coaste, pericard, stern etc. Vizibilă este prezența ariei extinse de colagen în cicatrizarea extinsă.

5. Cancer bronho-pulmonar inoperabil

Cancer bronho-pulmonar inoperabil tratat cu radiochimioterapie și aplicarea unei doze totale de 70 Gy la nivelul tumorii primare care infiltra peretele toracic. Pacienta a fost investigată datorită durerii prezentate la nivelul peretelui toracic.



Cancer pulmonar înainte de radiochimioterapie.



După aplicarea a 70 Gy în 35 de fracțiuni a 2 Gy. Nici cel mai mic semn de fibroză pulmonară.

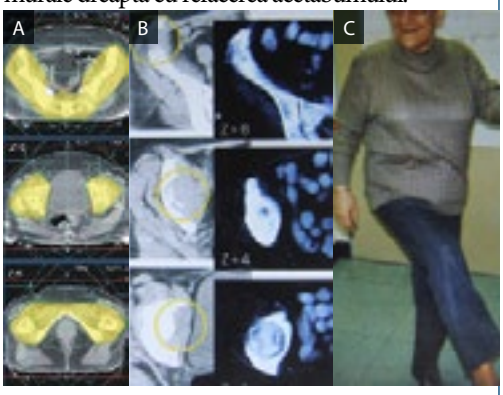
În cadrul procesului de vindecare, rolul macrofagilor a fost îndepărtarea celulelor tumorale lezate prin acțiunea bicatenară la nivelul ADN-ului tumoral. Nu a apărut nici fibroză pulmonară ce însoțește de obicei vindecarea post radiochimioterapie. Dacă în volumul de planning nu a fost inclus un volum mare de țesut sănătos din jurul volumului GTV și CTV, atunci în cadrul procesului de vindecare nu este prezentă o reacție exacerbată a fibroblastilor prezenți în general în cadrul procesului de „remodeling". Dacă faza de inflamație din timpul efectuării radiochimioterapiei tumorii pulmonare este accentuată, atunci în această fază este stimulată activitatea exagerată a fibroblastilor și rezultatul este apariția în faza inițială a pneumonitei radiogene și ulterior a fibrozei țesutului sănătos din volumul iradiat.

6. Cancerul anal

Pacienta cu o tumoră a anusului, ce prezenta și metastaze ganglionare inguinale în partea dreaptă (diametru 2 cm). Aplicat a fost un tratament combinat radiochimioterapic. Doza totală de 70,2 Gy a fost aplicată la nivelul tumorii macroscopice la nivel anal și inghinal dreapta. Vindecarea ad integrum a fost posibilă.

7. Metastaze osoase

Radioterapia multiplelor metastaze osoase și cu distrucția completă a articulației coxo-femurale drepte al unui cancer mamar la nivelul pelvisului osos. Doza totală aplicată la nivelul pelvisului osos a fost de 40 Gy în 20 de fracțiuni. Restitutio ad integrum a tuturor metastazelor osoase și în special a articulației coxo-femurale dreapta cu refacerea acetabumului.



A Planul de iradiere al pelvisului osos
B Înainte și după radioterapie. 40 Gy/20 fracțiuni. Refacerea completă a structurii articulației la nivelul acetabumului dreapta.
C La 2 ani de la radioterapie

8. Iradierea metastazelor la nivelul vertebral

Refacerea formei vertebrei toracale după intervenția chirurgicală și radioterapia postoperatorie a unei metastaze osoase a unui cancer mamar la nivelul coloanei vertebrale toracale (T11).

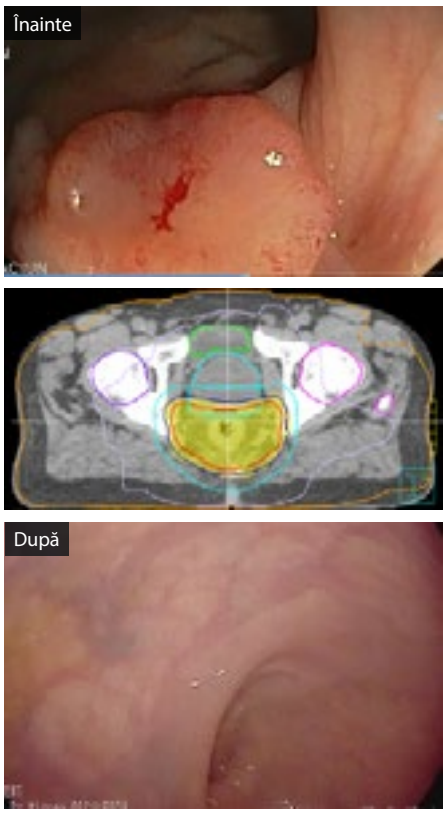
Înainte și după radioterapia vertebrei T11 metastazate.

Planul de iradiere al vertebrei toracale T11 cu protecția măduvei spinării.

Doza aplicată 30 Gy în 10 fracțiuni. (Dr Andrei Anica, AMETHYST Otopeni)

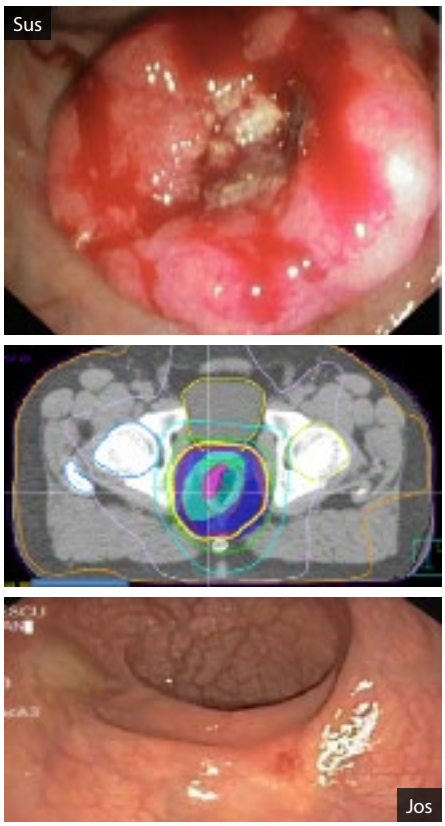
În imaginile de sus se poate observa osteoliza produsă de celulele tumorale localizate la nivelul corpului vertebral la început endostal și prin acțiunea osteoclastelor și a distrugerii periostului a fost compromisă stabilitatea vertebrei. După inițierea radioterapiei și după aplicarea unei doze totale echivalentă cu 40 Gy în 20 fracțiuni. În acest caz au fost aplicate 10 ședințe a câte 3 Gy, fapt ce a făcut posibilă inițierea procesului de remodelare și, prin acțiunea osteomacs-elor și a osteoblastilor, a apărut „noul" os remodelat, ce a urmat exact matricei inițiale a corpului vertebral, fiind astfel posibilă reconstrucția ad integrum a formei finale a corpului vertebral după radioterapie.

9. Tumorile rectale

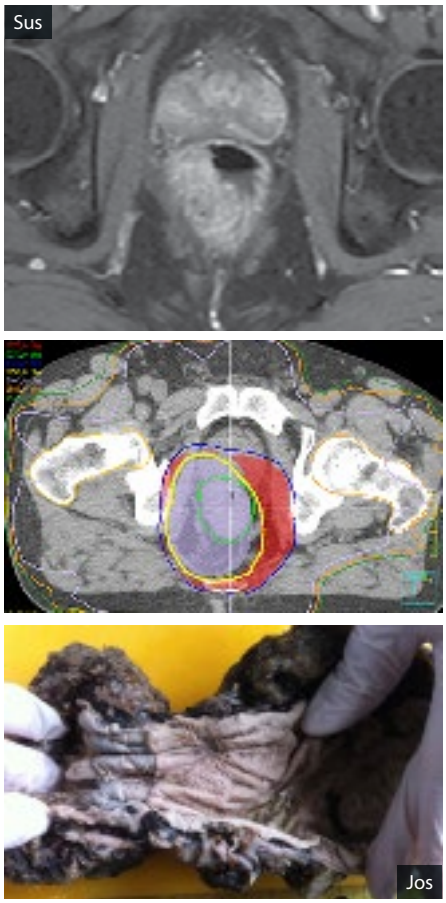


Remodeling. Tumora rectală la 5 cm de OAE înainte și după radiochimioterapie. Remisiune clinică completă după aplicarea unei doze totale de 50 Gy în 25 de fracțiuni zilnice. Planul de iradiere în imaginea din mijloc.

Radiochimioterapia neoadjuvantă aplicată preoperator face posibilă obținerea unei remisiuni clinice și patologice complete într-un procent ce variază între 20 și 35% a cazurilor. Remisiunea patologică completa (pCR) este un factor de prognostic important al unei evoluții mai bune și o supraviețuire mai lungă. Unele exemple din experiența clinicii noastre, în care o remisiune clinică parțială sau completă a putut fi sau nu, confirmată și prin examenul histopatologic al piesei operatorii, sunt prezentate în cele ce urmează.



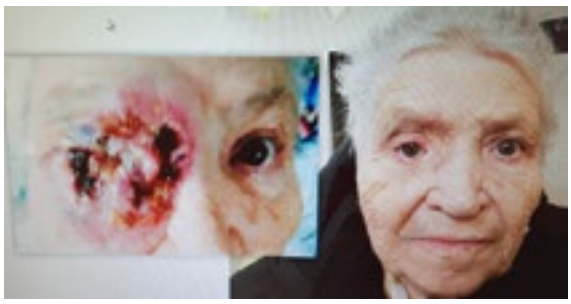
Remisiune clinică parțială a unei tumori de rect după aplicarea unei doze totale de 56 Gy în 28 de fracțiuni. Imaginea de sus - înainte de radiochimioterapie, în centru - planul de iradiere aplicat, zona în magenta este zona iradiată cu 56 de Gy, imaginea de jos – situația clinică după terminarea radioterapiei și înainte de intervenția chirurgicală. În patul tumoral a fost identificată doar o limfangită cu celule tumorale.



Tumoră rectală jos situată. În sus - examinarea RMN la începutul tratamentului. În mijloc planul radioterapiei aplicate neoadjuvant în combinație cu o chimioterapie. Doza totală de 55 Gy a fost aplicată în 25 de fracțiuni. Remisiune clinică parțială cu o cicatrice în patul tumoral (în dreapta). Examinarea piesei operatorii a confirmat o remisiune patologica totală pCR (ypT0 pN0(0/17)).

10. Tumora orbitală

Restitutio ad integrum a întregii orbite după tratamentul radiologic al unei tumori la nivelul orbitei dreapta (limfom malign Non Hodgkin) tratat cu o doză totală de 46 Gy în 23 de fracțiuni la Centrul Polisano din Sibiu (dr. Adrian Moga).



Înainte și după terminarea radioterapiei. Globul ocular drept nu este din sticlă.

În acest caz, „remodeling"-ul prin acțiunea radiațiilor ionizante; a fost posibilă o distrucție tumorală totală, fiind făcută posibilă inițierea fazelor vindecării, pe de o parte a necrozei inițiale tumorale și prin acțiunea radiațiilor la nivelul multiplelor structuri anatomice inițial implicate prezente la acest nivel a inițierii „remodeling"-ului la nivelul tuturor țesuturilor afectate. Rezultatul final fiind chiar „spectaculos", ne arată că procesele de vindecare sunt încă „nedescoperite" și acesta este un domeniu în care trebuie investite eforturile viitoare.

„Doresc să mulțumesc tuturor lectorilor pentru calitatea lucrărilor științifice prezentate la Congresul Național de Oncologie"

Noutatea majoră a acestui eveniment constă în organizarea pentru prima dată a Congresului Național de Oncologie care a reunit 3 societăți din domeniul oncologiei din România, Societatea Română de Radioterapie și Oncologie Medicală (SRROM), Societatea Națională de Oncologie Medicală din România (SNOMR) și Societatea Română de Radioterapie (SRR).

Conf. Univ.
Dr. Claudia Bulz

Medic primar oncolog,
Institutul Oncologic "Prof. dr. Ion Chiricuță" Cluj-Napoca
Președinte în exercițiu SRROM

De asemenea, Societatea Europenă de Oncologie Medicală a recunoscut Congresul Național de Oncologie ca și eveniment organizat sub egida ESMO, prin acreditare cu puncte de educație medicală continuă ESMO-MORA. În plus, datorită audienței multidisciplinare, evenimentul a fost acreditat de către Colegiul Medicilor din România, de către Ordinul Biochimiștilor, Biologilor și Chimiștilor din Sistemul Sanitar din România dar și de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România și Colegiul Fizicienilor.

Importanța unității specialiștilor din Oncologie în România a fost marcată de prezența la festivitatea de deschidere a unor personalități notabile precum acad. Ioan Aurel Pop - Președintele Academiei Române, Conf. Dr. Diana Loreta Păun - Consilier prezidențial, Departamentul Sănătate Publică, Administrația Prezidențială, Dr. Laszlo Attilla - Președintele Comisiei pentru Sănătate Publică, Senatul României, Conf. Dr. Corneliu Florin Buicu - Președintele Comisiei pentru Sănătate și Familie, Camera Deputaților, Dr. Gheorghe Borcean - Președintele Colegiului Medicilor din România, Prof. Dr. Cătălina Poiană - Președintele Colegiului Medicilor din Municipiul București, Prof. Dr. Viorel Jinga - Rectorul Universității de Medicină și Farmacie "Carol Davila", București, Prof. Dr. Anca Buzoianu - Rectorul Universității de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca. De asemenea, nume remarcabile din domeniul oncologiei precum Prof. Dr. Ben J. Slotman - Președintele Societății Europene de Radioterapie și Oncologie, Prof. Dr. Clifford Hudis – Președintele Societății Americane de Oncologie alături Prof. Dr. Mohammed Huq Saiful - Președintele Asociației fizicienilor din America.

Tema congresului a fost "Provocările anului 2020 în oncologie" centrată pe pandemia de COVID19. În cadrul Congresului au fost prezentate lucrări de mare actualitate, cu recomandări ale administrării tratamentului oncologic în condiții de pandemie alături de ultimele informații științifice în domeniu. Au fost sesiuni dedicate profesioniților dar și tinerilor medici rezidenți, asistentelor și tehnicienilor, fizicienilor. Lucrări de mare interes au fost prezentate în cadrul sesiunii dedicate rezidenților sau medicilor specialiști– care au fost premiate, pentru originalitate sau rezultate remarcabile.

Printre lectorii anului acestuia s-au numărat oncologi și radioterapeuți renumiți din țară și din afara țări, cât și din alte domenii cum ar fi chirurgie, urologie, cercetare. Au fost foarte mulți lectori- nu vreau să omit pe nici unul de aceea nu îi voi numi, vreau doar, și pe această cale, să le mulțumesc tuturor pentru calitatea lucrărilor științifice. De asemenea, trebuie amintiți și partenerii noștri la această manifestare, firmele de medicamente- care au contribuit și la valoarea științifică a Congresului prin simpozioanele organizate, cu invitați de valoare.

Lucrările Congresului s-au desfășurat pe platforma Sănătatea.Online/learning. Au fost trei zile încărcate de știință, în care puteau să apară în orice moment probleme de ordin tehnic. Cu toate acestea, datorită echipei tehnice care a asigurat asistența lectorilor și calitatea transmisiei online, putem spune că desfășurarea Congresului a fost o reușită. Acest lucru este confirmat și de numărul mare de vizualizări, peste 17.000.

Congresele de Oncologie de regulă ne schimbă practica de zi cu zi prin informațiile pe care ni le aduc. Oncologia a suferit progrese extraordinare în ultimii 15 ani, iar patologii oncologice cu un prognostic rezervat până nu de mult, beneficiază în zilele noastre de mai multe opțiuni terapeutice care au dus la supraviețuirea pacienților cu cancer. Dacă ar fi să vorbim despre un trend în oncologie, acesta este reprezentat de înlocuirea chimioterapiei cu tratamenele țintite și imunoterapie, care ne arată rezultate de excepție în practica clinică.

Prin încheierea parteneriatului între SNOMR, reprezentată de Conf.dr. Dana Stănculeanu, SRR- reprezentată de Prof dr. Rodica Anghel și SRROM – care anul acesta a fost reprezentată de mine, cele trei Societăți au dat dovadă de maturitate profesională în ceea ce privește practica oncologiei în România. Îmi doresc ca pe viitor să facem un obicei în realizarea unui congres unic național de oncologie, care să aducă sub același acoperiș toate societățile de cancer din țară și care să deschidă noi orizonturi în oncologia românească.

Testarea genetică: Remodelarea modului de gestionare a cancerului

Limitarea controlată a cancerului este acum posibilă, iar soluția este furnizată de Biologia Moleculară. În trecut, determinarea tipului de cancer și a anumitor caracteristici clinice ale bolii era suficientă pentru ca medicul curant să elaboreze un plan terapeutic, care în mod tradițional consta într-un număr de ședințe de chimioterapie la care era supus pacientul. În prezent, cele mai recente cercetări științifice evidențiază necesitatea testării genetice pentru toate grupele de pacienți cu cancer, ca instrument pentru alegerea tratamentului personalizat adecvat.

Investigarea si evaluarea caracteristicilor genetice specifice fiecărui individ reprezintă noua eră a medicinei moderne „inteligente", definită în întregime de elementul de personalizare în lupta împotriva diferitelor boli. Pe scurt, cu ajutorul biologiei moleculare și a aplicațiilor bioinformatice, medicii sunt capabili să ofere soluții terapeutice potrivite și asistență medicală adecvată fiecărui pacient cu cancer, pe baza nevoilor personale. Posibilele modificări genomice ale pacienților reprezintă „elemente - cheie" care compun puzzle-ul de informații necesare pentru selectarea unui tratament personalizat, conceput exclusiv pentru fiecare pacient, bazat pe specificul său genetic unic.

În același timp, medicii dispun de instrumente care permit clasificarea pacienților în subgrupe, știind acum cu siguranță dacă acești pacienți vor avea rezultate pozitive sau nu în urma aplicării unui anumit model de tratament. Un exemplu semnificativ este analiza genomică OncotypeDX®BreastCancerAssay pentru cancerul de sân, distribuită pe piața românească de catre Genekor Biotechnology România, care oferă răspunsuri clare privind faptul dacă o pacientă cu cancer de sân în stadiu incipient va avea sau nu rezultate în urma chimioterapiei. Rezultatele TAILORx, cel mai amplu studiu clinic privind cancerul de sân, au arătat că pentru 70% dintre pacienții participanți, chimioterapia nu a avut niciun rezultat, ceea ce duce la supra-tratament și la toate reacțiile adverse ale acestuia, fără absolut niciun beneficiu.

Mulțumim pentru informații, **Andreea Truican**, General Manager, Genekor Biotechnology România

Așadar, pentru a alege corect tratamentul pentru fiecare pacient, este necesar să se efectueze teste genetice pentru a ajuta pacienții, a îmbunătăți calitatea vieții acestora și a realiza prevenția în cazul unui număr variat de boli.

Genekor
Committed to Biotechnological Innovation

Chimioterapia în adjuvanță ghidată de testul Oncotype DX, recomandat pacienților diagnosticați cu carcinoame mamare în stadii incipiente

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Adjuvant Chemotherapy Guided by a 21-Gene Expression Assay in Breast Cancer

J.A. Sparano, R.J. Gray, D.F. Makower, K.I. Pritchard, K.S. Albain, D.F. Hayes, C.E. Geyer, Jr., E.C. Dees, M.P. Goetz, J.A. Olson, Jr., T. Lively, S.S. Badve, T.J. Saphner, L.I. Wagner, T.J. Whelan, M.J. Ellis, S. Paik, W.C. Wood, P.M. Ravdin, M.M. Keane, H.L. Gomez Moreno, P.S. Reddy, T.F. Goggins, I.A. Mayer, A.M. Brufsky, D.L. Toppmeyer, V.C. Kaklamani, J.L. Berenberg, J. Abrams, and G.W. Sledge, Jr.

ABSTRACT

BACKGROUND

The recurrence score based on the 21-gene breast cancer assay predicts chemotherapy benefit if it is high and a low risk of recurrence in the absence of chemotherapy if it is low; however, there is uncertainty about the benefit of chemotherapy for most patients, who have a midrange score.

METHODS

We performed a prospective trial involving 10,273 women with hormone-receptor–positive, human epidermal growth factor receptor 2 (HER2)–negative, axillary node–negative breast cancer. Of the 9719 eligible patients with follow-up information, 6711 (69%) had a midrange recurrence score of 11 to 25 and were randomly assigned to receive either chemoendocrine therapy or endocrine therapy alone. The trial was designed to show noninferiority of endocrine therapy alone for invasive disease-free survival (defined as freedom from invasive disease recurrence, second primary cancer, or death).

RESULTS

Endocrine therapy was noninferior to chemoendocrine therapy in the analysis of invasive disease–free survival (hazard ratio for invasive disease recurrence, second primary cancer, or death [endocrine vs. chemoendocrine therapy], 1.08; 95% confidence interval, 0.94 to 1.24; P=0.26). At 9 years, the two treatment groups had similar rates of invasive disease–free survival (83.3% in the endocrine-therapy group and 84.3% in the chemoendocrine-therapy group), freedom from disease recurrence at a distant site (94.7% and 95.0%) or at a distant or local-regional site (92.2% and 92.9%), and overall survival (93.9% and 93.8%). The chemotherapy benefit for invasive disease–free survival varied with the combination of recurrence score and age (P=0.004), with some benefit of chemotherapy found in women 50 years of age or younger with a recurrence score of 16 to 25.

CONCLUSIONS

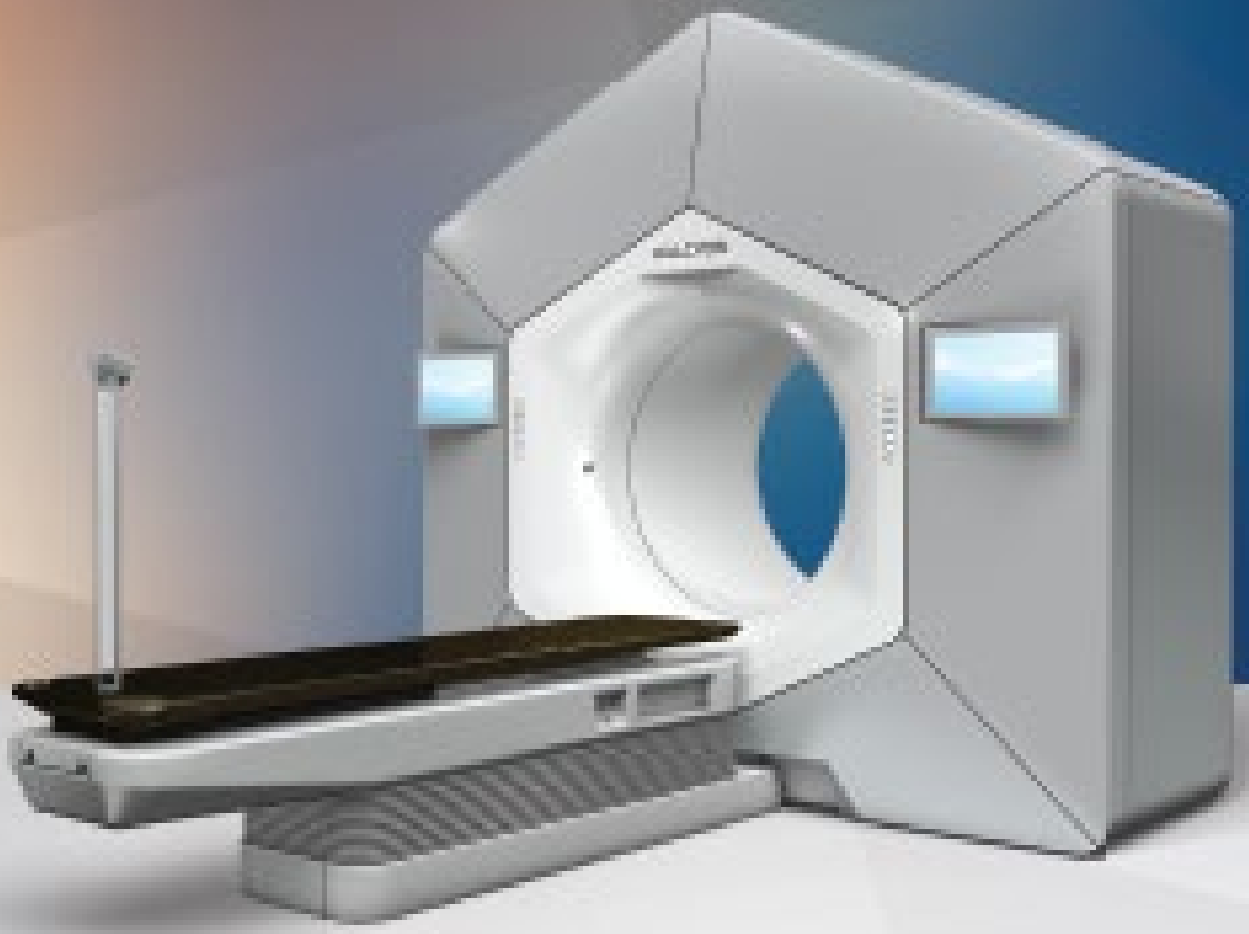
Adjuvant endocrine therapy and chemoendocrine therapy had similar efficacy in women with hormone-receptor–positive, HER2-negative, axillary node–negative breast cancer who had a midrange 21-gene recurrence score, although some benefit of chemotherapy was found in some women 50 years of age or younger. (Funded by the National Cancer Institute and others; TAILORx ClinicalTrials.gov number, NCT00310181.)

The New England Journal of Medicine
Downloaded from nejm.org on June 4, 2018. For personal use only. No other uses without permission.
Copyright © 2018 Massachusetts Medical Society. All rights reserved.

Genekor
Committed to Biotechnological Innovation

Genekor Biotechnology Romania, tel. +40 312 289 800 | fax +40 312 289 803 | mobil +40 736 200 203
Nicolae Caramfil, Nr. 53, Sector 1, Bucharest| www.genekor.com

THIS CHANGES EVERYTHING



HALCYON

Varian is transforming radiotherapy from every perspective. With the Halcyon™ system, we designed a radiotherapy treatment platform that combines high quality of care, operational excellence, and human-centered design into one compact yet powerful device. The outcome: it is available and ready to be comfortable for patients, intuitive for caregivers, and transformative for clinics.

Learn more at varian.com/halcyon

Safety Information: Risk of injury or death. Use only as directed by a trained medical professional. Not appropriate for all patients.

© 2021 Varian Medical Systems, Inc. Varian and Varian Medical Systems are registered trademarks and Halcyon is a trademark of Varian Medical Systems, Inc.

varian

Varian Romania SRL
Intrarea Vitalie Street, No. 38, District 1, 014483 Bucharest, Romania
www.varian.com