

spitalizării, necesită supus unui examen sistematic pentru identificarea factorilor precipitanți. Principiul de bază pentru managementul ACLF: diagnosticarea și tratamentul factorilor precipitanți și oferirea suportului de organ. Pacienții cu ACLF care necesită monitorizare atentă sau suport de organ, ar trebui internați la UTI, aceștea prezintă risc crescut de infecții nosocomiale, și necesită evaluați în funcție de caz. Prognosticul pacienților cu ACLF trebuie evaluat la 3-7 zile de suport complet de organ. Malnutriția și sarcopenia trebuie suspectate precoce, menținute și evaluate periodic. O evaluare precoce pentru transplantul hepatic (TH) necesită propusă pentru toți pacienții cu ACLF sever. TH cu donator în moarte cerebrală cu grefa marginală și cu donator viu trebuie luat în considerare pentru pacienții cu ACLF-3. **Cuvinte cheie** – ACLF, factori precipitanți, transplant hepatic, disfuncție de organ.

PO 07

### **BOLI DE FICAT ȘI SĂNĂTATEA REPRODUCTIVĂ LIUDMILA TOFAN-SCUTARU**

*Disciplina de gastroenterologie Departamentul Medicina Internă, USMF "Nicolae Testemițanu"*

Problemele hepatice în sarcină constituie o provocare, fiind asociate cu un risc semnificativ de morbiditate și mortalitate maternă și fetală. **Obiective:** A oferi profesioniștilor din domeniul sănătății informații bazate pe dovezi disponibile privind abordarea sănătății reproducerii la femeile cu boli hepatice cronice (BHC) preexistente sarcinii, boli hepatice (BH) acute, care apar în timpul sarcinii, precum și BH unice sarcinii. **Materiale și metode.** Prezentarea recomandărilor de practică clinică privind sănătatea reproductivă și managementul BH în timpul sarcinii. Se oferă informații privind siguranța medicamentelor folosite în gestionarea BHC periconcepție, în timpul sarcinii și alăptării. Se furnizează informații despre evaluarea BH în sarcină și siguranța investigațiilor, incluzând momentul optim pentru realizarea acestora. Se propun recomandări în managementul BHC în timpul sarcinii și alăptării, acoperind o varietate de condiții cum ar fi boala Wilson, hepatita autoimună, BH colestatice, BH steatotice asociată disfuncției metabolice, BH legată de alcool, tumorile hepatice benigne și maligne, ciroza și hipertensiunea portală, beneficiarii de transplant. Se oferă recomandări de gestionare a sarcinii pentru reducerea riscului transmiterii perinatale a virusurilor hepatitelor virale. Atenție se acordă și tulburărilor hepatice gestaționale, care necesită investigare și management prompt pentru a reduce morbiditatea și mortalitatea maternă și fetală. **Concluzii:** Consilierea sănătății reproductivă și accesul la îngrijirea medicală, care implică colaborarea medicală între diverse specialități, cu aplicarea recomandărilor personalizate pentru gestionarea optimă a BH, în baza dovezilor disponibile, poate atenua riscurile suferințelor hepatice și garanta un parcurs sigur al femeilor în timpul sarcinii, nașterii și postpartum. **Cuvinte cheie:** Sarcina. Boală hepatică. Consiliere. Livrare.

PO 08

### **ENHANCING THE MANAGEMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA - ONCOLOGIST PERSPECTIVE**

**Malgorzata Osmola, MD**

*Masovian Oncological Hospital, Warsaw, Poland*

Patients with hepatocellular carcinoma (HCC) remains a challenge in oncology, necessitating a multidisciplinary approach for effective treatment. The main challenge in patients with HCC, is not only dealing with cancer itself but also with liver cirrhosis of different origin, an underlying cause of HCC. For the successful management of HCC, integration of the Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) is necessary, emphasizing its pivotal role in guiding treatment decisions and prognostication. BCLC classification stratifies HCC patients into distinct stages based on tumor burden, liver function, and performance status, thereby facilitating individualized management strategies. Early-stage HCC (BCLC 0-A) is characterized by well-preserved liver function and small, solitary tumors amenable to curative therapies such as liver resection, liver transplantation, or local ablation. Intermediate-stage disease (BCLC B) encompasses patients with multifocal tumors or vascular invasion, often managed with locoregional therapies like transarterial chemoembolization (TACE) or radioembolization. Advanced-stage HCC (BCLC C) includes patients with extensive disease or extrahepatic spread, for whom systemic therapies are recommended. Finally, end-stage HCC (BCLC D) denotes patients with decompensated liver function or performance status, warranting best supportive care. The current standard of care in the unresectable or metastatic HCC is the combination of the treatment of atezolizumab (anti-programmed death ligand 1 PD-L1) with bevacizumab (anti-vascular endothelial growth factor, VEGF), based on the result of phase 3 trial Imbrave150 study. In certain cases, multikinase inhibitors can be considered, like Sorafenib, based on the results of SHARP study, or Lenvatinib. Patients amenable for the systemic treatment are those with Child-Pugh liver function class A, and good performance status. Patients with HCC demand a multidisciplinary approach, clinicians should integrate the BCLC classification in the management of those patients. Furthermore, the therapeutic modalities of systemic treatment in HCC are evolving and should be implemented in the management of HCC patients.

PO 09

### **HIPERTENSIUNEA PORTALĂ VĂZUTĂ PRIN PRIZMA NOILOR RECOMANDĂRI DE LA CONSENSUL BAVENO VII DENIS ARDELEANU**

*Disciplina de gastroenterologie, Departamentul de Medicină Internă, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”*

La conferința Baveno VII s-a efectuat o revizuire amănunțită a literaturii medicale și au fost discutate și

convenite o serie de declarații și recomandări privind hipertensiunea portală. Principalele domenii de discuție au fost relevanța și indicațiile pentru măsurarea gradientului presiunii venoase hepatice ca standard de aur, utilizarea instrumentelor non-invazive pentru diagnosticul hipertensiunii hepatice, impactul terapiilor etiologice și non-etiolgice asupra evoluției cirozei, prevenirea primului episod de decompensare, managementul unui episod hemoragic acut, prevenirea decompensării ulterioare, precum și diagnosticul și managementul venei splanhnice, tromboză și alte tulburări vasculare ale ficatului. La pacienții cu ciroză legată de steatohepatită non-alcoolică, deși un gradient de presiune portală  $\geq 10$  mmHg rămâne puternic asociat cu prezența semnelor clinice de hipertensiune portală. În ciroza de etiologie virală sau legată de conumul de alcool, o scădere a gradientului presiunii portale ca răspuns la beta-blocante neselective este asociată cu o reducere semnificativă a riscului de sângerare variceală sau a altor evenimente decompensatoare. Carvedilolul este de elecție pentru a preveni prima decompensare și prima și hemoragia recurentă la pacienții cu ciroză hepatică. Pacienții cu ciroză compensată care nu sunt candidați pentru inițierea beta-blocante neselective (contraindicație/intoleranță) pentru prevenirea decompensării trebuie supuși unei endoscopie pentru screening variceal dacă fibroza hepatică este  $\geq 20$  kPa sau numărul de trombocite este  $\leq 150 \times 10^9/L$ . Este încurajat efectuarea noilor cercetări pentru a îmbunătăți managementul ulterior al pacienților cu hipertensiune portală. **Cuvinte cheie:** Hipertensiune portală, beta-blocante, varice, prognostic.

PO 10

#### ATENȚIE ASUPRA FORMAȚIUNILOR CHISTICE A FICATULUI

LUCIA COBÂLTEAN

*Disciplina de gastroenterologie, Departamentul de Medicină Internă, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testițanu”*

Leziunile chistice ale ficatului reprezintă un grup de formațiuni cu caracter heterogen frecvent întâlnite în practica medicală. O atenție deosebită atrage varietatea factorilor etiologici, mecanismelor patogenetice și prezentarea clinico-imagistică a acestor leziuni. Evaluarea diagnostică poate varia de la chisturi simple până la leziuni cu caracter malign ce vor conduce spre un final rezervat pentru pacient. Chisturile hepatice pot fi infecțioase și neinfecțioase. Cea mai bine cunoscută leziune chistică de genă parazitară este chistul hidatic, pe când cele noninfecțioase pot fi divizate în chisturi benigne, pre-maligne, maligne și leziuni posttraumatice. Cu toate acestea, cel mai frecvent întâlnit în practica medicală este chistul hepatic simplu, care nu prezintă dificultăți pentru diagnosticul și conduita pacientului. Aceste chisturi pot purta un caracter congenital și cel mai frecvent se întâlnesc la femei în vârstă de 40-70 ani. Prezentarea clinică poate fi extrem de diversă, începând de la varianta asimptomatică, semne clinice nespecifice până la asocierea clinicii febrile

cu sindrom dolo exprimat. Cea mai simplă și comună metodă de diagnostic a leziunilor chistice o reprezintă ultrasonografia abdominală, ce permite stabilirea certă a caracterului leziunii. În cazul formațiunilor ce poartă un caracter incert și necesită un diagnostic diferențial drept instrumente oportune vor fi considerate tomografia computerizată cu contrastare sau evaluarea prin rezonanță magnetică. Testele serologice și ultrasonografia cu contrast deasemenea pot fi utile în diferențierea chisturilor complexe. În cazul afectării polichistice se pot utiliza testele genetice, dar ele nu vor influența managementul ulterior al pacientului. Conduita pacientului cu leziuni chistice este în funcție de caracterul acestora. Dese ori managementul se poate baza doar pe supravegherea în dinamică, în alte situații va fi necesară aspirarea sau drenarea chirurgicală a acestora. Terapia medicamentoasă va depinde de etiologie și volumul procedurilor necesare. În concluzie: leziunea chistică hepatică reprezintă o entitate ce implică mulți factori etiologici și patogenetici, astfel necesitând o abordare complexă de diagnostic și decizia tacticii de management a pacientului. **Cuvinte cheie:** Formațiune chistică, afectare hepatică, chist infecțios, chist non-infecțios.

PO 11

#### O ABORDARE METABOLICĂ A MANAGEMENTULUI BOLII HEPATICE STEATOZICE METABOLIC ASOCIATE: ȚESUTUL ADIPOS CA ORGAN METABOLIC. REZOLVĂM PROBLEMA STEATOZEI PRIN TRATAREA OBEZITĂȚII.

ANGELA PELTEC

*Disciplina Gastroenterologie, Departamentul de Medicină Internă, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testițanu”*

Țesutul adipos (ȚA), considerat cândva un simplu organ de stocare a grăsimilor, este acum recunoscut ca fiind o entitate dinamică și complexă, crucială pentru reglarea fiziologiei umane, inclusiv a proceselor metabolice, echilibrului energetic și răspunsului imun. Cunoaștem două tipuri principale de țesut adipos: țesut adipos alb (ȚAA) pentru stocarea energiei și țesutul adipos brun (ȚAB) pentru termogeneză. În plus, recent ca fost descris al treilea tip, ȚA bej (maro în alb), capabil să exercite funcțiile precum de stocare a energiei așa și de termogeneză în funcție de solicitările fiziologice. ȚAA subcutan este în general considerat mai sănătos din punct de vedere metabolic în comparație cu ȚAA visceral. În schimb, ȚAA visceral, care se găsește în jurul organelor interne, este activ din punct de vedere metabolic și eliberează acizi grași direct în circulația portală, ceea ce duce la rezistență la insulină și la creșterea prevalenței sindromului metabolic și a bolilor cardiovasculare. De asemenea, grăsimea viscerală este mai predispusă la inflamație, contribuind la un risc mai mare de patologii cronice. ȚAA, dincolo de stocarea lipidelor, este implicat în diverse activități metabolice, în special lipogeneza și lipoliza, esențiale pentru menținerea homeostaziei energetice. De asemenea, acesta funcționează