

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 ≥ 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 ≥ 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

și ca organ endocrin, secretă adipokine care influențează procesele metabolice, inflamatorii și procesele imune. Cu toate acestea, o disfuncție în ȚAA, în special legată de obezitate, duce la tulburări metabolice, inclusiv incapacitatea de a stoca în mod corespunzător excesul de lipide, ceea ce duce la depunerea ectopică de grăsime în organe precum ficatul, contribuind la dezvoltarea boala ficatului steatozic (BFS). Când capacitatea de stocare a acizilor grași de către ȚAA subcutanat atinge maximă, ȚA nu mai poate stoca eficient lipidele, ceea ce duce la redirectionarea fluxului de lipide către alte organe. Acest lucru are ca rezultat acumularea ectopică de grăsime, în principal în ȚAA visceral și ficat, provocând rezistență la insulină și complicații metabolice asociate prin intermediul unor efecte lipotoxice și de mecanisme determinate de inflamație. Acumularea de trigliceride în hepatocite, inițial reprezintă un răspuns protector la excesul de acizi grași liberi circulanți și poate duce nu numai la stres celular și la deteriorarea celulelor. Intervenția promptă în momentul diagnosticului este crucială pentru a reduce progresia bolii în stadii avansate. Deoarece pierderea în greutate este pilonul principal în tratarea BFS, această deschide ușa pentru o mare varietate de posibilități terapeutice abordări posibile care pot fi adaptate în funcție de caracteristicile pacientului. Aceasta include dieta, exercițiile fizice, medicamentele antiobezitate și procedurile bariatrice endoscopice și chirurgicale. Medicamentele și intervențiile bariatrice oferă o pierdere în greutate mai durabilă, ceea ce a fost evident pentru a avea o oarecare îmbunătățire a scorului de activitate al BFG și fibrozei. Eficacitatea exactă a acestor intervenții trebuie să fie evaluată în continuare în cadrul unor studii clinice standardizate și bine concepute, randomizate și controlate.

Cuvinte cheie: steatoza hepatică, obezitate, țesut adipos organ metabolic

PO 12

BOALA HEPATICĂ STEATOTICĂ LA COPII NINELI REVENCO¹; OTILIA MARGINEAN²; RODICA EREMCIUC¹

¹Departamentul Pediatrie, USMF "Nicolae Testemițanu", Chișinău Republic Moldova, ²Departamentul Endocrinologie pediatrică, Spitalul Clinic de Copii "Louis Țurcan", Clinica Pediatrică Nr. 1, Timișoara, România

Obezitatea infantilă este o problemă globală de sănătate publică. Aproape 19% dintre copiii și adolescenții din întreaga lume sunt supraponderali sau obezi, actualmente cu o tendință ascendentă. Obezitatea este o afecțiune asociată cu diverse comorbidități, inclusive la nivelul ficatului, ce implică un risc crescut de acumulare de grăsime în hepatocit, anterior cunoscut sub acronimul NAFLD (Boala ficatului gras non-alcoolic). Datele recente prezintă revizuirea nomenclaturii, fiind redenumită drept „Boala ficatului gras asociat disfuncției metabolice (MAFLD)”, susținând ipoteza că steatoza hepatică este o componentă cheie a grupului mare de anomalii clinice și de laborator ale sindromului metabolic. Există asemănări,

diferențe și diferențe în ceea ce privește cauzele, istoria naturală și prognosticul bolilor hepatice grase la copii în comparație cu adulții. În populația pediatrică. MAFLD este una dintre principalele complicații ale obezității și a devenit cea mai frecventă boală hepatică la copii și adolescenți. Asemenea, MAFLD este o afecțiune multisistemică caracterizată prin prezența degenerării hepatice grase asociată cu exces de adipocite, prediabet/diabet de tip 2 sau dereglare metabolică. Prin acest review ne propunem să elucidăm cele mai recente cunoștințe științifice despre MAFLD la copii, în scopul de prezenta dinamica complexă care sta la baza acestei afecțiuni, concentrându-se pe aspectele moleculare noi. Noile criterii de diagnostic MAFLD oferă pediatriilor o schelă conceptuală pentru diagnosticarea bolii, stratificarea riscului și îngrijirea clinică și multidisciplinară îmbunătățită și se aliniază cu o definiție care este valabilă pe toată durata vieții. **Cuvinte cheie:** MAFLD – boala hepatică steatotică metabolic asociată, NAFLD – boala ficatului gras non-alcoolică, obezitate, copii.

PO 13

METODELE NON-INVAZIVE ÎN DIAGNOSTICAREA MASLD LAURA ILIESCU, INESA TOACĂ

Departamentul de Medicina Interna, Fundeni, Bucuresti, Romania

Introducere: Boala hepatică steatotică asociată disfuncției metabolice (MASLD), cunoscută anterior sub numele de boală hepatică grasă non-alcoolică (NAFLD), și steatohepatita asociată disfuncției metabolice (MASH), termenul de înlocuire a steatohepatitei non-alcoolice (NASH), sunt recunoscute ca fiind cele mai frecvente boli hepatice. Numărul de pacienți cu aceste boli este în creștere rapidă la nivel mondial, datorită prevalenței tot mai mari a obezității și a diabetului de tip 2. **Scop:** Studiul literaturii revizate privind metodele non-invazive în diagnosticarea MASLD-ului folosind cuvintele cheie: MASLD, metode non-invazive. **Rezultate:** Acest studiu a evoluat diferite studii privind metodele non-invazive cele mai eficiente pentru diagnosticarea a bolii hepatice steatotică asociată disfuncției metabolice (MASLD). *Testele non invazive* în diagnosticarea fibrozei hepatice a MASLD care utilizează testele biochimice includ: *markerii direcți*, care măsoară substanțele direct legate de metabolismul fibrozei hepatice, și *markerii indirecti*, care sunt calculați prin combinarea valorilor de laborator măsurate în mod obișnuit. *Markerii direcți* includ domeniul 7s al colagenului de tip IV, testul ELF, acidul hialuronic, izomerul de glucozilare al proteinei de legare Mac2 (M2BPGi) și peptida de procolagen de tip III (PIIIP). În Europa și în Statele Unite, testul ELF, care combină acidul hialuronic, PIIIP și inhibitorul tisular al metaloproteinazei matriceale 1, este considerat a avea o performanță diagnostică ridicată. *Markerii indirecti* includ indicele de fibroză-4 (FIB-4), scorul de fibroză NAFLD (NFS) și trombocitele. Indicele FIB-4 poate fi calculat folosind nivelul transaminazei aspartat, nivelul ALT, numărul de trombocite și vârsta pacientului și poate fi