

predictori ai severității fibrozei hepatice asociate cu alcoolul. Studiile observaționale arată că pacienții cu MetALD și ALD precoce au un risc de peste trei ori mai mare de a dezvolta ciroză decompensată în comparație cu pacienții cu MASH, cât și un risc crescut pentru carcinomul hepatic. Este bine cunoscut faptul că consumul concomitent de alcool agravează prognosticul MASLD și ALD. Cu toate acestea, patogeneza MASLD și ALD este multifactorială, incomplet înțeleasă, iar impactul adevărat al consumului de alcool asupra dezvoltării și progresiei SLD a rămas neclar. Sunt necesare cercetări suplimentare pentru a delimita riscul relativ conferit de factorii metabolici, diferite cantități (și tip) de alcool și alți factori patofiziologici care ar putea influența dezvoltarea bolii, progresia, precum și obiectivele de tratament. Foarte important, tratamentul actual al SLD ar trebui să vizeze atât corecția factorilor cardiometabolici, cât și abținerea alcoolului. Proiectele viitoarelor studii clinice privind tratamentul MASLD, MetALD și ALD trebuie să ia în considerare caracteristicile atât ale MASLD, cât și ale ALD. Stipularea criteriilor stricte pentru devizarea acestor entități distincte în cadrul studiilor clinice ar oferi perspective semnificative asupra eficacității tratamentelor într-un spectru mai larg de pacienți. **Cuvinte cheie:** boala hepatică asociată cu disfuncția metabolică și consumul de alcool, MetALD.

PO 04**STEATOZA HEPATICĂ LA PACIENȚII SLABI CU FACTORI CARDIOMETABOLICI ȘI FĂRĂ.****ADELA ȚURCANU***Disciplina de gastroenterologie Departamentul Medicina Internă, USMF "Nicolae Testemițanu"*

Aproximativ 10-20% dintre persoanele cu steatoză hepatică sunt normoponderali sau chiar subponderali. Recunoașterea din ce în ce mai mare a fenotipului slab „metabolic nesănătos” a condus la identificarea bolii ficatului steatotic la indivizii cu IMC non-obez, identificându-se printr-un indice de masă corporală <23kg/m² la asiatici și <25kg/m² la europeni și americani. Boala ficatului steatotic la slabi (BFS-slabi) se asociază cu o prevalență mai mică a diabetului zaharat, hipertensiunii arteriale, hipertrigliceridemie, obezității și sindromului metabolic, dar cu scoruri mai mari de fibroză hepatică și rate mai înalte de morbiditate cardiovasculară și mortalitate de orice cauză în stadii avansate. BFS-slabi este clasificată în două subtipuri mari, bazate pe epidemiologie, istorie naturală și prognostic: tipul 1, care apare la indivizii cu adipozitate viscerală și rezistență la insulină și tipul 2, care apare la indivizii cu steatoză hepatică rezultată din boli monogenice. BFS-slabi pare să aibă o asociere mai mare cu factorii de risc genetici, sugerând o adaptabilitate metabolică mai mică la o anumită masă corporală. Iar, progresia este afectată de multiple mecanisme epigenetice. Oare BFS – slabi reprezintă un continuum cu Boala ficatului steatotic la obezi sau reprezintă o patologie unică? Aceasta este o întrebare importantă atât pentru prevenire,

cât și pentru tratament, deoarece diferite etiologii pot să nu răspundă în același mod la aceeași intervenție.

PO 05**STEATOZA HEPATICĂ ȘI VIRUSUL HEPATIC TIP C.****GHEORGHE HAREA***Disciplina de gastroenterologie Departamentul Medicina Internă, USMF "Nicolae Testemițanu"*

Infecția cu virusul hepatitei C încă rămâne o problemă majoră de sănătate la nivel mondial, reprezentând una din cauzele principale ale bolilor hepatice. Potrivit datelor OMS, în 2021 existau 58 milioane de persoane infectate cu VHC pe glob, cu aproximativ 1.5 milioane de noi infecții anual și circa 290 mii decese rezultate din infecția cu VHC. Până în prezent nu există un vaccin protector disponibil, dar medicamentele antivirale cu acțiune directă au revoluționat tratamentul acestei infecții, fiind capabile să vindece peste 95% dintre bolnavii infectați. Totuși, tabloul asimptomatic al bolii face ca multe persoane să rămână nedizagnosticate până în fazele avansate ale bolii. Unul dintre factorii cu impact asupra progresării bolii în hepatita cronică virală C este steatoza hepatică, care, odată dezvoltată, crește riscul de evoluție spre ciroză hepatică dar și de apariție a hepatocarcinomului. Relația dintre infecția cu VHC și steatoza hepatică este una mai complexă și există două posibilități de coexistență, în funcție de genotipul viral – steatoza dependentă de virusul VHC, în genotipul 3 și steatoza independentă de virus, în genotipul non-3, iar fiecare dintre ele are mecanismul său de apariție și impact asupra sănătății pacientului după tratamentul antiviral. **Cuvinte cheie:** hepatita cronică virală C, steatoza hepatică

PO 06**INSUFICIENȚA HEPATICĂ ACUTĂ PE FONDAL DE CRONICĂ****NATALIA TARAN***Laboratorul de Cercetare în Gastroenterologie Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"*

Insuficiența hepatică acută pe cronică (ACLF), este o formă acută severă de ciroză hepatică decompensată, caracterizată prin insuficiența sistemică de organe, și recunoscută ca o entitate clinică asociată cu risc de deces pe termen scurt (28 de zile). ACLF este cauzat de un răspuns inflamator sistemic excesiv declanșat de factori precipitanți (infecție microbiană confirmată prin sepsis, hepatită alcoolică severă, hemoragie digestivă superioară, hepatita toxico-medicamentoasă, hepatita virală acută B, infecția cu virusul hepatitic E, insuficiență cerebrală sau renală drog-indusă). Factorul precipitant al ACLF este o leziune acută intrahepatică sau extrahepatică care poate provoca disfuncție de organ. Insuficiența hepatică acută în CH decompensată se poate dezvolta în orice moment. Atât pacienții cu decompensare anterioară, cât și cei fără necesită includuși în definiția ACLF. Fiecare pacient, internat pentru ACLF, sau care dezvoltă ACLF în perioada

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 grea 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 peri-concepție, 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