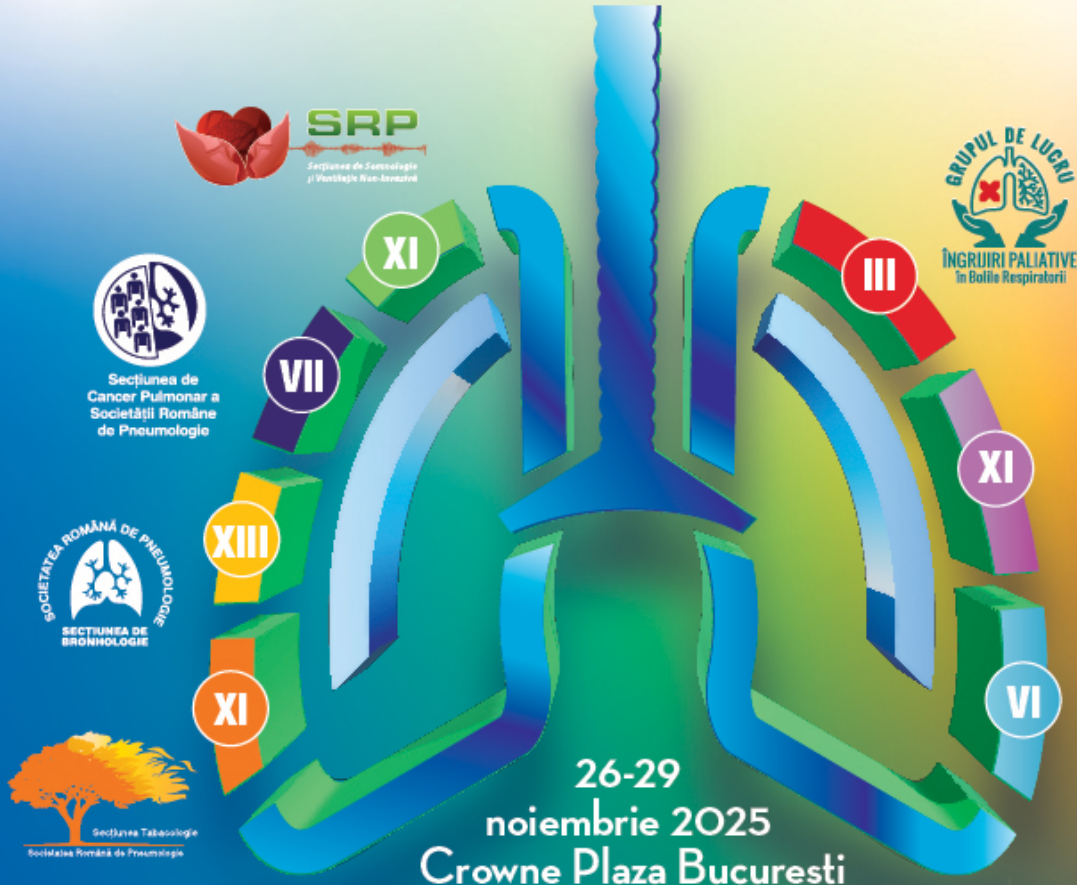
CONFERINȚELE NAȚIONALE ale SECȚIUNILOR și GRUPURILOR DE LUCRU din cadrul SOCIETĂȚII ROMÂNE de **PNEUMOLOGIE**



26-29
noiembrie 2025
Crowne Plaza București

- A XI-a Conferință de Somnologie și Ventilație Non-Invazivă
- A VII-a Conferință de Cancer Pulmonar
- A XIII-a Conferință de Bronhologie
- A XI-a Conferință de Tabacologie
- A VI-a Conferință de Boli Pulmonare Rare
- A XI-a Conferință de Pneumologie Pediatrică
- A III-a Conferință a Grupului Lucru pentru Îngrijiri Paliative în bolile respiratorii

Volum de rezumate
POSTERE

ISBN 978-606-8463-86-5

SRP
Societatea Română de PNEUMOLOGIE

www.conferinte-srp.ro

cuprins interactiv

STENOZA SUBGLOTICĂ ÎN VASCULITA C-ANCA: COMPLICAȚIE SEVERĂ A BOLII SAU EFECT ADVERS AL TERAPIEI BIOLOGICE?

SUBGLOTTIC STENOSIS IN C-ANCA VASCULITIS: SEVERE DISEASE COMPLICATION OR THERAPY SIDE EFFECT?

Oana-Maria Adăscăliței, Daniel Bucur, Milena Man, Doina Todea

ASTMUL BRONȘIC SEVER LA VÂRSNIC ÎN TRATAMENT BIOLOGIC CU DUPILUMAB

SEVERE BRONCHIAL ASTHMA IN THE ELDERLY AND BIOLOGICAL THERAPY WITH DUPILUMAB

Claudia Magdalena Alexandru

GRANULOMATOZĂ: SARCOIDOZĂ SAU TUBERCLOZĂ? SINDROMUL DRESS ASOCIAT ADMINISTRĂRII DE TUBERCULOSTATICE

GRANULOMATOSIS: SARCOIDOSIS OR TUBERCULOSIS? DRESS SYNDROME ASSOCIATED WITH THE ADMINISTRATION OF TUBERCULOSTATICS

Claudia Magdalena Alexandru, Mirela Camelia Gramadă

APNEE DE TIP MIXT LA UN VÂRSTNIC CU IMA RECENT

MIXED TYPE APNEA IN A PATIENT WITH RECENT MYOCARDIAL INFARCTION

Claudia Magdalena Alexandru

SIALOLIPOM ENDOBRONȘIC – DIAGNOSTIC SURPRIZĂ

ENDOBRONCHIAL SIALOLIPOMA – A SURPRISING DIAGNOSIS

Anamaria Avrămoiu, Ramona Nedelcu, Cristina Giurca, Florin Mihălțan

NODULI PULMONARI EXCAVAȚI – PROVOCĂRI DIAGNOSTICE

CAVITATED PULMONARY NODULES - DIAGNOSTIC CHALLENGES

Ana-Smaranda Balcan, Claudia Toma

STIMULAREA NERVULUI VAG CA POTENȚIAL TRATAMENT ADJUVANT PENTRU COVID-19: O ANALIZĂ SISTEMATICĂ A LITERATURII DE SPECIALITATE

VAGUS NERVE STIMULATION AS A POTENTIAL ADJUVANT TREATMENT FOR COVID-19: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

Adrian Bălan, Maria Frent, Oana Raduna, Ștefan Mihăicuță, Graham Giles, Ștefan Frent

TUBERCULOZA SAU NEOPLASM PULMONAR? PROVOCĂRI DIAGNOSTICE ÎNTR-UN CAZ CU LEZIUNI PULMONARE MULTIPLE

TUBERCULOSIS OR LUNG CANCER? DIAGNOSTIC CHALLENGES IN A CASE WITH MULTIPLE PULMONARY LESIONS

Ioana Maria Barzu (Babutan), Andrei Lesan, Doina Todea

EVOLUȚIE NEAȘTEPTATĂ ȘI DIAGNOSTIC TARDIV ÎN CAZUL A UNEI BRONHOPNEUMONII TRENANTE LA UN PACIENT VÂRSTNIC

UNEXPECTED EVOLUTION AND DELAYED DIAGNOSIS IN A CASE OF PERSISTENT BRONCHOPNEUMONIA IN AN ELDERLY PATIENT

Alexandra Bosoancă, Ana Adriana Trușculescu

TUMORA FIBROASĂ SOLITARĂ PULMONARĂ: O ENTITATE RARĂ ȘI PROVOCATOARE - PREZENTARE DE CAZ

PULMONARY SOLITARY FIBROUS TUMOR: A RARE AND CHALLENGING ENTITY- A CASE REPORT

Gabriel-Flaviu Brișan, Ruxandra-Mioara Râjnoveanu, Doina-Adina Todea

ADENOCARCINOM PULMONAR LA VÂRSTE TINERE – DIFICULTĂȚI DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE. PREZENTARE DE CAZ

PULMONARY ADENOCARCINOMA IN YOUNG PATIENTS – DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CHALLENGES. CASE REPORT

Roxana-Elena Cîrjaliu, Doina-Ecaterina Tofolean, Elena Danteș, Ariadna-Petronela Fildan

SINDROMUL KARTAGENER – COMPLEXITATEA UNEI FORME DE DISCHINEZIE CILIARĂ PRIMARĂ ȘI ASOCIEREA RARĂ CU FIBROZA CHISTICĂ

KARTAGENER SYNDROME – THE COMPLEXITY OF A FORM OF PRIMARY CILIARY DYSKINESIA AND ITS RARE ASSOCIATION WITH CYSTIC FIBROSIS

Roxana-Ștefania Cobzariu, Cristian Cojocaru, Radu Crișan-Dabija

SAS ȘI CAREMEL: O NOUĂ PARADIGMĂ ÎN MEDICINA RESPIRATORIE

SAS AND CAREMEL: A NEW PARADIGM IN RESPIRATORY MEDICINE

Toma David, Adriana-Loredana Pintilie, Carina-Adina Afloarei, Andreea Zabara- Antal, Radu Crisan-Dabija

SCLC³: CELULE MICI, PROVOCĂRI MARI, ECHIPE MAI PUTERNICE

SCLC³: SMALL CELLS, BIG CHALLENGES, STRONGER TEAMS

Aida-Andreea Fănică, Corina-Georgiana Toader, Maro Mirvald, Ana Maria Vasile, Florin-Dumitru Mihălțan[3]

CÂT DE MULT CONTEAZĂ AERUL PE CARE ÎL RESPIRĂM? POLUANȚII ATMOSFERICI ȘI PROGNOSTICUL CANCERULUI PULMONAR-EXPERIENȚĂ REGIONALĂ

HOW MUCH DOES THE AIR WE BREATHE MATTER? AMBIENT POLLUTANTS AND LUNG CANCER PROGNOSIS – A REGIONAL EXPERIENCE

Denisa-Gabriela Ion-Andrei, Elena Danteș

DINCOLO DE SUSPICIUNEA DE EMPIEM: CHILOTORAX PARANEOPLAZIC – MANIFESTARE INIȚIALĂ A CANCERULUI OVARIAN

BEYOND THE SUSPICION OF EMPYEMA: PARANEOPLASTIC CHYLOTHORAX – INITIAL MANIFESTATION OF OVARIAN CANCER

Teodora-Oana Iordache, Alexandra Paraschiv, Elena-Doina Magheran, Andrei-Cristian Bobocea, Ancuța Voinea, Ana-Luiza Iorga

UN CAZ ATIPIC DE PLEUREZIE EOZINOFILICĂ
AN ATYPICAL CASE OF EOSINOPHILIC PLEURISY

Laura-Maria Manea, Inna Dencheva Ruseva, Dan Cristian Chivulescu, Emma Ștefana Bălan, Claudia Lucia Toma, Ștefan Dumitrache-Rujinski

PLEUREZIE REZISTENTĂ... LA DIAGNOSTIC
A PLEURESY RESISTANT ... TO DIAGNOSIS

Laura-Maria Manea, Ileana Doina Postelnicu, Inna Dencheva Ruseva, Ștefan Dumitrache-Rujinski, Claudia Lucia Toma

FENOTIPUL PACIENTULUI CU ASTM SEVER – SUNT ȚINTELE FARMACOTERAPEUTICE ÎN LIPSA INFLAMAȚIEI DE TIP T2 O PROVOCARE?
THE PHENOTYPE OF PATIENTS WITH SEVERE ASTHMA – ARE PHARMACOTHERAPEUTIC TARGETS IN THE ABSENCE OF T2 INFLAMMATION A CHALLENGE?

Elena Andreea Moaleș, Aurelia Crețu

TUBERCULOZA ENDOBRONȘICĂ: UN DIAGNOSTIC DIFICIL ÎN CONTEXTUL UNEI SIMPTOMATOLOGII RESPIRATORII PERSISTENTE
ENDOBRONCHIAL TUBERCULOSIS: A DIFFICULT DIAGNOSIS IN THE CONTEXT OF PERSISTENT RESPIRATORY SYMPTOMS

Raluca Mureșan, Mădălina Vava, Cristina Bocșan, Bianca Domokos, Doina Adina Todea

SERIE DE CAZURI DE BRONȘIOLITĂ OBLITERANTĂ IDIOPATICĂ LA ADULȚI: PERSPECTIVE ASUPRA UNEI AFECȚIUNI RARE
CASE SERIES OF IDIOPATHIC BRONCHIOLITIS OBLITERANS IN ADULTS: INSIGHTS INTO A RARE CONDITION

Ștefania-Florina Oprea, Ionela Belaconi, Diana Leonte, Ștefan Dumitrache-Rujinski, Claudia-Lucia Toma

TUMORA FIBROASĂ PLEURALĂ RECIDIVANTĂ – PREZENTARE DE CAZ
RECURRENT SOLITARY FIBROUS TUMOR OF THE PLEURA – CASE REPORT

Alexandra Paraschiv, Teodora-Oana Iordache, Elena-Doina Magheran, Vasile Grigorie, Daniel Moraru, Ana-Luiza Iorga

DIAGNOSTIC ÎNTÂRZIAT: DEFICITUL DE ALFA-1 ANTITRIPSINĂ SUB MASCA ASTMULUI
DELAYED DIAGNOSIS: ALPHA-1 ANTITRYPSIN DEFICIENCY UNDER THE GUISE OF ASTHMA

Bianca Piluța, Daiana Kovacs, Ana Albu, Nicoleta Ștefania Motoc, Doina Adina Todea

RECUPERAREA RESPIRATORIE ÎN ERA POST-COVID-19: LECȚII ÎNVĂȚATE ȘI DIRECȚII VIITOARE
RESPIRATORY REHABILITATION IN THE POST-COVID-19 ERA: LESSONS LEARNED AND FUTURE DIRECTION

Paraschiva Postolache, Constantin Ghimuș, Vlad-Florin Oiegar, Calina-Florina Oiegar

ABORDAREA HIPOVENTILAȚIEI ALVEOLARE LA PACIENTUL CU PATOLOGIE NEUROMUSCULARĂ, OBEZITATE SEVERĂ ȘI COMORBIDITĂȚI

THE MANAGEMENT OF ALVEOLAR HYPOVENTILATION IN PATIENT WITH NEUROMUSCULAR DISEASE, SEVERE OBESITY, AND COMORBIDITIES

Filip Radu, Ștefan Dumitrache-Rujinski, Claudia Toma

PROTEINOZĂ ALVEOLARĂ DIAGNOSTICATĂ LA PACIENTĂ CU SUSPICIUNE DE LONG COVID

PULMONARY ALVEOLAR PROTEINOSIS DIAGNOSED IN A PATIENT SUSPECTED WITH LONG COVID

Ioana Savaniu, Ramona Nedelcu, Aura Silvia Simbotin, AnaMaria Avrămoiu, Octavian-Andrei Mălîia, Elena-Adelina Asevoaie, Nicoleta Vârtejaru, Florin Dumitru Mihălțan

COMBINAȚIA NEFASTĂ DINTRE SARCOIDOZĂ ȘI ASPERGILOZĂ

THE UNFORTUNATE COMBINATION OF SARCOIDOSIS AND ASPERGILLOSIS

Aura-Silvia Sîmbotin, Ramona-Elena Nedelcu

CAPCANE DE DIAGNOSTIC ALE BOLILOR GRANULOMATOASE PULMONARE – PREZENTARE DE CAZ

DIAGNOSTIC PITFALLS OF PULMONARY GRANULOMATOUS DISEASES – CASE REPORT

Maria-Jenica Șimon, Adriana Părău, Mioara-Ruxandra Râjnoveanu, Doina Todea

EVALUAREA RĂSPUNSULUI LA TRIPLA TERAPIE LA PACIENȚII PEDIATRICI CU FIBROZĂ CHISTICĂ PRIN SPIROMETRIE, TESTUL SUDORII ȘI TOMOGRAFIE COMPUTERIZATĂ TORACICĂ

ASSESSMENT OF THE RESPONSE TO TRIPLE THERAPY IN PEDIATRIC PATIENTS WITH CYSTIC FIBROSIS USING SPIROMETRY, SWEAT TEST AND CHEST COMPUTED TOMOGRAPHY

Andreea-Valentina Stănică, Dana Maria Moșescu, Simona Moșescu, Anda Mincu, Alexandru Ulmeanu

HIPERTENSIUNEA PORTOPULMONARĂ ÎN CIROZA COMPENSATĂ: CÂND HEMOPTIZIA SPUNE POVESTEA

PORTOPULMONARY HYPERTENSION IN COMPENSATED CIRRHOSIS: WHEN HEMOPTYSIS TELLS THE STORY

Ruxandra Stirbu, Bogdan Moldoveanu, Elena Cristina Moldoveanu, Raul Eduard Dabija[3], Radu Crișan-Dabija

PATOLOGIA INTERSTIȚIALĂ LA ADULTUL TÂNĂR – CAZ CLINIC

INTERSTITIAL LUNG DISEASE IN A YOUNG ADULT – CASE REPORT

Raluca-Teodora Tiron, Anda Tesloianu, Gabriel Iosep, Radu Crișan-Dabija

AFECTAREA PULMONARĂ ÎN BOALA IGG4 – PROVOCAREA DIAGNOSTICULUI

PULMONARY MANIFESTATIONS OF IGG4-RELATED DISEASE: CHALLENGES IN DIAGNOSIS

Alexandru Vintilă, Oana-Adriana Gocan, Damiana-Maria Vulturar, Cătălin Vasile Magda, Doina Adina Todea

SUMAR

STENOZA SUBGLOTICĂ ÎN VASCULITA C-ANCA: COMPLICAȚIE SEVERĂ A BOLII SAU EFECT ADVERS AL TERAPIEI BIOLOGICE?

Oana-Maria Adăscăliței, Daniel Bucur, Milena Man, Doina Todea

Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie „Leon Daniello", Cluj-Napoca

Granulomatoza cu poliangeită (vasculită GPA) reprezintă o boală autoimună cu inflamația vaselor sanguine mici și medii- în special de la nivelul căilor aeriene superioare și inferioare și la nivel renal, cu numeroase complicații locale și sistemice. Rituximab este utilizat frecvent în tratamentul vasculitelor ANCA, cu profil de siguranță favorabil, însă cu foarte rare posibile reacții adverse respiratorii precum bronhospasmul sau spasmul glotic.

Prezentăm cazul unei paciente de 34 de ani, diagnosticată cu vasculită c-ANCA cu afectare pulmonară, ORL (rinosinuzită cronică, otită medie cronică bilaterală), oculară și articulară, aflată sub tratament cu Rituximab și corticoterapie sistemică. După inițierea terapiei cu Rituximab pacienta a acuzat cornaj discret, interpretat inițial ca bronhospasm, motiv pentru care s-a asociat tratament inhalator cu corticosteroid și bronhodilatator, însă cu agravarea progresivă a simptomatologiei după fiecare doză de Rituximab. La evaluarea funcțională, spirometria a evidențiat obstrucție severă fixă, cu platou inspirator-expirator, fără reversibilitate semnificativă la bronhodilatator. Computer-tomograful toracic și de gât a relevat o stenoză subglotică focală de aproximativ 4 mm diametru, fără cauză compresivă externă.

S-a inițiat corticoterapie sistemică (pulsterapie cu metilprednisolon), însă fără răspuns clinic favorabil. S-a practicat fibrobronhoscopie cu biopsiere, cauterizare, dilatare endoscopică cu balon și excizie mecanică, cu restabilirea lumenului traheal și evoluție clinică favorabilă. Ulterior, la examenul histopatologic al fragmentelor prelevate nu s-a evidențiat prezența granuloamelor.

Stenoza subglotică reprezintă o complicație a vasculitei GPA, însă apariția simptomatologiei subsecvent administrării Rituximab ridică suspiciunea unei posibile reacții adverse la terapia biologică. Cazul prezentat evidențiază o complicație severă, care poate fi atribuită atât progresiei bolii, cât și unei reacții adverse medicamentoase, subliniind necesitatea unei monitorizări riguroase a pacienților cu boli autoimune pentru depistarea timpurie și prevenirea evenimentelor cu risc vital.

SUBGLOTTIC STENOSIS IN C-ANCA VASCULITIS: SEVERE DISEASE COMPLICATION OR THERAPY SIDE EFFECT?

Granulomatosis with polyangiitis (GPA-associated vasculitis) is an autoimmune disorder characterized by inflammation of small- and medium-sized vessels, predominantly affecting the upper and lower respiratory tract as well as the kidneys, having numerous local and systemic complications. Rituximab is frequently used in the treatment of ANCA-associated vasculitis, with a generally favorable safety profile; however, very rare respiratory side effects, such as bronchospasm or glottic spasm, have been reported.

We present the case of a 34-year-old female patient diagnosed with C-ANCA vasculitis with pulmonary, ENT (chronic rhinosinusitis, bilateral chronic otitis media), ocular, and articular involvement, under treatment with Rituximab and systemic corticosteroids. After initiation of Rituximab therapy, the patient developed mild stridor, initially interpreted as bronchospasm, for which she received inhaled corticosteroids and long-acting bronchodilators. However, her symptoms progressively worsened after each subsequent Rituximab administration. Pulmonary function testing (spirometry) revealed a severe fixed obstruction with a flattened inspiratory–expiratory loop and no significant reversibility to bronchodilators. Chest and neck computed tomography showed a focal subglottic stenosis with an approximate diameter of 4 mm, without evidence of extrinsic compression. High-dose systemic corticosteroid therapy (methylprednisolone pulse-therapy) was initiated, but with no clinical improvement. Flexible bronchoscopy was subsequently performed with biopsy, cauterization, endoscopic balloon dilatation and mechanical excision, leading to restoration of the tracheal lumen and a favorable clinical outcome. Histopathological assessment of the biopsy specimens showed no granulomatous inflammation.

Subglottic stenosis is a very rare complication of GPA; however, the onset of symptoms following Rituximab administration raises suspicion of a possible biologic therapy-related adverse reaction. This case highlights a serious complication that may be attributed to both disease progression and a potential drug-related adverse effect, emphasizing the need for close monitoring of patients with autoimmune diseases for early detection and prevention of life-threatening events.

ASTMUL BRONȘIC SEVER LA VÂRSTNIC ÎN TRATAMENT BIOLOGIC CU DUPILUMAB

Claudia Magdalena Alexandru

Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă „Sf. Ioan cel Nou", Suceava

Astmul bronșic sever reprezintă o problemă reală de sănătate publică, ce afectează atât tinerii cât și vârstnicii. Această afecțiune are un impact major asupra calității vieții, dar și asupra economiei.

Din 2022 în România s-a aprobat terapia biologică gratuită pentru pacienții cu astm sever cu dupilumab, un anticorp monoclonal care inhibă activarea interleukinelor 4 și 13, oprind cascada proinflamatorie.

Prezentăm cazul unui pacient vârstnic cunoscut cu astm bronșic sever cu multiple exacerbări ce au necesitat internări frecvente și prescripții cu corticosteroizi orali cu patologie cardiovasculară importantă (fibrilație atrială, anticoagulare cronică, hipertensiune arterială, cardiomiopatie dilatativă, insuficiență cardiacă cronică clasa III NYHA), neurologică (neuropatie periferică) și ORL (polipoză nazală, rinită alergică). Pacientul se prezintă pentru o noua evaluare pneumologică. Se decide inițierea terapiei biologice și continuarea tratamentului cronic existent.

Evoluție spectaculoasă după introducerea terapiei biologice, fără exacerbări și necesar de corticosteroizi orali, ulterior cu scăderea dozelor terapiei inhalatorii.

Dupilumab a avut o mare eficiență asupra calității vieții și a controlului exacerbărilor la pacientul cu astm bronșic sever, vârstnic cu multiple comorbidități.

SEVERE BRONCHIAL ASTHMA IN THE ELDERLY AND BIOLOGICAL THERAPY WITH DUPILUMAB

Severe bronchial asthma is a major public health issue, affecting both young and elderly patients, with a significant impact on quality of life and economic burden.

Since 2022, biological therapy with dupilumab has been approved in Romania for patients with severe asthma. Dupilumab is a monoclonal antibody that inhibits the activation of interleukins 4 and 13, thus blocking the proinflammatory cascade.

An elderly patient known with severe bronchial asthma and multiple exacerbations requiring frequent hospitalizations and oral corticosteroid therapy, with significant cardiovascular comorbidities (atrial fibrillation, chronic anticoagulation, arterial hypertension, dilated cardiomyopathy, chronic heart failure NYHA class III), neurological pathology (peripheral neuropathy), and ENT conditions (nasal polyposis, allergic rhinitis), presents for a new pulmonology evaluation.

Following assessment, biological therapy with dupilumab was initiated while continuing the existing chronic treatment.

A spectacular improvement was observed after initiating biological therapy, with no further exacerbations, discontinuation of oral corticosteroids, and later reduction of inhaled bronchodilator doses.

Dupilumab has proven efficacy in improving quality of life and exacerbation control in patients with bronchial asthma, even in elderly patients with multiple comorbidities.

GRANULOMATOZĂ: SARCOIDOZĂ SAU TUBERCLOZĂ? SINDROMUL DRESS ASOCIAT ADMINISTRĂRII DE TUBERCULOSTATICE

Claudia Magdalena Alexandru, Mirela Camelia Gramadă

Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă „Sf. Ioan cel Nou", Suceava

Tuberculoza rămâne una din bolile infecțioase predominante, fiind cauza principală de mortalitate asociată infecțiilor, la nivel mondial. Tuberculoza miliară este o formă rară și severă de tuberculoză în care bacteriile Mycobacterium tuberculosis se răspândesc în mod generalizat prin intermediul sângelui și sistemului limfatic.

Pacientă în vârstă de 43 de ani cunoscută cu patologie cardiacă (HTAE) și endocrinologică (gușă polinodulară) se prezintă pentru tuse seacă persistentă. Evaluarea CT toracică evidențiază multiple leziuni perilimfatice micronodulare cu asociere de aspect de „geam mat" subpleural bilateral, adenopatii mediastinale în fereastră aortică și fosa supraclaviculară. La examenul fibrobronhoscopic ghidat ecografic (EBUS) se punctionează la nivelul stației ganglionare 7 subtraheal, iar rezultatul anatomopatologic nu evidențiază celule tumorale; aspiratul bronșic și testul genetic Genexpert nu evidențiază micobacterium tuberculosis. Se decide efectuarea unei toracoscopii, iar rezultatul histopatologic al fragmentelor biopsiate pun în evidență granuloame epitelioide, leziuni de necroză de cazeificare iar colorația Ziehl Neelsen a identificat BAAR (bacili acid alcoolo rezistenți).

Se inițiază terapia cu antituberculoase sub stricta observație conform schemei H300 R600 PZM 2000 EMB1600mg. La două zile după inițiere, pacienta prezintă o reacție alergică medicamentoasă motiv pentru care se solicită consult alergologic. În urma recomandărilor alergologului se reintroduce treptat medicația cu asociere de antihistaminic.

Tuberculoza este în continuare o provocare atât în ceea ce privește diagnosticul cât și tratamentul, necesitând colaborarea mai multor specialități.

GRANULOMATOSIS: SARCOIDOSIS OR TUBERCULOSIS? DRESS SYNDROME ASSOCIATED WITH THE ADMINISTRATION OF TUBERCULOSTATICS

Tuberculosis remains one of the most prevalent infectious diseases, being the leading cause of infection-related mortality worldwide. Miliary tuberculosis is a rare and severe form in which Mycobacterium tuberculosis spreads widely through the bloodstream and lymphatic system.

A 43-year-old female patient, with a history of cardiac disease (arterial hypertension) and endocrine pathology (multinodular goiter), presented with a persistent dry cough.

Chest CT revealed multiple perilymphatic nodular lesions associated with bilateral subpleural ground-glass opacities and mediastinal lymphadenopathy in the aortic window and supraclavicular fossa. Endobronchial ultrasound-guided bronchoscopy (EBUS) was performed with puncture at the station 7 paratracheal lymph node. The anatomopathological result showed no tumor cells, while bronchial aspirate and Genexpert genetic testing were negative for Mycobacterium tuberculosis.

A thoracoscopy was then performed, and biopsy samples revealed epithelioid granulomas with caseous necrosis, while Ziehl–Neelsen staining identified acid-alcohol resistant bacilli.

Antituberculosis therapy was initiated under strict supervision according to the regimen: H300 R600 PZM2000 EMB1600 mg.Two days after starting treatment, the patient developed a drug allergic reaction, for which an allergy consult was requested. Based on the allergist's recommendations, the medication was gradually reintroduced along with antihistamine therapy.

Tuberculosis remains a challenge both in diagnosis and treatment, requiring multidisciplinary collaboration.

APNEE DE TIP MIXT LA UN VÂRSTNIC CU IMA RECENT

Claudia Magdalena Alexandru

Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă „Sf. Ioan cel Nou", Suceava

Sindromul de apnee în somn este definit ca prezență a cel puțin 5 evenimente (apnei și hipopnei) respiratorii raportate la o oră de somn. Apneea reprezintă oprirea completă a fluxului respirator timp de minimum 10 secunde, iar hipopneea scăderea amplitudinii fluxului respirator cu mai mult de 30-50%.

Prevalența sindromului de apnee în somn este la fel de mare ca aceea a diabetului zaharat 4% din populația generală confruntându-se cu această afecțiune. AS este de 3 tipuri: obstructivă, centrală și mixtă. Sindromul de apnee în somn de tip mixt (SASM) prezintă atât evenimente respiratorii centrale, cât și evenimente obstructive.

Prezentăm cazul unui pacient vârstnic, cunoscut cu patologie cardiovasculară importantă, IMA revasculat în urmă cu 2 săptămâni prin PTCA 3 stenturi în ACD, HTAE, ICC NYHA II, boală arterială periferică, angioplastie cu balon MIS), boală renală (BRC stadiul IV), dependență de tutun care se prezintă în spitalul nostru pentru evaluare poligrafică în timpul somnului. Chestionarul Stop Bang=8, scara de somnolența Epworth=4, IMC=32KG/M2.

Poligrafia cardiorespiratorie nocturnă a evidențiat: AHI=40,3/oră, cu un index de desaturare=53,4/oră, cu o SaO2 medie nocturnă=88%.

Titrare cu CPAP cu presiune fixă de 6 mmBarr, AHI=10/oră, index de desaturare=10/oră și SaO2 medie nocturnă=90% a permis recomandarea la domiciliu a tratamentului cu CPAP.

Evoluția pacientului după introducerea terapiei ventilatorii cu presiune pozitivă fixă a fost bună cu corectarea simptomelor, a evenimentelor, cu îmbunătățirea saturației medie nocturne și fără evenimente cardiovasculare.

Diagnosticarea precoce a apneei în somn și tratamentul acesteia la pacienții cardiovasculari este menită să reducă semnificativ evenimentele acute cardiologice și ameliorarea simptomelor.

MIXED TYPE APNEA IN A PATIENT WITH RECENT MYOCARDIAL INFARCTION

Sleep apnea syndrome is defined as the presence of at least five respiratory events (apneas and hypopneas) per hour of sleep. Apnea represents the complete cessation of respiratory airflow lasting at least 10 seconds, while hypopnea is defined as a decrease in the amplitude of respiratory airflow by more than 30–50%. The prevalence of sleep apnea syndrome is as high as that of diabetes mellitus, with approximately 4% of the general population affected by this condition.

Mixed sleep apnea syndrome (MSAS) is characterized by the presence of both central and obstructive respiratory events.

An elderly patient with a significant cardiovascular history, including myocardial infarction revascularized two weeks earlier through PTCA with three stents in the right coronary artery, arterial hypertension, chronic heart failure NYHA class II, peripheral arterial disease (previous balloon angioplasty), chronic kidney disease stage IV, and tobacco dependence, presented for polygraphic evaluation. The patient's screening scores were: STOP-BANG = 8, Epworth Sleepiness Scale = 4, and body mass index (BMI) = 32 kg/m^2.

Nocturnal cardiorespiratory polygraphy revealed an apnea-hypopnea index (AHI) of 40.3 events per hour, a desaturation index of 53.4 per hour, and a mean nocturnal oxygen saturation (SaO_2) of 88%. CPAP titration with a fixed pressure of 6 mmBar resulted in an AHI of 10 events per hour, a desaturation index of 10 per hour, and a mean nocturnal SaO_2 of 90%.

The patient showed good clinical evolution after the introduction of fixed positive pressure ventilatory therapy, with partial correction of respiratory events and improvement of mean nocturnal oxygen saturation.

Early diagnosis of sleep apnea significantly reduces the incidence of acute cardiac and neurological events.

SIALOLIPOM ENDOBRONȘIC – DIAGNOSTIC SURPRIZĂ

Anamaria Avrămoiu, Ramona Nedelcu, Cristina Giurca, Florin Mihălțan

Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta", București

Introducere: Sialolipomul, tumoră benignă rară, considerată o variantă histologică a lipomului, reprezintă aproximativ 0,3% din toate tumorile glandelor salivare, localizarea endobronșică fiind atipică și extrem de rară. Până în prezent au fost descrise doar trei cazuri în literatura de specialitate.

Prezentare de caz: Pacientă de 75 de ani, cu factori de risc cardiovasculari (obezitate, dislipidemie, HTA, anevrism de Ao ascendentă), diagnosticată cu astm bronșic treapta III GINA si SASO formă severă (IAH=72/h) acuză wheezing vesperal și dispnee la eforturi mici, simptome debutate insidios în ultima lună. În condițiile unei radiografii toracice normale, a persistenței whezingului în ciuda terapiei bronhodilatatoare, s-a efectuat CT torace care a decelat o formațiune adipoasă la nivelul bronhiei principale stângi cu efect parțial obstructiv, urmată de fibrobronhoscopie în scop diagnostic și curativ – rezecție completă cu dezobstrucție în porțiunea distală.

Macroscopic: tumoră rotundă, bine conturată, vascularizată, de culoare rosu-violacee.

Microscopic: fragmente de mucoasă bronșică cu proliferare constituită din țesut adipos matur, delimitat de septuri conjunctive fine, intricate cu structuri ductale si glande salivare, ce au componenta mixta: seroasă si mucinoasă.

După rezecția tumorală, persistă disfuncția obstructivă bronșică pentru care continuă terapia bronhodilatatoare (CSI + BADLA).

Discuţii: Tratamentul endoscopic este considerat de elecție în astfel de cazuri. Tehnicile bronhoscopice utilizate sunt, în general, ușor de aplicat, sigure și pot oferi rezultate imediate, inclusiv la pacienții pentru care intervenția chirurgicală este contraindicată din cauza unei rezerve cardiopulmonare reduse sau a unei stări generale alterate.

Concluzie: Diagnosticarea tumorilor traheobronșice este dificilă, întrucât acestea nu pot fi ușor diferențiate de alte cauze ale obstrucției căilor aeriene, ceea ce duce frecvent la erori diagnostice. Rezecția bronhoscopică este tratamentul de primă linie pentru aceste tumori benigne de căi respiratorii. Se recomandă urmărire bronhoscopică periodică datorită posibilității de recurență sau a riscului de transformare malignă.

ENDOBRONCHIAL SIALOLIPOMA – A SURPRISING DIAGNOSIS

Introduction: Sialolipoma is a rare benign tumor, considered a histological variant of lipoma, accounting for approximately 0.3% of all salivary gland tumors. Endobronchial localization is atypical and extremely rare. To date, only three cases have been reported in the published literature.

Case report: A 75-year-old female with cardiovascular risk factors (obesity, dyslipidemia, hypertension, ascending aortic aneurysm), has previously diagnosed with GINA Step III asthma and severe obstructive sleep apnea syndrome (AHI=72/h). She reported wheezing and dyspnea, with insidious onset over the past month. Despite a normal chest X-ray and persistent wheezing unresponsive to bronchodilator therapy, a chest CT scan revealed a fatty mass located in the left main bronchus, causing partial obstruction. Diagnostic and therapeutic fibrobronchoscopy was performed, resulting in complete resection and distal airway clearance.

Macroscopic findings: The tumor appeared round, well-defined, vascularized, and exhibited a reddish-purple coloration.

Microscopic findings: Histological examination revealed fragments of bronchial mucosa with a proliferation composed of mature adipose tissue, delineated by fine connective septa. These were intricately interspersed with ductal structures and salivary glands exhibiting a mixed component – both serous and mucinous.

Postoperative evolution: Following complete tumor resection, obstructive bronchial dysfunction persisted, requiring continued bronchodilator therapy (inhaled corticosteroids + long-acting beta-agonists).

Discussion: Endoscopic treatment is considered the first-line approach in such cases. Bronchoscopic techniques are generally easy to perform, safe, and can provide immediate results – even in patients for whom surgical intervention is contraindicated due to limited cardiopulmonary reserve or poor general condition.

Conclusion: The diagnosis of tracheobronchial tumors remains difficult, as they often mimic other causes of airway obstruction, leading to frequent misdiagnoses. Bronchoscopic resection remains the primary treatment for these benign airway tumors. Periodic bronchoscopic follow-up is recommended due to the potential for recurrence or risk of malignant transformation.

SUMAR

NODULI PULMONARI EXCAVAȚI – PROVOCĂRI DIAGNOSTICE

Ana-Smaranda Balcan[1], **Claudia Toma**[1,2]

[1]*Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta", București*
[2]*Universitatea de Medicină „Carol Davila", București*

Introducere: Decelarea de noduli pulmonari cu tendință la cavitație în cadrul investigării imagistice pulmonare reprezintă o provocare de diagnostic. Astfel de leziuni pot prezenta un substrat malign (primar sau secundar), infecțios (tuberculoză pulmonară, pneumonie bacteriană abcedată) sau inflamator (granulomatoză cu poliangeită, noduli reumatoizi).

Descrierea cazurilor: În această lucrare sunt prezentate două cazuri ale unor pacienți cu vârste cuprinse între 50 și 60 de ani, ce s-au adresat pentru investigații de specialitate în urma identificării, în cadrul examenului computer tomografic de torace, a unor formațiuni nodulare pulmonare, unele prezentând zone de cavitație. Ambii pacienți au avut serologie imunologică negativă și examene de spută BK negative. Primul pacient prezintă, din punct de vedere clinic, dispnee la eforturi medii, tuse seacă și hipoacuzie. În urma efectuării biopsiei pulmonare, se confirmă diagnosticul final de granulomatoză cu poliangeită, cu inițierea pulsterapiei cu Ciclofosfamidă (5 cure), ulterior tratament cu corticosteroizi și Azatioprină, cu regresia până la dispariție a leziunilor nodulare. Al doilea pacient prezintă clinic hemoptizii mici, repetate. Se efectuează bronhoscopie cu lavaj bronșic, aspectul macroscopic fiind sugestiv pentru hemoragie alveolară. Astfel, se suspicionează, ca în cazul precedent, diagnosticul de vasculită cu afectare pulmonară. Se decide efectuarea unei rezecții atipice de lob superior stâng. În urma examenului histopatologic, prin prezența de noduli granulomatoși giganto-epitelioizi cu necroză de cazeificare centrală și a bacililor acid-alcoolo-rezistenti în cadrul colorației Ziehl–Neelsen, se stabilește diagnosticul de tuberculoză pulmonară. Se inițiază tratamentul antituberculos, regim standard, conform greutății pacientului, cu evoluție favorabilă. Astfel, deși aspectul imagistic a fost similar, metodele de diagnostic invazive au condus la stabilirea a două diagnostice distincte.

Discuții și concluzii: Diagnosticul de certitudine în cadrul decelării de noduli pulmonari excavați la examenul computer tomografic de torace necesită, de multe ori, efectuarea de manevre invazive in contextul unui diagnostic diferential amplu. Se sublinieaza importanța unei abordări riguroase, multidisciplinare, pentru stabilirea etiologiei și inițierea unui tratament adecvat.

CAVITATED PULMONARY NODULES – DIAGNOSTIC CHALLENGES

Introduction: The detection of pulmonary nodules with a tendency toward cavitation on thoracic imaging represents a significant diagnostic challenge. Such lesions may have various etiologies, including malignant (primary lung cancer, pulmonary metastases), infectious (pulmonary tuberculosis, necrotizing bacterial pneumonia), or inflammatory causes (granulomatosis with polyangiitis, rheumatoid nodules).

Case description: This paper presents two clinical cases of patients aged between 50 and 60 years who sought specialist evaluation following the identification, on chest computer tomography, of pulmonary nodular formations, some exhibiting cavitation. Both patients had negative immunological serology and negative sputum for acid-fast bacilli. The first patient presented clinically with moderate dyspnea, dry cough and hearing loss. Lung biopsy confirmed the diagnosis of granulomatosis with polyangiitis. The patient underwent pulse therapy with Cyclophosphamide (5 courses), followed by corticosteroids and Azathioprine, resulting in complete regression of the nodular lesions. The second patient presented with small, recurrent hemoptysis. Bronchoscopy with bronchoalveolar lavage revealed a macroscopic aspect suggestive of alveolar hemorrhage, raising suspicion—similar to the previous case – of vasculitis with pulmonary involvement. An atypical resection of the left upper lobe was performed. Histopathological examination revealed granulomatous nodules with multinucleated giant cells and central caseating necrosis, along with acid-fast bacilli identified by Ziehl-Neelsen staining, confirming the diagnosis of pulmonary tuberculosis. Standard anti-tuberculosis therapy was initiated according to the patient's body weight, with favorable clinical evolution. Although the imaging findings were similar for the two patients, invasive diagnostic methods led to two distinct final diagnoses.

Discussion and conclusion: Establishing a definitive diagnosis in cases of cavitated pulmonary nodules detected on chest computer tomography often requires invasive procedures, given the broad differential diagnosis. These cases highlight the importance of a thorough and multidisciplinary approach to ensure accurate diagnosis and appropriate treatment.

SUMAR

STIMULAREA NERVULUI VAG CA POTENȚIAL TRATAMENT ADJUVANT PENTRU COVID-19: O ANALIZĂ SISTEMATICĂ A LITERATURII DE SPECIALITATE

Adrian Bălan[1], Maria Frent[2], Oana Raduna[1], Ștefan Mihăicuță[1,3], Graham Giles[4], Ștefan Frent[1,3]

[1]Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr.Victor Babeș”, Timișoara
[2]Universitatea Politehnica, Timișoara
[3]Centru de Cercetare și Inovare în Medicina Personalizată a Bolilor Respiratorii (CCIMPBR), Departmentul de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara
[4]Președinte SPERA Digital Health, Regatul Unit; Președinte, As. Europa pentru Europa, Arad, Romania; Senior Associate, Royal Society of Medicine, Londra, Regatul Unit

Metode: Am efectuat o căutare sistematică în literatura de specialitate în bazele de date PubMed, WOS, Scopus și Cochrane până în februarie 2025 pentru rapoarte privind studiile clinice care evaluează eficacitatea și siguranța VNS (vagus nerve stimulation) ca tratament adjuvant în comparație cu protocolul standard de îngrijire (SOC – standard of care) la pacienți COVID-19. Am utilizat ca cuvinte cheie: „stimularea nervului vag” si „COVID-19”. Schema PICO (population, intervention, comparison, outcome) a constat în pacienți cu COVID-19 (P), stimularea nervului vag în plus față de SOC (I), SOC (C), rezultate clinice și paraclinice (O). Am exclus articolele de tip review, studiile de caz, studiile pe voluntari sănătoși sau alte indicații ale VNS.

Rezultate: Căutarea a generat 297 de articole, dintre care 6 îndeplineau criteriile de includere/excludere. Patru studii clinice randomizate au raportat o reducere semnificativă a mai multor markeri inflamatori, în special CRP și IL-6, la pacienții cu COVID-19 care au primit VNS în plus față de SOC, în comparație cu SOC singur. Cinci studii au raportat rezultate clinice, cum ar fi îmbunătățirea simptomelor, durata spitalizării sau necesitatea ventilației mecanice. Un studiu a raportat o scădere semnificativă a nivelului de depresie, un alt studiu a raportat îmbunătățirea memoriei și a atenției, însă niciun studiu nu a raportat o îmbunătățire semnificativă a simptomelor respiratorii. Două studii au raportat o tendință de reducere a progresiei către ventilație invazivă și, respectiv, mortalitate, însă ambele studii au fost de mică amploare. Nu au fost raportate efecte adverse grave pentru VNS.

Discuţii: Au fost utilizate mai multe strategii pentru gestionarea furtunii de citokine asociate COVID-19, dar abordarea non-farmacologică este încă un teritoriu neexplorat. Studiile efectuate pe animale și oameni au demonstrat eficacitatea și siguranța stimulării transcraniana noninvaziva a nervului vag în rezolvarea leziunilor inflamatorii, inclusiv sepsisul. Scopul nostru a fost acela de a analiza datele existente privind efectul VNS ca tratament adjuvant pentru pacienți cu COVID-19.

Concluzie: VNS poate fi o intervenție sigură și optimă în îngrijirea acută a pacienților cu COVID-19, însă sunt necesare cercetări suplimentare pentru a explora efectele sale antiinflamatorii și clinice.

VAGUS NERVE STIMULATION AS A POTENTIAL ADJUVANT TREATMENT FOR COVID-19: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

Methods: We conducted a systematic literature search in PubMed, WOS, Scopus and Cochrane databases until February 2025 for reports of interventional trials assessing the efficacy and safety of adjuvant VNS compared to standard of care (SOC) in COVID-19 patients. We used as keywords: „vagus nerve stimulation" and „COVID-19". The PICO frame consisted in patients with COVID-19 (P), vagus nerve stimulation on top of SOC (I), SOC (C), clinical and paraclinical outcomes (O). We excluded review articles, case reports, studies on healthy volunteers or other indications of VNS.

Results: The search yielded 297 articles, of whom 6 satisfied inclusion/exclusion criteria. Four randomized clinical trials reported significant reduction in several inflammatory markers, notably CRP and IL-6, in patients with COVID-19 receiving VNS on top of SOC, compared to SOC alone. Five studies reported on clinical outcomes, such as improvement in symptoms, length of hospital stay, or need for mechanical ventilation. One study reported a significant decrease in depression level, another study reported improvement in memory and attention, however no study reported a significant improvement in respiratory symptoms. Two studies reported a trend to a reduction in the progression towards invasive ventilation, and mortality, respectively, however both studies were small. No serious adverse effects were reported for VNS.

Discussion: Several strategies were used for the management of COVID-19 related cytokine storm, but non-pharmacological approach is still uncharted territory. Murine and human studies have demonstrated the efficacy and safety of non-invasive trans-cranial Vagus Nerve Stimulation (VNS) in the resolution of inflammatory insults, including sepsis. Our aim was to review existing data on the effect of VNS as a treatment for COVID-19 patients.

Conclusion: VNS may be a safe and viable intervention in acute care of COVID-19 patients, however further research is warranted to explore its anti-inflammatory and clinical effects.

SUMAR

TUBERCULOZA SAU NEOPLASM PULMONAR? PROVOCĂRI DIAGNOSTICE ÎNTR-UN CAZ CU LEZIUNI PULMONARE MULTIPLE

Ioana Maria Barzu (Babutan)[1], Andrei Lesan[1,2], Doina Todea[1,2]

[1]Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie „Leon Daniello", Cluj-Napoca
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Haţieganu", Cluj-Napoca

Introducere: Tuberculoza pulmonară și neoplasmul bronhopulmonar rămân cauze importante de morbiditate și mortalitate la nivel global, cu impact major asupra sănătății publice. Acestea pot prezenta manifestări clinice nespecifice și aspecte imagistice similare (leziuni nodulare, infiltrative, cu necroză centrală). O provocare diagnostica apare în special la pacienții fumători, întrucât crește riscul oncogenic. În aceste conditii, examenul histopatologic rămâne metoda de referință pentru stabilirea diagnosticului. Prezentarea de față ilustrează cazul unui pacient, în care delimitarea între diseminarea tuberculoasă și neoplasmul pulmonar a constituit o provocare diagnostică și de management.

Descrierea cazului: Pacient de sex masculin, 58 de ani, fumător activ (20 PA), cunoscut cu tuberculoză pulmonară secundară infiltrativ-nodulară lob superior drept (LSD), aflat sub tratament antituberculos, regim standard, inițiat în martie 2025. În cadrul monitorizării evolutive, pacientul a fost evaluat imagistic CT, decelându-se leziunea nodulară necrozată expansivă în LSD, însoțită de imagini tip *tree-in-bud*, ulterior micronoduli bilaterali în progresie numerica, adenopatie hilară dreaptă și colecție pleurală dreaptă. Se ridică, astfel, suspiciunea unui proces infecțios tuberculos activ, dar și suprapunerea unei patologii neoplazice. S-a impus, astfel, completarea investigațiilor cu fibrobronhoscopie – fără leziuni vizibile endobronșic, microscopie negativă și test GeneXpert MTB/RIF nedetectat.

Discuţii: În ciuda aspectului clinic relativ stabil și absenței unor simptome respiratorii majore, tabloul imagistic progresiv menține suspiciunea unei patologii maligne, cu necesitatea continuării investigațiilor și prelevarea de biopsii. Pacientul prezintă un rezultat histopatologic (martie 2025) care pune diagnosticul de tuberculoză pulmonară, însă având în vedere istoricul acestuia se impune atenta monitorizare în timp.

Concluzii: Cazul demonstrează importanța corelării clinice, imagistice și histopatologice în diagnosticul diferențial între tuberculoză și neoplasm pulmonar. Confirmarea etiologiei nodulare este esențială pentru stabilirea conduitei terapeutice și prognosticul pacientului. În contextul tabagismului cronic și progresiei radiologice, suspiciunea oncologică trebuie menținută chiar sub tratament antituberculos.

TUBERCULOSIS OR LUNG CANCER? DIAGNOSTIC CHALLENGES IN A CASE WITH MULTIPLE PULMONARY LESIONS

Introduction: Pulmonary tuberculosis and lung cancer remain major causes of morbidity and mortality worldwide, with a significant impact on public health. Both conditions may present with non-specific clinical features and similar imaging findings (nodular or infiltrative lesions with central necrosis). A major diagnostic challenge arises in smokers, given the increased oncogenic risk. In such cases, histopathological examination remains the gold standard for diagnosis. We report a case where distinguishing between disseminated tuberculosis and lung cancer posed significant diagnostic and management challenges.

Case description: We present the case of a 58-year-old male, active smoker (20 pack-years), known with secondary infiltrative-nodular pulmonary tuberculosis of the right upper lobe, under standard antituberculous treatment initiated in March 2025. During follow-up, thoracic CT revealed a necrotic, expansive nodular lesion in the right upper lobe with tree-in-bud appearance, followed by the development of multiple bilateral micronodules, right hilar adenopathy, and a right-sided pleural effusion. These findings raised suspicion of an active tuberculous process but also the possibility of an overlapping neoplastic pathology. Further investigations were performed, including fiberoptic bronchoscopy (no visible endobronchial lesions), negative microscopy, and negative GeneXpert MTB/RIF assay from bronchial aspirate.

Discussion: Despite the patient's relatively stable clinical status and absence of major respiratory symptoms, the progressive imaging findings sustained the suspicion of malignancy, warranting additional investigations and tissue sampling. Histopathology performed earlier in March 2025 confirmed the diagnosis of pulmonary tuberculosis; however, given the clinical background and radiologic progression, close longitudinal monitoring remains mandatory.

Conclusions: This case highlights the importance of correlating clinical, imaging, and histopathological data in the differential diagnosis between tuberculosis and lung cancer. Establishing the etiology of pulmonary nodules is essential for guiding therapy and determining prognosis. In the context of chronic smoking and progressive radiological findings, oncologic suspicion must be maintained even under antituberculous treatment.

SUMAR

EVOLUȚIE NEAȘTEPTATĂ ȘI DIAGNOSTIC TARDIV ÎN CAZUL A UNEI BRONHOPNEUMONII TRENANTE LA UN PACIENT VÂRSTNIC

Alexandra Bosoancă[1], Ana Adriana Trușculescu[1,2]

[1] *Clinica Universitară de Pneumologie, Spitalul Clinic de Boli Infecţioase și Pneumofiziologie „Dr. Victor Babeș”, Timișoara*
[2] *Centrul de Cercetare și Inovare în Medicina Personalizată a Bolilor Respiratorii (CRIPMRD), Clinica Universitară de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara*

Introducere: Adenocarcinomul pulmonar reprezintă cea mai frecventă variantă histopatologică de neoplasm bronhopulmonar, însă subtipul mucinos invaziv este rar întâlnit, dificil de diagnosticat, are un prognostic rezervat, cu evoluție rapidă și raspuns slab la tratament. Aspectul imagistic este adesea dificil de diferențiat cu o patologie infecțioasă (pneumonie/bronhopneumonie), fapt ce întârzie diagnosticul și tratamentul țintit.

Descrierea cazului: Pacientă în vârstă de 78 ani, nefumătoare, fără expunere profesională sau habituală la noxe respiratorii, se prezintă în serviciul de urgență pentru tuse seacă, dispnee la eforturi mici, inapetență, simptomatologie debutată recent. Radiografia toracică, ulterior tomografia computerizată (CT) toracică, evidențiază un aspect sugestiv de bronhopneumonie și pleurezie stângă asociată. În cadrul secției de Pneumologie efectuează toracocenteză în scop diagnostic și terapeutic, bronhoscopie cu prelevare de aspirat bronșic și lavaj bronhoalveolar, iar rezultatele investigațiilor susțin inițial suspiciunea unei patologii infecțioase (lichid pleural exsudat de tip inflamator, Staph. Aureus izolat în aspiratul bronșic). În urma tratamentului antibiotic și suportiv, starea pacientei se ameliorează ușor, dar aceasta revine în urgență cu insuficiență respiratorie acută și progresie imagistică a leziunilor pulmonare. Se efectuează puncție-biopsie pulmonară transtoracică ghidată CT, iar examenul histopatologic decelează prezența unui adenocarcinom mucinos invaziv, care corelat cu prezentarea clinică și imagistică ridică suspiciunea unui adenocarcinom de tip „pneumonic”. Întrucât evoluția este nefavorabilă, pacienta este transferată în compartimentul de ATI unde ulterior survine decesul.

Discuţii: Aspectul imagistic slab sugestiv inițial pentru o patologie proliferativă a pus dificultăți în diagnosticarea precoce și inițierea tratamentului specific. Prezența Staphylococcus Aureus în aspiratul bronșic a contribuit la amânarea diagnosticului oncologic, susținând ipoteza unei patologii infecțioase.

Concluzii: Acest caz evidențiază importanța suspiciunii clinice crescute și a evaluării aprofundate în situațiile cu evoluție atipică și răspuns insuficient la tratamentul antibiotic. O abordare atentă și multidisciplinară permite evitarea întârzierii diagnosticului oncologic, optimizând astfel șansele terapeutice și prognosticul pacientului.

UNEXPECTED EVOLUTION AND DELAYED DIAGNOSIS IN A CASE OF PERSISTENT BRONCHOPNEUMONIA IN AN ELDERLY PATIENT

Introduction: Lung adenocarcinoma is the most common histopathological subtype of bronchopulmonary neoplasm, but the invasive mucinous subtype is rare, difficult to diagnose, has a poor prognosis with rapid progression, and poor treatment response. Imaging findings are often difficult to distinguish from infectious diseases (pneumonia/bronchopneumonia), which delays diagnosis and targeted treatment.

Case description: A 78-year-old female patient, non-smoker, without occupational or habitual exposure to respiratory irritants, presented to the emergency department with dry cough, dyspnea on minimal exertion, and loss of appetite, with recently onset symptoms. Chest X-ray and later thoracic computed tomography (CT) showed findings suggestive of bronchopneumonia and associated left pleural effusion. In the Pneumology department, diagnostic and therapeutic thoracentesis was performed, along with bronchoscopy with bronchial aspirate and bronchoalveolar lavage; the results initially supported suspicion of an infectious pathology (exudative inflammatory pleural fluid, Staphylococcus aureus isolated in bronchial aspirate). Following antibiotic and supportive treatment, the patient's condition slightly improved, but she returned to the emergency department with acute respiratory failure and imaging progression of pulmonary lesions. A CT-guided transthoracic lung biopsy was performed, and histopathological examination revealed an invasive mucinous adenocarcinoma, which, correlated with the clinical and imaging presentation, raised suspicion of a pneumonic-type adenocarcinoma. Due to unfavorable evolution, the patient was transferred to the intensive care unit where she ultimately passed away.

Discussion: The initially nonspecific imaging findings for a proliferative pathology made early diagnosis and initiation of specific treatment difficult. The presence of Staphylococcus aureus in the bronchial aspirate contributed to delaying the oncological diagnosis by supporting the hypothesis of an infectious pathology.

Conclusions: This case highlights the importance of heightened clinical suspicion and thorough evaluation in cases with atypical evolution and insufficient response to antibiotic treatment. Careful and multidisciplinary management helps avoid delay in oncological diagnosis, thereby optimizing therapeutic opportunities and patient prognosis.

TUMORA FIBROASĂ SOLITARĂ PULMONARĂ: O ENTITATE RARĂ ȘI PROVOCATOARE - PREZENTARE DE CAZ

Gabriel-Flaviu Brișan[1], Ruxandra-Mioara Râjnoveanu[1,2], Doina-Adina Todea[1,3]

[1]Spitalul de Pneumologie „Leon Daniello", Cluj-Napoca
[2] Departamentul de Medicină Paliativă, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Haţieganu" Cluj-Napoca
[3]Departamentul de Pneumologie, Spitalul de Pneumologie „Leon Daniello", Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Haţieganu", Cluj-Napoca

Introducere: Tumorile fibroase solitare (TFS) sunt tumori mezenchimale rare, cu o incidență de mai puțin de un caz la un milion de persoane pe an, caracterul benign fiind caracteristic. Localizarea lor intrapulmonară este extrem de rară și evidențiază heterogenitatea tumorilor pulmonare în ceea ce privește prezentarea clinică și histologia.

Prezentarea cazului: Prezentăm cazul unei paciente de 76 de ani, fostă fumătoare (10 pachete-an, sevraj de 20 de ani), cunoscută cu patologie cardio-metabolică avansată. Recent evaluată prin computer tomografie (CT), examinarea a evidențiat la nivel pulmonar o formațiune tumorală voluminoasă (85×64 mm), localizată în lobul superior stâng (lingular), asociată cu modificări condensant-atelectatice și arii de sticlă mată în lobul inferior drept, sugestive pentru proces infecțios, precum și o colecție pleurală dreaptă minimă. S-a administrat antibioterapie empirică, ulterior pacienta fiind redirecționată către serviciul de pneumologie. În cadrul internării s-a efectuat bronhoscopie, care exclude invazia endobronșică, iar biopsia transtoracică CT-ghidată a confirmat diagnosticul de SFT, pe baza morfologiei și al profilului imunohistochimic (STAT6+, CD34+, CK-AE1/3–, SOX10–). Evaluarea prin scorul mDemicco a sugerat risc scăzut de metastază. Având în vedere vârsta înaintată a pacientei, patologia asociată și riscul metastatic redus, s-a decis împreună cu echipa de chirurgie toracică o strategie de supraveghere („watchful waiting"), cu evaluare clinică și imagistică periodică.

Discuţii: Diagnosticul diferențial și prognosticul formațiunilor pulmonare sunt extrem de variate. În majoritatea cazurilor, examenul histopatologic precizează diagnosticul și comunică aspecte importante legate de prognostic. Marker-ul STAT6 prezintă sensibilitate (98-100%) și specificitate (100%) pentru TFS, în toate localizările anatomice, indiferent de morfologie.

Concluzie: Acest caz evidențiază pe de o parte complexitatea tumorilor solitare fibroase în ceea ce privește localizarea și managementul terapeutic. Pe de altă parte, este esențială abordarea multidisciplinară riguroasă a fiecărui caz în parte, cu atât mai mult cu cât se remarcă absența ghidurilor validate pe populații mari de pacienți.

PULMONARY SOLITARY FIBROUS TUMOR: A RARE AND CHALLENGING ENTITY- A CASE REPORT

Introduction: Solitary fibrous tumors (SFTs) are rare mesenchymal neoplasms, with an incidence of less than one case per million people per year, most commonly showing a benign behaviour. Their intrapulmonary localization is extremely uncommon and highlights the heterogeneity of pulmonary tumors in terms of clinical presentation and histology.

Case presentation: We report the case of a 76-year-old female, former smoker (10 pack-years, quit 20 years ago), with advanced cardiometabolic comorbidities. A recent chest computer tomography (CT) scan revealed a large, well-defined pulmonary mass (85×64 mm) located in the lingular segment of the left upper lobe, associated with condensating-atelectatic changes and ground-glass opacities in the right lower lobe suggestive of an infection, as well as a minimal right pleural effusion. Empirical antibiotic therapy was initiated, and the patient was subsequently referred to the pulmonology department. During hospitalization, bronchoscopy excluded an endobronchial invasion, and a CT-guided transthoracic biopsy confirmed the diagnosis of SFT, based on morphology and immunohistochemical profile (STAT6+, CD34+, CK-AE1/3–, SOX10–). Risk assessment using the modified Demicco score suggested a low metastatic potential. Considering the patient's age, comorbidities, and the low metastatic risk profile, a "watchful waiting" strategy with periodic clinical and imaging follow-up was chosen in agreement with the thoracic surgery team.

Discussion: The differential diagnosis and prognosis of pulmonary lesions are highly variable. In most cases, histopathological examination establishes the diagnosis and provides important information regarding prognosis. The marker STAT6 shows high sensitivity (98–100%) and specificity (100%) for SFT across all anatomical sites, regardless of morphology.

Conclusion: This case highlights, on the one hand, the complexity of solitary fibrous tumors in terms of localization and therapeutic management. On the other hand, it underscores the essential role of a rigorous multidisciplinary approach to each case, particularly given the lack of guidelines validated in large patient populations.

SUMAR

ADENOCARCINOM PULMONAR LA VÂRSTE TINERE – DIFICULTĂȚI DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE. PREZENTARE DE CAZ

Roxana-Elena Cîrjaliu, Doina-Ecaterina Tofolean, Elena Danteș, Ariadna-Petronela Fildan

Facultatea de Medicină, Universitatea „Ovidius", Constanța

Introducere: Cancerul reprezintă o problemă majoră de sănătate publică la nivel global, caracterizată prin creștere celulară necontrolată, invazie locală și potențial de metastazare, fiind frecvent legat de factori genetici și moleculari specifici.

Descrierea cazului: Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 40 de ani, fost fumător 20 pachete-an, cu expunere timp de 4 de ani la praf, cunoscut cu hernie diafragmatică, traumatism abdominal cu ruptură de splină operat în 2022 pentru care se practică embolizare complicată cu hemoptizie, urmată de toracotomie pentru fistulă pleuro-splenică, ce se prezintă la consult ca fiind asimptomatic. Probele funcționale respiratorii și examenele biologice au fost în limite normale. Examenul CT (computer tomograf) de torace descrie un proces de condensare având contur spiculiform, izodens, cu minimă priză de contrast, dimensiuni axiale 12/12mm, având discret efect retractil asupra pleurei adiacente, localizat medial în lobul mediu, rare bule de emfizem de tip paraseptal și centrolobular. Se efectuează rezecție pulmonară atipică prin intermediul toracoscopiei videoasistate (VATS), iar în urma rezultatului histopatologic se pune diagnosticul de adenocarcinom pulmonar. Ulterior, se practică lobectomie medie de completare cu limfadenectomie mediastinală. La 3 săptămâni după intervenție pacientul acuză tuse seacă. Imagistic se constată hidropneumotorax drept cu fistulă de minimă dehiscență a planului muscular de la nivelul toracotomiei. Se efectuează ulterior pleurotomie minimă dreaptă cu montare de tub de dren cu evoluție ulterioară favorabilă.

Discuţii: Adenocarcinomul pulmonar la pacienții tineri are particularități epidemiologice și biologice, fiind adesea asociat cu mutații genetice. În cazul prezentat, fumatul și expunerea profesională au reprezentat factori de risc suplimentari. Strategia chirurgicală a permis atât confirmarea diagnosticului, cât și tratamentul curativ.

Concluzii: Adenocarcinomul pulmonar la vârste tinere impune diagnostic precoce și abordare multidisciplinară. Monitorizarea atentă postoperatorie și gestionarea promptă a complicațiilor sunt esențiale pentru un prognostic favorabil, iar analiza moleculară poate ghida ulterior terapia personalizată.

PULMONARY ADENOCARCINOMA IN YOUNG PATIENTS – DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CHALLENGES. CASE REPORT

Introduction: Cancer is a major global public health problem, characterized by uncontrolled cell growth, local invasion, and metastatic potential, and is often associated with specific genetic and molecular factors.

Case description: We present the case of a 40-year-old male, a former smoker with a 20 pack-year history, with four years of occupational dust exposure, known with diaphragmatic hernia and a history of abdominal trauma with splenic rupture, operated in 2022 by embolisation complicated with hemoptysis, followed by thoracotomy for a pleuro-splenic fistula. The patient presented asymptomatic at the consultation. Pulmonary function tests and laboratory results were within normal limits. Chest CT described a spiculated, isodense consolidation with minimal contrast uptake, measuring 12/12 mm in axial dimensions, with a slight retractile effect on the adjacent pleura, located medially in the middle lobe, along with rare paraseptal and centrilobular emphysema bullae. A wedge resection was performed via video-assisted thoracoscopic surgery (VATS). Histopathology confirmed the diagnosis of pulmonary adenocarcinoma. Subsequently, a completion middle lobectomy with mediastinal lymphadenectomy was performed. Three weeks after surgery, the patient developed dry cough. Imaging revealed a right hydropneumothorax with a minimal dehiscence fistula at the thoracotomy muscular plane. A right mini-thoracotomy with chest tube drainage was performed, with a favorable outcome.

Discussion: Pulmonary adenocarcinoma in young patients has distinct epidemiological and biological characteristics, often associated with genetic mutations. In the present case, smoking history and occupational exposure represented additional risk factors. The surgical approach enabled both diagnostic confirmation and curative treatment.

Conclusions: Pulmonary adenocarcinoma at young ages requires early diagnosis and a multidisciplinary approach. Careful postoperative monitoring and prompt management of complications are crucial for a favorable prognosis, while molecular analysis can further inform personalized therapy.

SINDROMUL KARTAGENER – COMPLEXITATEA UNEI FORME DE DISCHINEZIE CILIARĂ PRIMARĂ ȘI ASOCIEREA RARĂ CU FIBROZĂ CHISTICĂ

Roxana-Ștefania Cobzariu, Cristian Cojocaru, Radu Crișan-Dabija

Secţia I Pneumologie, Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie, Iași

Introducere: Sindromul Kartagener, o formă clinică a dischineziilor ciliare primare (DCP), este o tulburare genetică rară caracterizată prin situs inversus, bronșiectazii și sinuzită cronică, rezultat al disfuncției ciliare. Concomitența cu fibroza chistică, afecțiune genetică severă cu afectare multisistemică, este rar descrisă, fiind raportată doar în cazuri izolate. Asocierea celor două entități clinice amplifică remodelarea patologică și pierderea progresivă a parenchimului pulmonar, cu evoluție clinică trenantă și risc crescut de complicații infecțioase recurente.

Descrierea cazului: Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 21 de ani, cu antecedente de spitalizări repetate, cunoscut cu sindrom Kartagener, fibroză chistică, bronșiectazii, malabsorbție intestinală, otită medie seroasă cronică și situs inversus total, aflat sub tratament cronic cu alfa-dornază inhalator și pancreatină. S-a prezentat pentru febră la domiciliu, tuse productivă și dureri toracice anterioare. Analizele de laborator au evidențiat sindrom inflamator, radiografia toracică prezenta modificări sugestive pentru bronșiectazii cu semne de suprainfecție, iar cultura sputei a identificat prezența Haemophilus influenzae, izolat în mod repetat la internările anterioare, sugerând posibilă colonizare. Evoluția clinico-biologică a fost favorabilă sub tratament antibiotic conform antibiogramei.

Discuţii: Cazul atrage atenția prin raritatea asocierii dintre două afecțiuni genetice cu afectare respiratorie severă, fiecare având impact major asupra structurii și funcției pulmonare prin alterarea clearance-ului mucociliar și acumularea secrețiilor la nivelul tractului respirator, cu risc crescut de episoade infecțioase recurente. În cazul prezentat, izolarea repetată a aceluiași agent patogen sugerează colonizare bacteriană, menținând un status inflamator cronic, în care fiecare exacerbare are potențial decompensant și influențează evoluția pacientului pe termen lung.

Concluzii: Asocierea sindromului Kartagener cu fibroza chistică reprezintă un caz rar întâlnit, ce cumulează efectele negative ale ambelor patologii asupra aparatului respirator. Cazul prezentat evidențiază fragilitatea echilibrului clinic al acestor pacienți și vulnerabilitatea lor la complicații infecțioase, cu impact inevitabil asupra calității vieții și prognosticului.

KARTAGENER SYNDROME – THE COMPLEXITY OF A FORM OF PRIMARY CILIARY DYSKINESIA AND ITS RARE ASSOCIATION WITH CYSTIC FIBROSIS

Introduction: Kartagener syndrome, a clinical form of primary ciliary dyskinesia (PCD), is a rare genetic disorder characterized by situs inversus, bronchiectasis, and chronic sinusitis, resulting from ciliary dysfunction. Its coexistence with cystic fibrosis, a severe genetic disease with multisystem involvement, is rarely reported, occurring only in isolated cases. The association of these two clinical entities amplifies pathological remodeling and progressive loss of pulmonary parenchyma, with a protracted clinical course and increased risk of recurrent infectious complications.

Case presentation: We report the case of a 21-year-old patient with a history of repeated hospitalizations, known for Kartagener syndrome, cystic fibrosis, bronchiectasis, intestinal malabsorption, chronic serous otitis media, and total situs inversus, under chronic treatment with inhaled dornase alfa and pancreatin. He presented with fever at home, productive cough, and anterior chest pain. Laboratory tests revealed an inflammatory syndrome, chest X-ray showed changes suggestive of bronchiectasis with signs of superinfection, and sputum culture identified the presence of Haemophilus influenzae, repeatedly isolated during previous admissions, suggesting possible bacterial colonization. The clinical and laboratory course was favorable under antibiotic treatment according to the antibiogram.

Discussion: This case draws attention due to the rarity of the association between two genetic diseases with severe respiratory involvement, each having a major impact on pulmonary structure and function through impaired mucociliary clearance and accumulation of secretions in the respiratory tract, with increased susceptibility to recurrent infectious episodes. In this patient, repeated isolation of the same pathogen suggests bacterial colonization, maintaining a chronic inflammatory status, where each exacerbation has decompensating potential and significantly influences the long-term course of the disease.

Conclusions: The association of Kartagener syndrome with cystic fibrosis represents a rare occurrence, combining the detrimental effects of both pathologies on the respiratory system. This case highlights the fragility of the clinical balance in these patients and their vulnerability to infectious complications, with inevitable impact on quality of life and prognosis.

SUMAR

SAS ȘI CAREMEL: O NOUĂ PARADIGMĂ ÎN MEDICINA RESPIRATORIE

Toma David[1], Adriana-Loredana Pintilie[1], Carina-Adina Afloarei[1], Andreea Zabara- Antal[1,2], Radu Crisan-Dabija[1,2]

[1]Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie, Iași
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa'", Iași

Metoda studiului: review al literaturii de specialitate.

Rezultatele studiului: Sindromul de apnee în somn (SAS) este tot mai mult recunoscut ca o afecțiune sistemică, nu doar ca tulburare respiratorie legată de somn. Dovezile actuale susțin rolul inflamației cronice de intensitate scăzută în fiziopatologia SAS și a sindromului cardio-reno-metabolic (Sdr.CaReMeL). Sdr.CaReMeL, concept introdus în 2023, este o tulburare sistemică, progresivă, clasificată în 5 stadii, un cluster de disfuncții interdependente la nivel cardiac, renal și metabolic, incluzând insuficiență cardiacă (IC), diabet zaharat tip 2, obezitatea, hipertensiunea arterială, dislipidemia și, ulterior, boala hepatică steatozică asociată disfuncției metabolice. Convergența acestora duce la disfunctții multiorganice și o rată crescută de evenimente adverse cardiovasculare. SAS acționează ca un declanșator cronic al inflamației sistemice prin hipoxie intermitentă, hiperactivitate simpatică, stres oxidativ și disfuncție endotelială. Aceste procese contribuie la remodelarea cardiacă și la agravarea IC, la scăderea perfuziei renale cu activarea sistemului renină-angiotensină-aldosteron, dar și la alterări metabolice precum rezistența la insulină și dislipidemia. Nivelurile crescute ale markerilor inflamatori la pacienții cu SASO, comparativ cu martorii, confirmă caracterul inflamator al bolii și implicarea în accelerarea aterosclerozei.

Discuţii: Evaluarea pacienților cu IC ar trebui să includă, în mod sistematic, screening-ul pentru SAS. Conceptul de axă renală-somn, evidențiază faptul că SAS și funcția renală sunt legate într-un mod bidirecțional, având factori de risc comuni și împărțind mecanisme fiziopatologice comune. În cadrul acestei relații bidirecționale, SAS poate contribui la declinul funcției renale și la accelerarea progresiei IRC, iar afectarea funcției renale poate duce sau agrava SAS.

Concluzii: Rezultatele acestei sinteze subliniază necesitatea screening-ului pentru SAS la pacienții cu Sdr.CaReMeL. Abordarea multidisciplinară a comorbidităților, farmacoterapia optim instituită, intervenții în stilul de viață, alimentație și Instituirea terapei CPAP contribuie la scăderea morbidității și mortalității atât la pacienții cu boli renale în stadiu final, cât și la pacienți cu boli cardiovasculare.

SAS AND CAREMEL: A NEW PARADIGM IN RESPIRATORY MEDICINE

Method of the study: Review of the specialized literature.

Study results: Sleep apnea syndrome (SAS) is increasingly recognized as a systemic disorder rather than a sleep-related breathing disorder. Current evidence supports the role of low-grade chronic inflammation in the pathophysiology of SAS and cardiovascular-kydney-metabolic syndrome (CKM). CKM, a concept introduced in 2023, is a systemic progressive disorder classified into 5 stages, a cluster of interdependent cardiac, renal, and metabolic dysfunctions, including heart failure (HF), type 2 diabetes, obesity, hypertension, dyslipidemia, and, subsequently, metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease. Their convergence leads to multiorgan dysfunction and an increased rate of adverse cardiovascular events. SAS acts as a chronic trigger of systemic inflammation through intermittent hypoxia, sympathetic hyperactivity, oxidative stress, and endothelial dysfunction. These processes contribute to cardiac remodeling and worsening HF, decreased renal perfusion with activation of the renin-angiotensin-aldosterone system, and metabolic alterations such as insulin resistance and dyslipidemia. Elevated levels of inflammatory markers in patients with SAS, compared to controls, confirm the inflammatory nature of the disease and its involvement in accelerating atherosclerosis.

Discussion: The assessment of patients with HF should systematically include screening for SAS. The concept of the renal-sleep axis highlights the fact that SAS and renal function are bidirectionally linked, sharing common risk factors and pathophysiological mechanisms. Within this bidirectional relationship, SAS can contribute to the decline in renal function and accelerate the progression of CKD, while impaired renal function can lead to or exacerbate SAS.

Conclusions: The results of this synthesis highlight the need for screening for SAS patients with CaReMeL syndrome. A multidisciplinary approach to comorbidities, optimal pharmacotherapy, lifestyle interventions, nutrition, and initiation of CPAP therapy contributes to reducing morbidity and mortality in both patients with end-stage renal disease and patients with cardiovascular disease.

SUMAR

SCLC³: CELULE MICI, PROVOCĂRI MARI, ECHIPE MAI PUTERNICE

Aida-Andreea Fănică[1,2,3], Corina-Georgiana Toader[1], Maro Mirvald[1], Ana Maria Vasile[1], Florin-Dumitru Mihălțan[2,3]

[1] *Neolife Băneasa, București*
[2] *Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta", București*
[3] *Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București*

Introducere: Carcinomul pulmonar microcelular (SCLC) este o formă agresivă de cancer pulmonar, caracterizată prin evoluție rapidă, rată crescută de recidivă și prognostic rezervat. În ciuda progreselor terapeutice recente, supraviețuirea globală rămâne limitată, în special la pacienții vârstnici cu comorbidități. Deciziile terapeutice trebuie adaptate nu doar stadiului oncologic, ci și riscurilor asociate bolilor concomitente, ceea ce subliniază importanța abordării multidisciplinare.

Descrierea cazului: Raportăm cazul unui pacient de 73 de ani, fost fumător, sevrat de 5 ani, cunoscut cu multiple comorbidități somatice, atât de natură cardiovasculară cât și neurologică. În urma unui screening CT torace s-a evidențiat, accidental, o formațiune macronodulară la nivelul lobului inferior stâng. Diagnosticul a fost stabilit prin puncție transtoracică, iar examenul histopatologic a confirmat prezența unui carcinom microcelular. Stadializarea imagistică inițială nu a decelat prezența unor determinări secundare. Managementul cazului a inclus chimioterapie sistemică și radioterapie cerebrală profilactică, iar în prezent, pacientul urmează tratament cu Durvalumab.

Discuţii: Imunoterapia a devenit o componentă importantă în vederea tratării cancerului microcelular, fiind deja standardizată în stadiul extins și recent introdusă ca terapie de consolidare în stadiul limitat, pe baza rezultatelor studiului ADRIATIC. Această strategie a schimbat perspectivele de supraviețuire, însă administrarea sa la pacienți cu patologii asociate ridică provocări suplimentare legate de monitorizarea atentă și gestionarea reacțiilor adverse imun – mediate. De asemenea, pacienții cu comorbidități complexe sunt frecvent subreprezentați în studiile clinice pivotale, ceea ce conferă o valoare suplimentară observațiilor din practica reală.

Concluzii: Experiența prezentată confirmă importanța monitorizării multidisciplinare. Datele din practica reală aduc dovezi suplimentare privind rolul imunoterapiei cu Durvalumab, sugerând că aceasta poate fi o opțiune sigură și eficientă, capabilă să îmbunătățească prognosticul și calitatea vieții chiar și în cazuri complexe.

SCLC³: SMALL CELLS, BIG CHALLENGES, STRONGER TEAMS

Introduction: Small cell lung cancer (SCLC) is an aggressive form of lung cancer, characterized by rapid progression, high relapse rates, and poor prognosis. Despite recent therapeutics advances, overall survival remains limited, particularly in elderly patients with comorbidities. Therapeutic decisions must be tailored not only to the oncological stage but also to the risks associated with concomitant diseases, underling the importance of a multidisciplinary approach.

Case description: We report the case of a 73-year-old patient, former smoker, abstinent for the past 5 years, with multiple somatic comorbidities of both cardiovascular and neurological nature. A thoracic CT screening incidentally revealed a macronodular lesion located in the left lower lobe. Diagnosis was established though transthoracic biopsy, and histopathological examination confirmed the presence of small cell lung carcinoma. Initial imaging staging did not reveal secondary determinations. Case management included systemic chemotherapy and prophylactic cranial irradiation, and at present, the patient is undergoing treatment with Durvalumab.

Discussion: Immunotherapy has become an important component in the treatment of small cell lung cancer, already standardized in extensive – stage disease and recently introduced as a consolidation therapy in limited – stage disease, based on the results of the Adriatic trial. This strategy has shifted survival perspectives; however, its administration in patients with associated pathologies raises additional challenges related to close monitoring and management of immune – mediated adverse reactions. Furthermore, patients with complex comorbidities are frequently underrepresented in pivotal clinical trials, which gives additional value to real – world practice observations.

Conclusions: The presented experience confirms the importance of multidisciplinary monitoring. Real-world practice data provide further evidence on the role of Durvalumab immunotherapy, suggesting that it may be a safe and effective option, capable of improving prognosis and quality of life even in complex cases.

SUMAR

CÂT DE MULT CONTEAZĂ AERUL PE CARE ÎL RESPIRĂM? POLUANȚII ATMOSFERICI ȘI PROGNOSTICUL CANCERULUI PULMONAR – EXPERIENȚĂ REGIONALĂ

Denisa-Gabriela Ion-Andrei[1,2,3,4], Elena Danteș[1,2,3,4]

[1]Școala Doctorală de Medicină, Universitatea „Ovidius”,Constanţa
[2]Departamentul 4 – Discipline Medicale Clinice, Facultatea de Medicină, Universitatea „Ovidius”, Constanţa
[3]Facultatea de Medicină, Universitatea „Ovidius”, Constanţa
[4]Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie, Constanţa

Introducere: Cancerul bronhopulmonar reprezintă principala cauză de mortalitate în sfera oncologică, iar influența expunerii cronice la poluanți atmosferici asupra stadiului și supraviețuirii este insuficient documentată la nivel regional.

Obiectiv: Evaluarea relației dintre expunerea cumulată la poluanți atmosferici pe o perioadă medie de expunere de 15 ani, stadiul TNM la diagnostic și supraviețuirea globală, în contextul factorilor clinici și al comorbidităților majore.

Material și metodă: Studiul nostru a cuprins un lot de 400 de pacienți dintr-un registru regional, fiecare fiind alocat celei mai apropiate stații de monitorizare a aerului (CT-1–CT-8). Pentru fiecare pacient a fost calculată expunerea medie pe 15 ani (T0–T15) la NO_2, SO_2, PM10, PM2.5, O_3, benzen, toluen, xilen și alți compuși organici volatili. Pe lângă expunerea cumulată, au fost analizate tabagismul, expunerea ocupațională la noxe respiratorii și comorbiditățile frecvente (hipertensiune arterială, boala pulmonară obstructivă cronică, diabet zaharat).

Rezultate: Corelații modeste, dar consistente, cu stadiul TNM au fost observate pentru SO_2 (ρ=0,14; p=0,022), cu tendințe similare pentru PM10 și PM2.5. Ceilalți poluanți nu au prezentat asocieri semnificative. Medianele OS au scăzut progresiv pe tertilele de expunere la SO_2 (~349 vs. 192 vs. 143 zile). Supraviețuirea a fost influențată cumulativ de poluare, tabagism și comorbidități. Pacienții fumători, cu boală pulmonară obstructivă cronică și diabet zaharat au avut stadii mai avansate și supraviețuire globală mai redusă.

Discuţii: Integrarea datelor de expunere ambientală cu informațiile clinice demonstrează că poluarea acționează sinergic cu factorii de risc tradiționali. Rezultatele sugerează că efectele negative asupra stadiului și supraviețuirii nu sunt determinate de un singur factor, ci de acumularea mai multor agresori biologici și de mediu.

Concluzii: Expunerea pe termen lung la poluanți atmosferici, în special SO_2, PM10 și PM2.5, asociată cu fumatul și comorbiditățile, contribuie la prognosticul nefavorabil în cancerul bronhopulmonar. Evaluarea integrată a acestor factori poate ghida atât măsuri de prevenție, cât și management personalizat.

HOW MUCH DOES THE AIR WE BREATHE MATTER? AMBIENT POLLUTANTS AND LUNG CANCER PROGNOSIS – A REGIONAL EXPERIENCE

Introduction: Lung cancer remains the leading cause of cancer-related mortality, and the influence of chronic exposure to ambient pollutants on stage and survival is insufficiently documented at the regional level.

Objective: To evaluate the relationship between 15-year cumulative exposure to ambient pollutants, TNM stage at diagnosis, and overall survival, in the context of clinical factors and major comorbidities.

Material and Methods: Our study included 400 patients from a regional registry, each assigned to the nearest air monitoring station (CT-1–CT-8). For each patient, mean 15-year exposure (T0–T15) to NO_2, SO_2, PM10, PM2.5, O_3, benzene, toluene, xylene, and other volatile organic compounds was calculated. In addition to cumulative exposure, smoking status, occupational exposure to respiratory hazards, and common comorbidities (arterial hypertension, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes mellitus) were analyzed.

Results: Modest but consistent correlations with TNM stage were observed for SO_2 (ρ=0.14; p=0.022), with similar trends for PM10 and PM2.5. Other pollutants showed no significant associations. Median OS decreased progressively across SO_2 exposure tertiles (~349 vs. 192 vs. 143 days). Survival was cumulatively affected by pollution, smoking, and comorbidities. Patients who were smokers, with chronic obstructive pulmonary disease and diabetes mellitus, presented with more advanced stages and reduced overall survival.

Discussion: Integrating environmental exposure data with clinical information demonstrates that air pollution acts synergistically with traditional risk factors. The results suggest that the negative effects on stage and survival are not determined by a single factor but by the accumulation of multiple environmental and biological aggressors.

Conclusions: Long-term exposure to ambient pollutants, particularly SO_2, PM10, and PM2.5, combined with smoking and comorbidities, contributes to poor prognosis in lung cancer. Integrated assessment of these factors may guide both preventive measures and personalized management.

SUMAR

DINCOLO DE SUSPICIUNEA DE EMPIEM: CHILOTORAX PARANEOPLAZIC – MANIFESTARE INIȚIALĂ A CANCERULUI OVARIAN

Teodora-Oana Iordache[1], Alexandra Paraschiv[1], Elena-Doina Magheran[1], Andrei-Cristian Bobocea[1], Ancuța Voinea[1,2], Ana-Luiza Iorga[1]

[1]Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta", București
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București

Introducere: Revărsatele pleurale reprezintă o manifestare clinică întâlnită într-un spectru variat de patologii. Cauzele cele mai comune cuprind insuficiența cardiacă, procesele infecțioase și neoplaziile. În cazul revărsatelor exudative, etiologia predominantă este de natură infecțioasă **și tumorală,** în timp ce cauze mai rare includ chilotoraxul.

Descrierea cazului: Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 54 de ani, nefumătoare, fără expunere la noxe profesionale, fără antecedente patologice semnificative. Aceasta s-a prezentat într-o altă unitate spitalicească pentru tumefacție și durere severă la nivelul brațului drept, simptomatologie cu debut brusc. În cadrul acelei internări s-a stabilit diagnosticul de tromboză de venă cavă superioară cu extensie la nivelul venei subclavii drepte, dar și diagnosticele imagistice de: revărsat pleural de partea dreaptă, atelectazie de lob mediu, adenopatii paratraheale necrozate, multiple leziuni osteolitice, adenopatii abdominale și lamă fină de lichid pelvin. La momentul respectiv pacienta a primit tratament anticoagulant și a fost trimisă către un serviciu de pneumologie pentru managementul revărsatului pleural. La efectuarea toracocentezei s-au evacuat 40ml de lichid turbid, nefetid, cu aspect și biochimie sugestive pentru empiem, însă cu bacteriologie negativă în lipsa unei antibioterapii recent instituite. S-a solicitat consult de chirurgie toracică care a recomandat montarea unui tub de dren pleural, însă cu refuzul pacientei. Evoluția ulterioară este rapid nefavorabilă cu progresie către coagulare intravasculară diseminată severă, revărsat pleural drept masiv și ulterior deces. La efectuarea necropsiei s-a stabilit diagnosticul de chilotorax cu limfangită carcinomatoasă generalizată, cu evidențierea tumorii primare de doar 7mm la nivel ovarian drept.

Discuţii: Particularitatea cazului este reprezentată de expresia chilotoraxului ca primă manifestare paraneoplazică a cancerului ovarian, deși caracteristicile biochimice și macroscopice parțial pledau pentru un empiem pleural.

Concluzii: Acest caz subliniază dificultățile și necesitatea analizării pe larg a diagnosticelor diferențiale în cazul revărsatelor pleurale atipice de tip exudativ, cât și menținerii suspiciunii oncologice în fața unor astfel de situații.

BEYOND THE SUSPICION OF EMPYEMA: PARANEOPLASTIC CHYLOTHORAX – INITIAL MANIFESTATION OF OVARIAN CANCER

Introduction: Pleural effusions represent a clinical manifestation encountered in a wide spectrum of pathologies. The most common causes include heart failure, infectious processes, and neoplasms. In the case of exudative effusions, the predominant etiology is infectious or tumoral in nature, while rarer causes include chylothorax.

Case description: We present the case of a 54-year-old female patient, a non-smoker, without occupational exposure to harmful substances, and without significant past medical history, who presented to another hospital for swelling and severe pain in the right arm, with a sudden onset of symptoms. During that admission, she was diagnosed with superior vena cava thrombosis extending to the right subclavian vein, as well as the following imaging findings: right-sided pleural effusion, middle lobe atelectasis, necrotic paratracheal lymphadenopathy, multiple osteolytic lesions, abdominal lymphadenopathy, and a thin layer of pelvic fluid. At that time, the patient received anticoagulant treatment and was referred to a pulmonology service for the management of the pleural effusion. Thoracentesis evacuated 40 ml of turbid, non-fetid fluid, with macroscopic appearance and biochemistry suggestive of empyema, but with negative bacteriology in the absence of recent antibiotic therapy. A thoracic surgery consultation recommended placement of a pleural drainage tube, which the patient refused. The subsequent evolution was rapidly unfavorable, with progression to severe disseminated intravascular coagulation, massive right pleural effusion, and eventually death. At autopsy, the diagnosis of chylothorax with generalized carcinomatous lymphangitis was established, with identification of the primary tumor measuring only 7 mm in the right ovary.

Discussion: The peculiarity of this case lies in the expression of chylothorax as the first paraneoplastic manifestation of ovarian cancer, although the biochemical and macroscopic characteristics partly suggested a pleural empyema.

Conclusions: This case highlights the difficulties and the need for thorough analysis of differential diagnoses in atypical exudative pleural effusions, as well as the importance of maintaining oncological suspicion in such situations.

SUMAR

UN CAZ ATIPIC DE PLEUREZIE EOZINOFILICĂ

Laura-Maria Manea[1], Inna Dencheva Ruseva[2], Dan Cristian Chivulescu[2], Emma Ștefana Bălan[1], Claudia Lucia Toma[1,2], Ștefan Dumitrache-Rujinski[1,2]

[1] *Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta", București*
[2] *Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București*

Premize: Prezența eozinofilelor în lichidul pleural impune, în mod paradoxal, un diagnostic diferențial vast, nesimplificând considerabil demersul diagnostic al pleureziei.

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 65 de ani, nefumătoare, fără expunere la noxe, care se prezintă la camera de gardă pentru dispnee cu agravare progresivă în ultimele săptămâni. Asociază tulburare bipolară în tratament cronic de patru ani cu venlafaxină și acid valproic, hipercolesterolemie, cardiopatie hipertensivă, insuficiență cardiacă cronică, nodul mamar stâng în curs de precizare diagnostică.

Bilanțul inițial evidențiază sindrom lichidian pleural bilateral (drept>stâng), fără alte modificări radiologice, fără elemente clinice sau ecografice care să indice o decompensare cardiacă. Analizele sanguine indică eozinofilie 940 elem/mm3, fără neutrofilie, fără sindrom inflamator, hormoni tiroidieni în limite normale. Se evacuează lichid sero-citrin cu caracter de exudat, cu predominanța netă a eozinofilelor (>70%), ADA negativ, steril bacteriologic, BAAR absent, PCR complex Mycobacterium tuberculosis nedetectat. Citologia este negativă pentru celule neoplazice în lichid pleural la trei toracocenteze seriate. În absența posibilității de a efectua biopsie pleurală la momentul spitalizării și fără a avea argumente certe pentru o patologie asociată de natură reumatologică, neoplazică sau infecțioasă, se ia în considerare inclusiv o cauză iatrogenă, în contextul administrării cronice de acid valproic; se oprește adminstrarea cu aviz psihiatric, constatându-se, patru zile mai târziu, regresia completă a revărsatului lichidian stâng și reducerea cantitativă a celui contralateral. Reevaluarea de peste două luni evidențiază rezoluția cvasicompletă a pleureziei drepte și absența eozinofiliei sanguine, cu confirmarea caracterului benign al nodului mamar în alt serviciu.

Discuţii: Dificultatea elucidării cazului a constat în apariția simptomelor la patru ani de la inițierea tratamentului cu acid valproic, un agent farmacologic care induce rareori pleurezie printr-un mecanism incert, probabil de natură imunologică/alergică.

Concluzii: În diagnosticul diferențial al pleureziei cu predominanța eozinofilelor trebuie luată în considerare și etiologică farmacologica.

AN ATYPICAL CASE OF EOSINOPHILIC PLEURISY

Premise: The presence of eosinophils in pleural fluid paradoxically requires a broad differential diagnosis, without significantly easing the diagnostic process of pleurisy.

We present the case of a 65-year-old non-smoking female patient, with no known exposure to toxic agents, who presented to the emergency department with progressively worsening dyspnea over the past few weeks. Her medical history includes bipolar disorder, for which she has been on chronic treatment for four years with venlafaxine and valproic acid, hypercholesterolemia, hypertensive heart disease, chronic heart failure, and an left breast nodule under diagnostic evaluation.

Initial assessment revealed bilateral pleural effusion (right > left), with no other radiological changes, and no clinical or echographic signs indicative of cardiac decompensation. Blood tests showed eosinophilia (940 cells/mm^3) with no neutrophilia, no signs of inflammation, and normal thyroid hormone levels. The pleural fluid was straw-colored in appearance, exudative in nature, with a clear predominance of eosinophils (>70%). The adenosine deaminase (ADA) was negative, the bacterial culture was sterile, acid-fast bacilli (AFB) were absent, and PCR for *Mycobacterium tuberculosis* was undetectable. Cytology was negative for malignant cells in the pleural fluid following three serial thoracocenteses.

In the absence of the possibility for pleural biopsy at the time of hospitalization, and without definitive evidence for a rheumatological, oncological, or infectious etiology, an iatrogenic cause was considered, given the patient's chronic use of valproic acid. Administration of valproic acid was discontinued following psychiatric consultation, and a complete resolution of the left pleural effusion was noted four days later, along with a reduction of the right effusion.

Two months later, reassessment showed near-complete resolution of the right pleurisy, with no recurrence of eosinophilia in the blood. Furthermore, the left breast nodule was confirmed as benign in a different department.

Discussion: The difficulty in establishing a final diagnosis stemmed from the onset of symptoms four years after initiation of the valproic acid, a pharmacological agent that rarely induces pleurisy through an unclear mechanism, likely of immunological or allergic origin.

Conclusions: A pharmacological etiology should be considered in the differential diagnosis of eosinophilic pleuresy.

SUMAR

PLEUREZIE REZISTENTĂ... LA DIAGNOSTIC

Laura-Maria Manea[1], Ileana Doina Postelnicu[1], Inna Dencheva Ruseva[1], Ștefan Dumitrache-Rujinski[1,2], Claudia Lucia Toma[1,2]

[1]Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta", București
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București

Premize: Apariția revărsatului lichidian pleural la un pacient în tratament pentru tuberculoză implică un demers diagnostic dificil în stabilirea etiologiei.

Prezentăm cazul unui pacient de 56 de ani, fost fumător, în tratament de șase luni pentru tuberculoză pulmonară confirmată bacteriologic (bacil cu sensibilitate păstrată), care se prezintă la camera de gardă pentru tuse neproductivă, subfebrilitate și stare generală modificată, cu debut acut. Asociază ciroză hepatică toxic-nutrițională (bandare variceală în antecedente) și diabet zaharat tip 2 în tratament ADO.

Bilanțul inițial evidențiază sindrom lichidian pleural drept în cantitate moderată, de apariție recentă (inexistent pe o radiografie efectuată două luni după inițierea tratamentului antituberculos), însoțit de sindrom inflamator, interpretat inițial drept pleurezie asociată unei pneumonii peribronșiectatice, cu evoluție clinică favorabilă sub antibioterapie. Analiza lichidului pleural: exsudat cu predominanța neutrofilelor, valori crescute ale adenozin-dezaminazei, steril bacteriologic, BAAR slab pozitiv și Mycobacterium tuberculosis detectat la testul GeneXpert, citologie fără celularitate malignă. Examenul fibrobronhoscopic: BAAR absent. Având în vedere evidențierea BAAR și ADN mycobacterian în lichidul pleural, s-a decis prelungirea tratamentului antituberculos până la rezultatul culturilor fenotipice pe mediu Lowenstein-Jensen (posibilitatea ca BAAR să reprezinte cadavre bacilare). Reanaliza cazului vis-a-vis de etiologia revărsatului pleural a pus în discuție o posibilă componentă de „hidrotorax hepatic" în contextul cirozei (gradient albumina ser- lichid pleural>1,2 g/dL, fină lamă de lichid perihepatic). Sub tratamentul diuretic instituit nu s-a constatat tendința de refacere a lichidului. Rezultatele culturilor fenotipice din aspiratul bronșic și din lichidul pleural, citite la două luni, s-au dovedit a fi negative.

Discuţii: Hidrotoraxul hepatic în absența lichidului de ascită evident clinic este un diagnostic rar și greu de stabilit, ce poate fi mascat prin intricarea coincidentală a altor mecanisme de apariție și/sau menținere a revărsatului lichidian pleural.

Particularitatea cazului: Revărsat lichidian pleural cu etiologie posibil multifactorială (parapneumonică, componentă hidrostatică transdiagfragmatica), cea mai puțin probabilă ipoteză fiind cea bacilară.

A PLEURESY RESISTANT ... TO DIAGNOSIS

Premise: The appearance of a pleural effusion in a patient undergoing treatment for tuberculosis involves a complex diagnostic approach in order to determine the etiology.

Case presentation: We present the case of a 56-year-old male, former smoker, who has been receiving treatment for bacteriologically confirmed pulmonary tuberculosis for six months (with preserved drug sensitivity). He presented to the emergency room with a dry cough, low-grade fever, and altered general condition, with acute onset. His medical history includes toxic-nutritional liver cirrhosis (with prior band ligation for esophageal varices) and type 2 diabetes mellitus treated with oral antidiabetics.

The initial evaluation revealed a moderate right-sided pleural effusion of recent onset (not present on a chest X-ray performed two months after starting anti-tuberculosis treatment), accompanied by an inflammatory syndrome. It was initially interpreted as a pleural effusion associated with peribronchiectatic pneumonia, showing rapid clinical improvement under antibiotic treatment. Pleural fluid analysis showed: Exudate with neutrophilic predominance, elevated adenosine deaminase (ADA) levels, sterile on standard bacterial culture, weakly positive for acid-fast bacilli (AFB), Mycobacterium tuberculosis detected by GeneXpert test. Cytology: no malignant cells. Fibrobronchoscopic examination: AFB negative. Given the presence of AFB and mycobacterial DNA in the pleural fluid, it was decided to extend the anti-tuberculosis treatment until the results of phenotypic cultures on Lowenstein-Jensen medium became available (considering the possibility that the AFB represented bacillary debris).

A reassessment of the pleural effusion's etiology raised the possibility of a component of hepatic hydrothorax in the context of cirrhosis (serum-to-pleural fluid albumin gradient >1.2 g/dL, with a thin layer of perihepatic fluid). Under diuretic treatment, no tendency for fluid reaccumulating was observed. Lowenstein-Jensen cultures from both the bronchial aspirate and pleural fluid at two months reading proved to be negative.

Discussion: Hepatic hydrothorax in the absence of clinically evident ascites is a rare and challenging diagnosis, which can be obscured by the coincidental involvement of other mechanisms contributing to the onset and/or persistence of pleural effusion.

Case particularity: Pleural effusion with a possibly multifactorial etiology (parapneumonic, hydrostatic transdiaphragmatic component), with the tuberculous cause being the least likely hypothesis.

SUMAR

FENOTIPUL PACIENTULUI CU ASTM SEVER – SUNT ȚINTELE FARMACOTERAPEUTICE ÎN LIPSA INFLAMAȚIEI DE TIP T2 O PROVOCARE?

Elena Andreea Moaleș[1,2], **Aurelia Crețu**[1,3]

[1]*Departamentul de Pneumologie, Spitalul Elytis, Iași*
[2]*Departamentul Medicale I, Disciplina de Semiologie Medicală, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa", Iași*
[3]*Departamentul de Științe Morfo-Funcționale II, Disciplina de Farmacologie, Farmacologie Clinică și Algeziologie, Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa", Iași*

Introducere: Astmul bronșic (AB) afectează 300 de milioane de persoane la nivel global. Tratamentul pacienților cu astm sever, 3-10% din pacienții cu AB, reprezintă o provocare pentru clinician. Determinarea fenotipului pacientului cu astm sever poate conduce la lipsa dovezilor pentru o inflamație persistentă de tip 2 (fenotip T2 low), iar în acest caz managementul bolii este reevaluat, tratamentul optimizat cu stoparea terapiilor ineficiente, încercarea unor noi abordări ce nu au fost deja considerate. Controlând factorii de risc, comorbiditățile, aderența la tratament, se oferă suport pacienților cu astm sever, iar prin noile studii se concep abordări țintite ce vizează citokine, enzime și căi celulare.

Obiectiv: Identificarea medicamentelor utilizate în prezent pentru tratamentul pacienților cu astm bronșic fenotip T2-low și prezentarea noilor abordări farmacoterapeutice în studiu.

Material și metodă: Căutare în bazele de date PubMed, ScienceDirect folosind cuvintele cheie „astm bronșic sever", „fenotip T2-low", „astm refractar", '„ținte medicamentoase în astmul T2-low", în ultimii 10 ani.

Rezultate și discuții: Pornind de la glucocorticosteroizi, bronhodilatatoare (β2 agoniști, anticolinergice), antibioterapie (Azitromicină), la terapie țintită precum tezepelumab (anti TSLP), dupilumab (anti IL-4R, IL-13R) în prezent au încheiat trialuri clinice de fază II Secukinumab (anti IL-17A), Astegolimab (anti IL-33) – cu rezultate promițătoare, Etanercept (inhibitor TNF), Risankizumab (IL-23)- fără beneficii; trial de fază I Canakinumab (anti IL-1β); în fază experimentală Maraviroc (inhibitor receptori chemotactici CCL5/CCR5) ca țintă în AB cu fenotipuri T2-low și T2-high.

Concluzii: Pacienții cu AB cu fenotip inflamator T2-low prezintă opțiuni limitate de tratament în prezent, iar studiile clinice viitoare pot reprezenta o opțiune personalizată de tratament, inclusiv pentru înrolare în acestea.

THE PHENOTYPE OF PATIENTS WITH SEVERE ASTHMA – ARE PHARMACOTHERAPEUTIC TARGETS IN THE ABSENCE OF T2 INFLAMMATION A CHALLENGE?

Introduction: Bronchial asthma (BA) affects 300 million people worldwide. The treatment of patients with severe asthma, 3-10% of BA patients, is a challenge for clinicians. Determining the phenotype of patients with severe asthma may lead to a lack of evidence for persistent type 2 inflammation (T2-low phenotype), in which case disease management is reassessed, treatment is optimized by discontinuing ineffective therapies, and new approaches that have not already been considered are tried. By controlling risk factors, comorbidities, and treatment adherence, support is provided to patients with severe asthma, and new studies are designing targeted approaches targeting cytokines, enzymes, and cellular pathways.

Objective: To identify the drugs currently used to treat patients with T2-low phenotype bronchial asthma and to present new pharmacotherapeutic approaches under study.

Material and method: Search in PubMed and ScienceDirect databases using the keywords „severe bronchial asthma", „T2-low phenotype", „refractory asthma", „drug targets in T2-low asthma" over the last 10 years.

Results and discussion: Starting with glucocorticosteroids, bronchodilators (β2 agonists, anticholinergics), antibiotic therapy (Azithromycin), to targeted therapy such as tezepelumab (anti-TSLP), dupilumab (anti-IL-4R, IL-13R), phase II clinical trials have now been completed for secukinumab (anti-IL-17A), astegolimab (anti-IL-33) – with promising results, etanercept (TNF inhibitor), Risankizumab (IL-23) – with no benefits; phase I trial Canakinumab (anti-IL-1β); in experimental phase Maraviroc (CCL5/CCR5 chemotactic receptor inhibitor) as a target in AB with non-Th2 and overlapping Th2 phenotypes.

Conclusions: Patients with AB with a low type 2 inflammatory phenotype currently have limited treatment options, and future clinical trials may represent a personalized treatment option, including enrollment in these trials.

SUMAR

TUBERCULOZA ENDOBRONȘICĂ: UN DIAGNOSTIC DIFICIL ÎN CONTEXTUL UNEI SIMPTOMATOLOGII RESPIRATORII PERSISTENTE

Raluca Mureșan[1,2], Mădălina Vava[1], Cristina Bocșan[1,2], Bianca Domokos[1,2], Doina Adina Todea[1,2]

[1] *Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie „Leon Daniello", Cluj-Napoca*
[2] *Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Haţieganu", Cluj-Napoca*

Introducere: Tuberculoza endobronșică este o formă rară și adesea subdiagnosticată a tuberculozei pulmonare, care poate mima alte patologii respiratorii precum astmul bronșic sau bronhopneumoniile trenante. Diagnosticarea timpurie este esențială pentru prevenirea complicațiilor și pentru inițierea rapidă a tratamentului specific.

Descrierea cazului: Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 42 de ani, nefumătoare, fără expunere profesională la noxe respiratorii și fără alergii documentate, cunoscută cu astm bronșic recent diagnosticat. Aceasta s-a prezentat cu dispnee la efort, tuse seacă intermitent productivă, stridor inspirator și scăderea toleranței la efort, simptomatologie persistentă în ciuda tratamentului antibiotic efectuat anterior. Examinarea clinică și investigațiile paraclinice nu au prezentat modificări notabile. Explorarea prin fibrobronhoscopie a evidențiat secreții purulente, alb-gălbui, aderente, localizate de la nivelul bronșiei principale drepte până la nivelul bronșiei lobare inferioare drepte și a segmentarelor acestora; de asemenea, mucoasa prezenta aspect inflamator, ridicând suspiciunea unei tuberculoze endobronșice. Frotiul BAAR din aspiratul bronșic și testarea moleculară GeneXpert au fost pozitive. De asemenea, examenul histopatologic al fragmentelor bioptice a prezentat arii extinse de necroză, cu rare modificări ce pot susține prezența unor celule gigante multinucleate reactive. S-a inițiat tratament antituberculos regim standard, pe care pacienta l-a tolerat bine, fără reacții adverse notabile.

Discuţii: Cazul subliniază dificultatea diagnosticului diferențial al unei simptomatologii respiratorii persistente la o pacientă fără factori de risc pentru tuberculoză. Inițial, a fost diagnosticată cu bronhopneumonie trenantă asociată cu astm bronșic, întârziind stabilirea etiologiei reale. Persistența simptomatologiei și lipsa răspunsului la tratamentul antibiotic au impus investigații suplimentare, iar fibrobronhoscopia, examenul aspiratului bronșic și examenul histopatologic al pieselor bioptice au dus la stabilirea etiologiei și la începerea tratamentului specific.

Concluzii: Cazul evidențiază importanța luării în considerare a tuberculozei în diagnosticul diferențial al simptomatologiei respiratorii persistente, chiar în absența factorilor clasici de risc. Fibrobronhoscopia și testarea moleculară au fost esențiale pentru diagnostic și instituirea tratamentului specific.

ENDOBRONCHIAL TUBERCULOSIS: A DIFFICULT DIAGNOSIS IN THE CONTEXT OF PERSISTENT RESPIRATORY SYMPTOMS

Introduction: Endobronchial tuberculosis is a rare and often underdiagnosed form of pulmonary tuberculosis that can mimic other respiratory conditions such as bronchial asthma or chronic bronchopneumonia. Early diagnosis is essential to prevent complications and to initiate specific treatment promptly.

Case description: We present the case of a 42-year-old female patient, a non-smoker, with no occupational exposure to respiratory toxins and no documented allergies, who had recently been diagnosed with bronchial asthma. She presented with exertional dyspnea, intermittent dry productive cough, inspiratory stridor, and decreased exercise tolerance, with persistent symptoms despite previous antibiotic treatment. Clinical examination and paraclinical investigations showed no significant changes. Bronchoscopy revealed purulent, yellowish-white, adhesive secretions from the right main bronchus to the right lower lobe bronchus and its segments, with an inflamed mucosa, raising suspicion of endobronchial tuberculosis. The acid-fast bacillus (AFB) smear from the bronchial aspirate and GeneXpert molecular testing were positive. Histopathological examination of the biopsy samples showed extensive areas of necrosis, with rare changes supporting the presence of multinucleated giant cells. Standard anti-tuberculosis treatment was initiated, which the patient tolerated well, with no notable adverse reactions.

Discussion: This case highlights the difficulty of differential diagnosis of persistent respiratory symptoms in a patient without risk factors for tuberculosis. Initially, she was diagnosed with chronic bronchopneumonia associated with asthma, delaying the identification of the true etiology. The persistence of symptoms and lack of response to antibiotic treatment led to further investigations. Bronchoscopy, bronchial aspirate examination, and histopathological analysis of biopsy specimens helped determine the etiology and initiate specific treatment.

Conclusions: This case emphasizes the importance of considering tuberculosis in the differential diagnosis of persistent respiratory symptoms, even in the absence of classic risk factors. Bronchoscopy and molecular testing were essential in the diagnostic process and in the initiation of specific treatment.

SUMAR

SERIE DE CAZURI DE BRONȘIOLITĂ OBLITERANTĂ IDIOPATICĂ LA ADULȚI: PERSPECTIVE ASUPRA UNEI AFECȚIUNI RARE

Ștefania-Florina Oprea[1,2], Ionela Belaconi[1,2], Diana Leonte[1,2], Ștefan Dumitrache-Rujinski[1,2], Claudia-Lucia Toma[1,2]

[1]Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta", București
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București

Introducere: Bronșiolita obliterantă reprezintă o afecțiune pulmonară obstructivă rară cauzată de un proces inflamator și fibroproliferativ la nivelul căilor respiratorii mici. Etiologia este complexă, iar evoluția este imprevizibilă și foarte puțin înțeleasă.

Descrierea cazurilor: Vor fi prezentați trei pacienți diagnosticați cu bronșiolită obliterantă idiopatică în Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta" din București, în perioada 2016-2025. Vârsta pacienților este cuprinsă între 30 și 68 de ani, iar prezentarea acestora în clinică a fost asemănătoare, cu dispnee la eforturi mici și fatigabilitate. Toți cei 3 pacienți prezintă disfuncție ventilatorie obstructivă severă, cu desaturare semnificativă la testul de mers 6 minute. În cazul a doi dintre pacienți, diagnosticul a fost confirmat imagistic prin tomografie computerizată de torace inspir-expir, iar în cazul celui de-al treilea, s-a recurs la biopsie pulmonară cu diagnostic histopatologic. Tratamentul a constat în administrare de corticoterapie orală și inhalatorie, la care s-a asociat, la unul dintre pacienți, și tratament de lungă durată cu azitromicină administrată intermitent, cu rol imunomodulator. Evoluția pacienților a fost heterogenă, doi dintre aceștia au răspuns favorabil la tratamentul corticoterapic cu probe respiratorii și dispnee relativ constante, în timp la al treilea pacient simptomatologia s-a agravat progresiv, cu declin al funcției pulmonare și deces.

Discuţii: Bronșiolita obliterantă idiopatică este dificil de diagnosticat și gestionat, având prezentări clinice nespecifice. Confirmarea necesită investigații imagistice și uneori histopatologice. Evoluția diferită a pacienților reflectă caracterul imprevizibil al bolii și limitele terapeutice actuale. Corticoterapia rămâne opțiunea de primă linie, însă răspunsul este variabil.

Concluzii: Această afecțiune rară, adesea subdiagnosticată, necesită o abordare multidisciplinară și monitorizare atentă. Identificarea precoce și terapiile personalizate pot îmbunătăți prognosticul, însă sunt necesare studii suplimentare pentru definirea strategiilor optime de tratament.

CASE SERIES OF IDIOPATHIC BRONCHIOLITIS OBLITERANS IN ADULTS: INSIGHTS INTO A RARE CONDITION

Introduction: Bronchiolitis obliterans is a rare obstructive pulmonary disorder characterized by inflammatory and fibroproliferative processes affecting the small airways. Its etiology is complex, and its clinical course remains poorly understood and unpredictable.

Case description: We present three adult patients diagnosed with idiopathic bronchiolitis obliterans at the „Marius Nasta" Institute of Pulmonology, Bucharest, between 2016 and 2025. Patients' ages ranged from 30 to 68 years. Clinical presentation was similar, consisting of exertional dyspnea and fatigue. All three exhibited severe obstructive ventilatory impairment with significant oxygen desaturation during the six-minute walk test. In two patients, the diagnosis was confirmed by inspiratory–expiratory chest computed tomography, while in the third case, lung biopsy and histopathological analysis were required. Treatment included systemic and inhaled corticosteroids; in one case, long-term intermittent azithromycin therapy with immunomodulatory effect was also administered. Outcomes varied: two patients responded favorably, showing relatively stable respiratory function and dyspnea, while the third experienced progressive worsening, culminating in pulmonary decline and death.

Discussion: The diagnosis and management of idiopathic bronchiolitis obliterans are particularly challenging, as the disease often presents with subtle and non-specific symptoms. Confirmation relies on imaging studies and, in some cases, histopathology. The heterogeneous evolution observed in our patients underscores the unpredictable nature of the disease and the limitations of current therapies. Corticosteroids remain the mainstay of treatment, yet responses are inconsistent.

Conclusions: This rare and frequently underdiagnosed condition requires a multidisciplinary approach and close monitoring. Early identification and tailored therapeutic strategies may improve prognosis. However, further studies are needed to establish evidence-based treatment protocols and optimize long-term outcomes.

SUMAR

TUMORA FIBROASĂ PLEURALĂ RECIDIVANTĂ – PREZENTARE DE CAZ

Alexandra Paraschiv, Teodora-Oana Iordache, Elena-Doina Magheran, Vasile Grigorie, Daniel Moraru, Ana-Luiza Iorga

Institutul Naţional de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”, București

Introducere: Tumorile fibroase solitare reprezintă mai puțin de 5% din totalitatea neoplaziilor pleuro-pulmonare și se manifestă predominant la pacienții vârstnici, de obicei în decada a șasea și a șaptea de viață. Nu a fost demonstrată nicio asociere cu expunerea profesională la radiații ionizante, tutun, azbest ori alți agenți toxici și nu există factori de risc predispozanți documentați.

Descrierea cazului: Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 78 de ani, nefumătoare, fără expunere profesională la noxe cu impact respirator, cunoscută cu bronșiectazii minime bilaterale și antecedente chirurgicale în urmă cu 10 ani pentru o tumoră fibroasă solitară (SFT) pleurală gigantă de 19/11/11 cm localizată parietal posterolateral în contact cu lobii superior și inferior drepți, care se prezintă la camera de gardă pentru dispnee la eforturi medii și junghi toracic drept, simptomatologie agravată în ultima lună. Tomografia computerizată indică o formațiune tumorală rotund-ovalară, neomogenă, în contact cu pleura, cu contur regulat și dimensiuni de 12/12/10 cm la nivelul lobului inferior drept. Se practică bronhoscopie la nivelul subsegmentarelor bazale drepte care evidențiază o mică denivelare a mucoasei, însă nu s-a putut realiza biopsia întrucât vascularizația era accentuată, cu caracter ușor pulsatil. Astfel, este propusă către biopsie pulmonară transparietală sub ghidaj tomografic. Examenul histopatologic relevă celule fuziforme uniforme, cu desen storiform, vase ramificate „în coarne de cerb” și absența ariilor de necroză. Testele imunohistochimice pozitive pentru CD34 și STAT6 pledează pentru diagnosticul de SFT cu risc intermediar (scor Demicco 5 puncte). Se intervine chirurgical prin tumorectomie, decelându-se o formațiune polilobată de 500g, cu pedicul atașat de pleura parietală, fără infiltrare tumorală pulmonară locală.

Discuţii: Particularitatea cazului constă în recidiva tumorală la un interval de 10 ani de la rezecția inițială. Conform literaturii de specialitate, doar o treime dintre SFT apar la nivelul pleurei parietale, iar riscul de recidivă postoperatorie este estimat la 9%, cu o incidență crescută în rândul pacientelor de sex feminin.

Concluzii: Tumorile fibroase solitare pulmonare reprezintă entități rare, cu potențial de recurență chiar și la intervale foarte mari de timp după rezecție. Monitorizarea imagistică de lungă durată este esențială pentru detectarea precoce a recidivelor și pentru optimizarea managementului terapeutic.

RECURRENT SOLITARY FIBROUS TUMOR OF THE PLEURA – CASE REPORT

Introduction: Solitary fibrous tumors account for less than 5% of all pleuro-pulmonary neoplasms and occur predominantly in elderly patients, typically in the sixth and seventh decades of life. No association has been demonstrated with occupational exposure to ionizing radiation, tobacco smoke, asbestos, or other toxic agents, and no predisposing risk factors have been documented.

Case description: We report the case of a 78-year-old woman, non-smoker, with no history of occupational respiratory exposure, known to have mild bilateral bronchiectasis and a history of surgery 10 years earlier for a giant solitary fibrous tumor (19 × 11 × 11 cm) arising from the parietal pleura in the right posterolateral hemithorax, in contact with the upper and lower lobes. She presented to the emergency department with moderate exertional dyspnea and right-sided thoracic pain, symptoms that had worsened over the past month. Computed tomography revealed a well-circumscribed, heterogeneous, round-ovoid pleural-based mass with regular margins measuring 12 × 12 × 10 cm, adjacent to the right lower lobe. Bronchoscopy at the level of the basal subsegmental bronchi showed a slight mucosal irregularity; however, biopsy was not performed due to marked, mildly pulsatile vascularization. The patient was therefore referred for CT-guided percutaneous transthoracic lung biopsy. Histopathological examination showed a proliferation of uniform spindle cells arranged in a storiform pattern, with branching "staghorn" vessels and no necrotic areas. Immunohistochemistry was positive for CD34 and STAT6, supporting the diagnosis of an intermediate-risk SFT (Demicco risk score: 5 points). Surgical resection (tumorectomy) was performed, revealing a 500 g multilobulated mass with a pedicle attached to the parietal pleura and no evidence of local pulmonary invasion.

Discussion: The notable feature of this case is the late recurrence of an SFT, 10 years after initial resection of a giant pleural tumor. According to the literature, only one-third of SFTs arise from the parietal pleura, and postoperative recurrence risk is estimated at approximately 9%, with a higher incidence reported in female patients.

Conclusions: SFTs of the pleura are rare entities with potential for very late recurrence, even more than a decade after complete resection. Long-term imaging surveillance is essential for early detection of relapse and optimization of therapeutic management.

SUMAR

DIAGNOSTIC ÎNTÂRZIAT: DEFICITUL DE ALFA-1 ANTITRIPSINĂ SUB MASCA ASTMULUI

Bianca Piluța[1], Daiana Kovacs[1], Ana Albu[1], Nicoleta Ștefania Motoc[1,2], Doina Adina Todea[1,2]

[1]Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie „Leon Daniello", Cluj-Napoca
[2]Disciplina Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Haţieganu", Cluj-Napoca

Introducere: Deficitul de alfa-1 antitripsină este o afecțiune rară ce se caracterizează prin niveluri serice scăzute de alfa-1 antitripsină sau valori în limite normale, însă cu prezența mutației genei SERPINA 1 de la nivelul cromozomului 14.

Prezentarea cazului: Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 47 de ani, fostă fumătoare, cu expunere la pulberi organice, cunoscută astmatică de aproximativ 20 de ani, cu tratament bronhodilatator sub care se menține simptomatică (dispnee la efort, tuse seacă) în ciuda controlului factorilor declanșatori.

Examenul obiectiv este fără modificări semnificative, doar SpO2= 91% în aer ambiental și în repaus.

CT torace evidențiază emfizem bulos bilateral.

Din punct de vedere funcțional respirator se evidențiază disfuncție ventilatorie mixtă severă.

Se ridică suspiciunea de deficit de alfa-1 antitripsină și se dozează nivelul seric al acesteia: nivel foarte scăzut. Se efectuează consult genetic cu secvențierea completă a genei SERPINA 1 (genotip Pi*z null heterozigot MZ).

Discuţii: Particularitatea cazului i se datorează faptului că un sindrom bronho-obstructiv la o pacientă tânără, fără comorbidități asociate, care se menține simptomatică în ciuda tratamentului bronhodilatator, interpretat ca un astm bronșic necontrolat, necesită investigații suplimentare.

Concluzii: Având în vedere aspectele clinice (dispnee la efort, tuse seaca, SpO2=91% în aa), paraclinice (valoare serică scăzută a alfa 1 antitripsinei), imagistice şi testarea genetică se stabilește diagnosticul de emfizem bulos extins confirmat cu deficit de alfa 1 antitripsina fenotip PI*Z null.

DELAYED DIAGNOSIS: ALPHA-1 ANTITRYPSIN DEFICIENCY UNDER THE GUISE OF ASTHMA

Introduction: Alpha-1 antitrypsin deficiency is a rare condition characterized by low serum levels of alpha-1 antitrypsin or values within normal limits, but with the mutation of the SERPINA 1 gene on chromosome 14.

Case presentation: We present the case of a 47-year-old patient, former smoker, with exposure to organic dust, known asthmatic for approximately 20 years, with bronchodilator treatment under which she remains symptomatic (dyspnea on exertion, dry cough) despite the control of the triggering factors.

The objective examination is without significant changes, only SpO2 = 91% in ambient air at rest.

Chest CT reveals bilateral bullous emphysema.

From a respiratory functional point of view, severe mixed ventilatory dysfunction is revealed.

Alpha-1 antitrypsin deficiency is suspected, and its serum level is measured: very low. Genetic consultation is performed with complete sequencing of the SERPINA 1 gene (Pi*z null heterozygous MZ genotype).

Discussions: The particularity of the case is represented by the fact that broncho-obstructive syndrome in a young patient, without associated comorbidities, who remains symptomatic despite bronchodilator treatment, interpreted as uncontrolled bronchial asthma requires further investigations.

Conclusions: Considering the clinical aspects (dyspnea on exertion, dry cough, SpO2=91% in aa), paraclinical (low serum value of alpha 1 antitrypsin), imaging and genetic testing, the diagnosis of extensive bullous emphysema confirmed with alpha 1 antitrypsin deficiency PI*Y null phenotype is established.

SUMAR

RECUPERAREA RESPIRATORIE ÎN ERA POST-COVID-19: LECȚII ÎNVĂȚATE ȘI DIRECȚII VIITOARE

Paraschiva Postolache[1,2], Constantin Ghimuș[1,3], Vlad-Florin Oiegar[1,4], Calina-Florina Oiegar[5]

[1]*Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa", Iași*
[2]*Secţia Clinică Recuperare Medicală Respiratorie, Spitalul Clinic de Recuperare, Iași*
[3]*Spitalul Judeţean de Urgenţă, Vaslui*
[4]*Spitalul Universitar de Urgenţă Elias, București*
[5]*Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta", București*

Context: Sindromul post-COVID-19 se referă la simptomatologia apărută între 4 și 12 săptămâni după infecția COVID-19 și poate persista săptămâni, luni sau chiar ani. Cele mai frecvente și potențial debilitante simptome sunt dispneea, fatigabilitatea, mialgii, artralgii, tulburări de somn, dar sistemele cardiovascular, nervos și renal pot fi de asemenea afectate. Recuperarea respiratorie (RR) s-a dovedit a fi un aspect esențial în managementul bolii, cu efecte favorabile asupra sistemului cardiovascular, metabolismului, sistemului respirator și muscular periferic, mecanicii pulmonare și asupra statusului mental al pacienților.

Metode: Căutarea în literatura de specialitate a fost efectuată în următoarele baze de date: PubMed, Embase, Cochrane, Web of Science, până în septembrie 2025. Au fost incluse studii clinice randomizate în care participanții adulți au beneficiat de intervenția RR, efectuată în spital sau la domiciliu prin telemedicină. Un total de 2262 de pacienți cu sindrom post-COVID-19 au fost incluși în cele 20 de studii care au îndeplinit criteriile de includere/excludere.

Rezultate: Rezultatele obținute în studiile incluse sunt evaluate pe baza următoarelor variabile: capacitatea de efort (testele 6MWT, CPET, ISWT, Ruffier), dispnee (scala mMRC, BDI, TDI), oboseală (FSS, CFS, PFI), funcția pulmonară (FEV1, FVC, FEV1/FVC, DLCO), anxietate și depresie (chestionarele HADS-A/D , GAD-7) și calitatea vieții (chestionarele SF-12, SF-36, EQ-5D-5L). Recuperarea respiratorie a avut un efect pozitiv asupra tuturor variabilelor clinice și funcționale studiate, cu rezultate heterogene în ceea ce privește parametrii funcției pulmonare.

Concluzie: În ciuda necesității unui protocol specific de recuperare respiratorie în sindromul post-COVID-19, din această review reiese clar că un program de RR bine structurat, care include atât exerciții aerobice și de forță musculară, cât și tehnici de respirație și antrenament al mușchilor respiratori, a reprezentat cea mai eficientă formă de tratament.

RESPIRATORY REHABILITATION IN THE POST-COVID-19 ERA: LESSONS LEARNED AND FUTURE DIRECTION

Background: The post-COVID-19 syndrome refers to the symptomatology that appears between 4 to 12 weeks after COVID-19 infection and can persist for weeks, months or even years. Common and potentially debilitating symptoms of post-COVID-19 syndrome include dyspnea, fatigue, muscle and joint paint and sleep disturbances, but the cardiovascular, nervous and renal systems can also be impaired. Pulmonary rehabilitation (PR) has proved to be an essential aspect in managing the disease, having favorable effects on the cardiovascular system, metabolism, respiratory and peripheral muscles, lung mechanics and psychological condition of the patient.

Methods: The literature search was conducted in the following databases: PubMed, Embase, Cochrane, Web of Science, until September 2025. Randomized clinical trials were included in which adult participants received PR as intervention, conducted in hospital or home-based via telemedicine, one study including virtual reality based exercise training. A total of 2262 patients with post-COVID-19 syndrome were included in the 20 studies which met the inclusion/exclusion criteria.

Results: The outcomes obtained are assessed across the following variables: Exercise capacity (6MWT, CPET, ISWT, Ruffier tests), Dyspnea (mMRC scale, BDI, TDI), fatigue (FSS,CFS, PFI), Pulmonary function (FEV1, FVC, FEV1/FVC, DLCO), Anxiety and Depression (HADS-A/D , GAD-7 questionnaires) and Quality of life (SF-12, SF-36, EQ-5D-5L questionnaires). The review found that PR had a positive effect on all studied clinical and functional variables, with heterogenous results regarding pulmonary function parameters.

Conclusion: Despite the need of a specific pulmonary rehabilitation protocol for post-COVID19 syndrome, this review states that a well-structured PR program which incorporates both aerobic and muscular strength exercises along with breathing techniques and respiratory muscle training was the most effective form of treatment.

SUMAR

ABORDAREA HIPOVENTILAȚIEI ALVEOLARE LA PACIENTUL CU PATOLOGIE NEUROMUSCULARĂ, OBEZITATE SEVERĂ ȘI COMORBIDITĂȚI

Filip Radu[1], Ștefan Dumitrache-Rujinski[1,2], Claudia Toma[1,2]

[1] *Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta", București*
[2] *Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București*

Introducere: Patologia neuromusculară progresivă se asociază cu hipoventilație alveolară/ insuficiență respiratorie hipercapnică, în prezența unui parenchim pulmonar indemn. La pacienții cu comorbidități este necesară titrarea atentă a ventilației non-invazive, respectiv stabilirea indicației de oxigenoterapie.

Descrierea cazului: Pacient 31 de ani, nefumător, cu distrofie musculară Duchenne și obezitate morbidă (IMC=40kg/mp), este admis în secția ATI pentru acidoză respiratorie, tulburări de ritm cardiac și retenție hidrosalină importantă. Sub ventilație-non-invazivă (VNI), oxigenoterapie, tratament diuretic și implantare stimulator cardiac, este stabilizat și transferat serviciului de pneumologie pentru evaluare de specialitate.

La prezentare: pacient conștient, cu autonomie sever limitată, SpO_2=80% supin/92% în șezut, stază cardiacă pulmonară și sistemică. Analiza schimburilor gazoase sangvine obiectivează acidoză respiratorie compensată metabolic (pH=7.37, $PaCO_2$=86mmHg, HCO_3=49mmol/L). Se inițiază VNI nocturnă (BPAP S/T, mască oronazală cu pierderi aeriene calculate), fără oxigenoterapie adițională pe circuit, cu evoluție rapid favorabilă a parametrilor gazometriei (pH=7,41, $PaCO_2$=61mmHg).

Pulsoximetria continuă sub VNI decelează persistența hipoxemiei nocturne continue și prezența desaturărilor intermitente sugestive pentru apnee în somn de tip obstructiv, necorectate în totalitate la creșterea parametrilor de ventilație, până la limita de toleranță a pacientului.

Se inițiază oxigenoterapie adițională pe circuit, pulsoximetria continuă confirmând obținerea unor saturații medii nocturne satisfăcătoare, fără agravarea hipercapniei (verificat prin recoltarea gazometriei la trezire). Pacientul este externat, cu indicație de scădere ponderală, terapie pozițională și continuarea ventilației non-invazive și oxigenoterapiei.

Discuţii: La pacientul neuromuscular cu parenchim pulmonar indemn (nefumător, fără patologie respiratorie cunoscută), asocierea comorbidităților precum obezitatea severă, apneea în somn de tip obstructiv și staza pulmonară, pot face dificilă corectarea hipoxemiei doar prin utilizarea ventilației non-invazive. Adăugarea oxigenoterapiei pe circuitul de ventilație, cu monitorizarea hipercapniei, poate fi benefică.

Concluzie: Insuficiență respiratorie hipercapnică la un pacient neuromuscular cu comorbidități importante, ce a necesitat titrare pe parcursul mai multor nopți a parametrilor de ventilație non-invazivă și oxigenoterapie adițională pe circuitul de VNI.

THE MANAGEMENT OF ALVEOLAR HYPOVENTILATION IN PATIENT WITH NEUROMUSCULAR DISEASE, SEVERE OBESITY, AND COMORBIDITIES

Introduction: Progressive neuromuscular disease is associated with alveolar hypoventilation/hypercapnic respiratory failure, in the presence of preserved lung parenchyma. In patients with comorbidities, careful titration of non-invasive ventilation (NIV) and assessment of oxygen therapy indication are required.

Case description: A 31-year-old male, non-smoker, with Duchenne muscular dystrophy and morbid obesity (BMI=40kg/m^2), was admitted to ICU with respiratory acidosis, cardiac arrhythmias, and severe fluid retention. Under NIV, oxygen therapy, diuretics, and pacemaker implantation, the patient was stabilized and transferred to the Pulmonology Department for further evaluation.

On admission: conscious, severely limited autonomy, SpO_2=80% supine/92% sitting, pulmonary and systemic congestion. Arterial blood gases showed compensated respiratory acidosis (pH=7.37, $PaCO_2$=86mmHg, HCO_3=49mmol/L). Nocturnal NIV was initiated (BPAP S/T, oronasal mask with calculated leaks), without supplemental oxygen, with rapid improvement (pH=7.41, $PaCO_2$=61mmHg).

Continuous overnight pulse oximetry under NIV revealed persistent nocturnal hypoxemia and intermittent desaturations suggestive of obstructive sleep apnea, not fully corrected despite increased ventilatory settings to the patient's tolerance limit.

Supplemental oxygen was then added to the circuit. Continuous pulse oximetry confirmed satisfactory nocturnal oxygenation without worsening hypercapnia (verified by morning blood gases). The patient was discharged with recommendations for weight loss, positional therapy, and continuation of NIV with supplemental oxygen.

Discussion: In neuromuscular patients with preserved lung parenchyma (non-smokers, without known respiratory pathologies), comorbidities such as severe obesity, obstructive sleep apnea, and pulmonary congestion may hinder correction of hypoxemia with NIV alone. Adding oxygen to the ventilatory circuit, with careful hypercapnia monitoring, may be beneficial.

Conclusion: Hypercapnic respiratory failure in a neuromuscular patient with major comorbidities, requiring several nights of NIV titration and supplemental oxygen therapy for optimal management.

SUMAR

PROTEINOZĂ ALVEOLARĂ DIAGNOSTICATĂ LA PACIENTĂ CU SUSPICIUNE DE LONG COVID

Ioana Savaniu[1], Ramona Nedelcu[1], Aura Silvia Simbotin[1], AnaMaria Avrămoiu[1], Octavian-Andrei Mălîia[1], Elena-Adelina Asevoaie[1], Nicoleta Vârtejaru[2], Florin Dumitru Mihălțan[1,3]

[1]Secţia Clinică Pneumologie III, Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta", București
[2]Laborator Endoscopie Bronșică, Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta", București
[3]Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București

Introducere: Proteinoza alveolară (PAP) este o afecțiune rară, marcată de acumularea de material lipoproteinic în alveole, cu impact asupra schimburilor gazoase și funcției respiratorii. Diagnosticul este adesea dificil la pacienți cu infecții repetate SARS-CoV-2, fiind confundat cu sechele postvirale.

Caz clinic: Pacientă de 51 de ani, fostă fumătoare (15PA), cu obezitate, hipertensivă și astm bronșic controlat terapeutic, se prezintă pentru tuse seacă, constricție toracică, dispnee de efort și somnolență diurnă, simptome persistente post infecție cu SARS-CoV-2. CT torace a evidențiat aspect de „crazy paving", asociat cu zone de „geam mat" bilateral. Bronhoscopia cu lavaj bronhoalveolar efectuată în LSS-lingulă a pus în evidență corpusculi proteinacei PAS-pozitivi confirmând diagnosticul de PAP. Asociind tulburări de respirație în timpul somnului, s-a montat poligraful nocturn care a confirmat SASO moderat (IAH=16/h), inițiindu-se terapia cu CPAP =10 cmH2O. S-a demonstrat faptul că infecția COVID a favorizat diagnosticarea unor patologii subiacente, însă accesul restricționat la serviciile de sănătate din timpul pandemiei a avut impact asupra prognosticului.

Discuţii: Proteinoza alveolară rămâne o afecțiune dificil de recunoscut, fiind frecvent confundată cu patologii respiratorii suprapuse. În acest caz, manifestările clinice au mimat o viroză respiratorie, iar leziunile imagistice au fost inițial atribuite unui long COVID. S-a descris în literatura de specialitate faptul că infecția SARS-CoV-2 poate declanșa debutul PAP prin afectarea funcției macrofagelor alveolare, urmată de răspuns imun aberant, inflamație și remodelare, favorizând acumularea de material proteinaceu în alveole.

Concluzii: Tratamentul standard pentru PAP rămâne lavajul pulmonar total, temporizat în contextul unei simptomatologii minime și a toleranței bune la efort. Totuși suprapunerea afecțiunilor care determină hipoxemie (astm bronșic, SASO) reduc rezerva respiratorie și cresc riscul de exacerbări frecvente. Prognosticul și supravietuirea pe termen lung sunt favorabile cu condiția aderentei/ complianței terapeutice și monitorizarea frecventă.

PULMONARY ALVEOLAR PROTEINOSIS DIAGNOSED IN A PATIENT SUSPECTED WITH LONG COVID

Introduction: Alveolar proteinosis (PAP) is a rare condition characterized by the accumulation of lipoprotein material in the alveoli, affecting gas exchange and respiratory function. Diagnosis is often difficult in patients with repeated SARS-CoV-2 infections, as it is confused with post-viral sequelae.

Clinical case: A 51-year-old female ex-smoker (15PA), with obesity, hypertension and controlled therapeutic asthma, presents with dry cough, chest constriction, exertional dyspnoea and diurnal somnolence, persistent symptoms post SARS-CoV-2 infection. A CT scan of the chest revealed an appearance of „crazy paving", associated with zones of „foggy glass" on both sides. Bronchoscopy with bronchoalveolar lavage performed in the lingula revealed proteinaceous particles PAS-positive, confirming the diagnosis of PAP. Given the respiratory disturbances during sleep, a nocturnal polysomnogram was performed, which confirmed moderate SAS (IAH = 16/h), and CPAP therapy was initiated at 10 cmH_2O. It has been demonstrated that the SARS-CoV-2 infection facilitated the diagnosis of underlying pathologies, however, restricted access to healthcare services during the pandemic has impacted the prognosis.

Discussions: Alveolar proteinosis remains a difficult condition to recognize, as it is often confused with overlapping respiratory pathologies. In this case, the clinical manifestations mimicked a respiratory virus, and the imaging lesions were initially attributed to long COVID. It has been described in the literature that SARS-CoV-2 infection can trigger the onset of PAP by impairing alveolar macrophage function, followed by an aberrant immune response, inflammation, and remodelling, favouring the accumulation of proteinaceous material in the alveoli.

Conclusions: The standard treatment for PAP remains total lung lavage, delayed in the context of minimal symptoms and good exercise tolerance. However, the overlap of conditions that cause hypoxemia (asthma, OSA) reduces respiratory reserve and increases the risk of frequent exacerbations. Prognosis and long-term survival are favourable provided there is therapeutic adherence/compliance and frequent monitoring.

SUMAR

COMBINAȚIA NEFASTĂ DINTRE SARCOIDOZĂ ȘI ASPERGILOZĂ

Aura-Silvia Sîmbotin, Ramona-Elena Nedelcu

Secţia Clinică Pneumologie III, Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta", București

Introducere: Sarcoidoza este o boală granulomatoasă sistemică ce afectează preponderent plămânii și poate evolua către fibroză pulmonară. Rămâne o boală enigmatică de etiologie incertă. Aspergilomul poate complica sarcoidoza fibrochistică sau cavitară. În prezent nu este posibil să se prevadă ce pacienți cu sarcoidoză pulmonară vor dezvolta cavit**ăţi**, fibroză sau aspergiloză.

Caz clinic: Bărbat de 37 de ani, nefumător, cu antecedente bacilare, diagnosticat la scurt timp de la încheierea tratamentului antituberculos cu sarcoidoză pulmonară și pericardică prin toracotomie, tratată 11 luni cu corticoterapie orală, sistată din cauza efectelor adverse (câștig ponderal, facies Cushingoid), aflat în prezent sub terapie imunosupresoare (Metrotrexat) și antifibrotică (Nintedanib), acuză simptomatologie respiratorie cvasipermanentă (dispnee la efort minim, tuse seacă) în contextul progresiei imagistice și funcționale pulmonare (disfuncție ventilatorie mixtă severă cu răspuns bronhodilatator parțial, interpretată ca „astma like"). Tomografic s-au descris pseudomase bilaterale cu excavație centrală, unele cu aspect de micetoame, diagnostic confirmat prin lavaj bronhoalveolar cu test PCR de Aspergilus.

Deși diagnosticul și tratamentul s-au inițiat precoce, boala continuă să fie progresivă cu prognostic rezervat și supraviețuire limitată în absența transplantului pulmonar.

Discuţii: În literatură este descrisă reacția sarcoidotică la Micobacterium Tuberculosis după încheierea tratamentului specific.

Sarcoidoza pulmonară evoluează sub forma pseudomaselor alveolare în 12-38% cazuri.

Aspergiloza cavitară pulmonară se asociază cu sarcoidoza în 3-12% din cazuri.

Particularitatea cazului este reprezentată de asocierea fatală între afectarea organică pulmonară severă cu implicare sistemică reprezentată de granuloamele pericardice (localizare rară – 12 % cazuri în literatura de specialitate) și aspergiloza pulmonară.

Concluzii: Managementul sarcoidozei pulmonare este o interacțiune complexă între caracteristicile bolii, impactul tratamentului și preferințele pacientului. Fiecare caz de sarcoidoză va avea un plan individualizat datorită heterogenității evoluției clinice, răspunsului la terapie, toleranța la efectele adverse ale terapiei precum și comorbiditățile asociate.

THE UNFORTUNATE COMBINATION OF SARCOIDOSIS AND ASPERGILLOSIS

Introduction: Sarcoidosis is a systemic granulomatous disease that mainly affects the lungs and can progress to pulmonary fibrosis. It remains an enigmatic disease of uncertain etiology. Aspergilloma can complicate fibrocystic or cavitary sarcoidosis. It is currently not possible to predict which patients with lung sarcoidosis will develop cavities, fibrosis, or aspergillosis.

Description of the case: A 37-year-old male, non-smoker, with a history of tuberculosis, shortly after completing anti-tuberculosis treatment, diagnosed with pulmonary and pericardial sarcoidosis by thoracotomy, treated for 11 months with oral corticosteroid therapy, discontinued due to side effects (weight gain, Cushingoid facies), currently undergoing immunosuppressive therapy (Methotrexate) and antifibrotic therapy (Nintedanib), complains of quasi-permanent respiratory symptoms (dyspnea on minimal exertion, dry cough) in context of imaging and pulmonary functional progression (severe mixed ventilatory dysfunction with partial bronchodilator response, interpreted as „asthma-like"). Tomography revealed bilateral pseudomass with central excavation, some with mycetoma appearance, diagnosis confirmed by bronchoalveolar lavage with Aspergillus PCR testing.

Although diagnosis and treatment were initiated early, the disease continues to be progressive with reserved prognosis and limited survival in the absence of lung transplantation.

Discussions: The literature describes the sarcoidotic reaction to Mycobacterium tuberculosis after completion of specific treatment.

Pulmonary sarcoidosis evolves with alveolar pseudomasses in 12-38% of cases.

Pulmonary cavitary aspergillosis is associated with sarcoidosis in 3-12% of cases.

The particularity of this case is represented by fatal association between severe pulmonary organic damage with systemic involvement represented by pericardial granulomas (rare localization – 12% of cases in the literature) and pulmonary aspergillosis.

Conclusions: The management of pulmonary sarcoidosis is a complex interaction between disease characteristics, treatment impact, and patient preferences. Each case of sarcoidosis will have an individualized plan due to the heterogeneity of clinical progression, response to therapy, tolerance to side effects of therapy, and associated comorbidities.

SUMAR

CAPCANE DE DIAGNOSTIC ALE BOLILOR GRANULOMATOASE PULMONARE – PREZENTARE DE CAZ

Maria-Jenica Șimon[1], Adriana Părău[1], Mioara-Ruxandra Râjnoveanu[1,2], Doina Todea[1,2]

[1] *Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie „Leon Daniello", Cluj-Napoca*
[2] *Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Haţieganu", Cluj-Napoca*

Introducere: Bolile pulmonare granulomatoase reprezintă un grup heterogen de afecțiuni, cu manifestări clinice și paraclinice variabile. Distincția dintre etiologiile infecțioase și cele neinfecțioase are adesea cel mai important rol și cel mai mare impact asupra conduitei terapeutice.

Caz clinic: Prezentăm cazul unei paciente de 74 de ani, fără comorbidități pulmonare, care acuză tuse seacă, febră, transpirații nocturne și scădere ponderală. Radiografia toracică evidențiază opacități localizate la nivelul lobului superior drept (LSD) și lobului inferior stâng (LIS), suspicionându-se un proces infecțios. S-a administrat tratament antibiotic empiric în asociere cu corticosteroid timp de 7 zile, fără răspuns clinic, motiv pentru care s-a efectuat computer tomografie toracică, care descrie mase cu necroză centrală în LSD și LIS. În completare, fibrobronhoscopia obiectivează un proces vegetant ulcero-necrotic la nivelul bronșiei primitive stângi, cu aspirat bronșic GeneXpert pozitiv, examen bacteriologic specific și micologic negative. Histopatologic, relevă infiltrat granulomatos cu necroză, fără încadrarea exactă a unei etiologii infecțioase sau autoimune a granuloamelor, pledând pentru o integrare în context clinic al cazului. Degradarea funcției renale și apariția anemiei agravate progresiv orientează diagnosticul către granulomatoză cu poliangeită (GPA), susținut ulterior de pozitivarea anticorpilor anticitoplasmatici ai neutrofilelor, cu tipar citoplasmatic (cANCA), și prezența de anticorpi anti-proteinază 3 (antiPR-3) în titru înalt. Pacienta este redirecționată către reumatologie. După două luni, culturile Mycobacterium tuberculosis au fost negative, sterilitatea lor pe mediul solid excluzând etiologia tuberculoasă.

Discuţii: GPA este o boală rară, cu prevalență de 3/100.000 și vârsta medie de diagnostic de 50 de ani. Între 80-95% dintre ANCA identificați în GPA prezintă un tipar citoplasmatic de imunofluorescență (c-ANCA) și sunt direcționați împotriva proteinazei 3. Acești anticorpi au o specificitate pentru GPA peste 95% și o sensibilitate de până la 95%.

Concluzii: Diagnosticul granulomatozelor reprezintă o provocare, impunând diagnostic diferențial cu afecțiuni cu prognostic diferit, dintre care vasculitele pulmonare reprezintă o urgență terapeutică.

DIAGNOSTIC PITFALLS OF PULMONARY GRANULOMATOUS DISEASES – CASE REPORT

Introduction: Granulomatous lung diseases represent a heterogeneous group of conditions with variable clinical and paraclinical manifestations. Distinguishing between infectious and non-infectious etiologies often plays the most important role and has the greatest impact on therapeutic management.

Case report: We present the case of a 74-year-old female patient, without pulmonary comorbidities, who presented with dry cough, fever, night sweats and weight loss. Chest X-ray revealed opacities in the right upper lobe (RUL) and the left lower lobe (LLL), raising suspicion of an infectious process. Empirical antibiotic therapy combined with corticosteroids was administered for 7 days, without clinical improvement, prompting chest CT, which demonstrated masses with central necrosis in the RUL and LLL. Bronchoscopy further revealed a vegetative ulceronecrotic lesion in the left main bronchus, with GeneXpert-positive bronchial aspirate, while specific bacteriological and mycological tests were negative. Histopathology showed granulomatous infiltrate with necrosis, without a clear classification as infectious or autoimmune, requiring integration into the clinical context. The onset of renal dysfunction and progressive anemia oriented the diagnosis toward granulomatosis with polyangiitis (GPA), later supported by positivity of antineutrophil cytoplasmic antibodies with cytoplasmic pattern (c-ANCA) and the presence of anti-proteinase 3 antibodies (anti-PR3) at high titer. The patient was referred to rheumatology. After two months, Mycobacterium tuberculosis cultures were negative, their sterility on solid medium excluding a tuberculous etiology.

Discussion: GPA is a rare disease, with a prevalence of 3/100,000 and a mean age at diagnosis of 50 years. Between 80–95% of ANCA identified in GPA show a cytoplasmic immunofluorescence pattern (c-ANCA) directed against proteinase 3. These antibodies have a specificity greater than 95% and a sensitivity of up to 95%.

Conclusions: The diagnosis of granulomatous lung diseases represents a challenge, requiring differential diagnosis with conditions of varying prognosis, among which pulmonary vasculitis constitutes a therapeutic emergency.

SUMAR

EVALUAREA RĂSPUNSULUI LA TRIPLA TERAPIE LA PACIENȚII PEDIATRICI CU FIBROZĂ CHISTICĂ PRIN SPIROMETRIE, TESTUL SUDORII ȘI TOMOGRAFIE COMPUTERIZATĂ TORACICĂ

Andreea-Valentina Stănică[1], Dana Maria Moșescu[2], Simona Moșescu[1], Anda Mincu[1], Alexandru Ulmeanu[1,2]

[1] *Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu", București*
[2] *Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București*

Introducere: Disponibilitatea terapiei combinate cu modulatori CFTR (*cystic fibrosis transmembrane conductance regulator*), elexacaftor-tezacaftor-ivacaftor (ETI), a îmbunătățit evoluția afectării pulmonare și calitatea vieții pacienților cu fibroză chistică. Scopul acestui studiu a fost de a evalua *modificările structurale bronhopulmonare* prin tomografie computerizată (CT) după 1 an de tratament ETI, cu ajutorul scorului Bhalla și de a *le corela cu parametrii răspunsului clinic.*

Metoda: Sstudiul este retrospectiv, observațional. 11 pacienți, cu vârsta sub 18 ani, au efectuat două evaluări CT consecutive, înainte și după un an de la inițierea tratamentului cu ETI. CT a fost evaluat folosind ***scorul Bhalla*** ce codifică: bronșiectazia, îngroșarea peribronșică, dopurile de mucus, bule, emfizem, condensări, atelectazii, corelat cu *numărul* de segmente pulmonare implicate si *generația* de bronhii afectate. Valorile sunt între 0 și 25, cu cât sunt mai mici, cu atât afectarea este mai severă. Scorul CT obținut s-a corelat cu: scăderea valorii testului sudorii, creșterea volumului expirator forțat în prima secundă ($ppFEV_1$), la un an de tratament ETI. S-a determinat de asemenea care dintre parametrii scorului Bhalla au fost mai mult îmbunătățiți. S-au folosit ca metode statistice: testul Student-t pentru două eșantioane dependente, respectiv testul Wilcoxon signed-rank și coeficientul de corelație Pearson.

Rezultate: Scorul Bhalla mediu *s-a îmbunătățit* de la 14,55 la 18,27 (p=0,04), cea mai mare îmbunătățire fiind pentru dopurile de mucus (p=0,004) și îngroșarea peribronșică (p=0,01). Pentru bronșiectazie, deși scorul s-a îmbunătățit, nu a fost statistic semnificativ; 4 pacienți au trecut de la „moderate bronchiectasis" la „mild bronchiectasis", conform scorului Bhalla. Modificările structurale s-au corelat cu cele ale parametrilor de răspuns clinic: $ppFEV_1$ a crescut cu 13,37%(p=0,02), testul sudorii a scăzut cu 43,1 mmolNaCl/l (p=0,04).

Concluzii: Răspunsul la tratamentul cu tripla terapie ETI, la pacienți sub 18 ani, ***este semnificativ***, atât morfologic, structura fiind evaluată prin CT pulmonar, cât și funcțional evaluat prin spirometrie si testul sudorii. Modificările CT s-au corelat cu îmbunătățirile clinice. Scorul Bhalla s-a dovedit a fi o metodă obiectivă utilă de monitorizare a bolilor pulmonare.

ASSESSMENT OF THE RESPONSE TO TRIPLE THERAPY IN PEDIATRIC PATIENTS WITH CYSTIC FIBROSIS USING SPIROMETRY, SWEAT TEST AND CHEST COMPUTED TOMOGRAPHY

Introduction: The availability of the combined CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator) modulator therapy, elexacaftor-tezacaftor-ivacaftor (ETI) has improved the progression of pulmonary disease and quality of life in patients with cystic fibrosis. The aim of this study was to assess bronchopulmonary structural changes evaluated by chest computed tomography (CT) after 1 year of ETI treatment, using the Bhalla score, and to correlate these changes with clinical response parameters.

Method: This is a retrospective, observational study. Eleven patients under 18 years old underwent two consecutive CT evaluations, before and one year after initiating ETI therapy. CT scans were assessed using the ***Bhalla score***, which includes:bronchiectasis, peribronchial thickening, mucus plugging, bullae, emphysema, consolidations, and atelectasis, correlated with the number of affected pulmonary segments and the generation of involved bronchi. The score ranges from 0 to 25, with lower values indicating more severe disease. The CT score was correlated with a reduction in sweat chloride concentration and an increase in percent predicted forced expiratory volume in one second ($ppFEV_1$) after one year of ETI therapy. We also evaluated which Bhalla score parameters showed the most significant improvement. Statistical analysis included paired Student's t-test, Wilcoxon signed-rank test, and Pearson correlation coefficient.

Results: The mean Bhalla score improved from 14.55 to 18.27 (p=0.04), with the most significant improvements seen in mucus plugging (p=0.004) and peribronchial thickening (p=0.01).Although the bronchiectasis score improved, the change was not statistically significant; however, four patients progressed from „moderate bronchiectasis" to „mild bronchiectasis" according to the Bhalla score. Structural changes correlated with clinical response: $ppFEV_1$ increased by 13.37% (p=0.02), and sweat chloride concentration decreased by 43.1 mmolNaCl/L (p=0.04).

Conclusions: Response to triple ETI therapy in patients under 18 years was ***significant*** both morphologically, as assessed by chest CT, and functionally, as shown by spirometry and sweat test. CT changes correlated with clinical improvements. The Bhalla score proved to be a useful and objective method for monitoring pulmonary disease.

SUMAR

HIPERTENSIUNEA PORTOPULMONARĂ ÎN CIROZA COMPENSATĂ: CÂND HEMOPTIZIA SPUNE POVESTEA

Ruxandra Stirbu[2], Bogdan Moldoveanu[2], Elena Cristina Moldoveanu[2], Raul Eduard Dabija[3], Radu Crișan-Dabija[1,2]

[1]Departamentul de Pneumologie, Facultatea de Medicină Generală, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa", Iași
[2]Departamentul de Pneumologie, Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie, Iași
[3]Departamentul de Cardiologie, Institutul de Boli Cardiovasculare „Prof. Dr. George I. M. Georgescu", Iași

Introducere: Hipertensiunea portopulmonară (PoPH) reprezintă o complicație vasculară pulmonară rară, dar severă, a hipertensiunii portale, asociată de obicei cu boala hepatică avansată.

Prezentare de caz: Raportăm cazul unui pacient de sex masculin, în vârstă de 54 de ani, cu ciroză hepatică compensată secundară hepatitei cronice C, care s-a prezentat cu episoade repetate de hemoptizie de volum moderat. Antecedentele medicale includ o splenectomie efectuată cu 18 ani anterior, fără simptome cardio-pulmonare asociate. O evaluare diagnostică cuprinzătoare – incluzând tomografie computerizată (CT) toraco-abdominală cu substanță de contrast, ecocardiografie, cateterism cardiac drept (RHC) și explorări funcționale pulmonare – a demonstrat parametrii clinici și hemodinamici compatibili cu PoPH, caracterizată prin hipertensiune pulmonară precapilară în context de hipertensiune portală. CT de înaltă rezoluție cu reconstrucții vasculare a evidențiat o circulație colaterală porto-sistemică extinsă, incluzând vene paraombilicale, perigastrice și periesofagiene dilatate. Bronhoscopia a relevat un cheag de sânge mobil la nivelul bronhiei lobare inferioare drepte, fără leziuni endobronșice decelabile endoscopic. Investigațiile de laborator și imagistice au exclus alte cauze frecvente de hemoptizie, precum infecția, neoplazia, coagulopatia sau tromboembolismul pulmonar. Aceste constatări au susținut ipoteza vaselor colaterale porto-pulmonare ca posibilă sursă a hemoptiziei. Funcția hepatică a pacientului era păstrată (clasa Child-Pugh A), iar parametrii hemodinamici erau stabili, fapt care a permis inițierea terapiei orale cu sildenafil, urmată de remiterea completă a hemoptiziei.

Discuţii: Acest caz ilustrează dificultățile de diagnostic ale PoPH cu prezentări atipice, precum hemoptizia, și subliniază importanța imagisticii avansate în identificarea anomaliilor vasculare. Totodată, ridică problema unei posibile legături dintre splenectomie și debutul întârziat al PoPH.

Concluzii: Depistarea precoce și instituirea unei terapii țintite, în cadrul unei abordări multidisciplinare, sunt esențiale pentru îmbunătățirea prognosticului în această afecțiune subdiagnosticată, dar cu potențial letal.

PORTOPULMONARY HYPERTENSION IN COMPENSATED CIRRHOSIS: WHEN HEMOPTYSIS TELLS THE STORY

Introduction: Portopulmonary hypertension (PoPH) is a rare but severe pulmonary vascular complication of portal hypertension, typically associated with advanced liver disease.

Clinical case: We report the case of a 54-year-old male with compensated liver cirrhosis secondary to chronic hepatitis C, who presented with repeated moderate-volume hemoptysis. His medical history included a splenectomy performed 18 years prior, without previous cardiopulmonary symptoms. A comprehensive diagnostic assessment - including thoracic and abdominal contrast-enhanced computed tomography (CT), echocardiography, right heart catheterization (RHC), and pulmonary function testing demonstrated hemodynamic and clinical parameters consistent with PoPH, characterized by pre-capillary pulmonary hypertension in the context of portal hypertension. High-resolution CT with vascular reconstructions revealed extensive portosystemic collateral circulation, including dilated paraumbilical, perigastric, and periesophageal veins. Bronchoscopy showed a floating blood clot in the right lower lobe bronchus without evidence of endobronchial lesions. Laboratory and imaging investigations ruled out other common causes of hemoptysis such as infection, malignancy, coagulopathy, or thromboembolism. These findings supported the hypothesis of porto-pulmonary collateral vessels as a possible source of hemoptysis. The patient had preserved liver function (Child-Pugh class A) and stable hemodynamics, allowing the initiation of oral sildenafil therapy, which was followed by complete cessation of bleeding.

Discussions: This case illustrates the diagnostic challenges of PoPH with atypical presentations such as hemoptysis and emphasizes the importance of advanced imaging in identifying vascular anomalies. It also raises awareness of the potential link between splenectomy and delayed PoPH onset.

Conclusions: Early detection and targeted therapy, in the context of a multidisciplinary approach, are essential for improving outcomes in this underdiagnosed but life-threatening condition.

SUMAR

PATOLOGIA INTERSTIȚIALĂ LA ADULTUL TÂNĂR – CAZ CLINIC

Raluca-Teodora Tiron[1], Anda Tesloianu[1], Gabriel Iosep[1], Radu Crișan-Dabija[1,2]

[1]Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie, Iași
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie ,,Grigore T. Popa", Iași

Introducere: Pneumopatiile interstițiale difuze, prin prisma diversității lor, pot genera simptome și modificări imagistice nespecifice, punând în dificultate clinicianul. În cazul adultului tânăr, modalitatea de debut poate fi determinată de către un proces infecțios care exacerbează manifestările preexistente.

Descrierea cazului: Pacient în vârstă de 36 de ani, fumător (10 PA), cu expunere profesională la pulberi de lemn (de aproximativ 10 ani), fără comorbidități, se adresează inițial într-un spital municipal pentru dispnee la eforturi mici, tuse productivă persistentă cu debut de 4 luni, artralgii și scădere ponderală. Pe baza unui computer tomograf toracic care evidenția o afectare de 90% a parenchimului pulmonar prin modificări de tip ,,crazy-paving", s-a ridicat suspiciunea de pneumopatie interstițială difuză și s-a inițiat corticoterapie orală și oxigenoterapie la domiciliu. Ulterior, pacientul a fost dirijat către Spitalul de Pneumoftiziologie, Iași pentru continuarea investigațiilor.

Clinic: stare generală moderat influențată, cianoză facială, hipocratism digital, SpO2=85% în a.a., murmur vezicular înăsprit, raluri crepitante pe ambele arii pulmonare.

Biologic: poliglobulie secundară, profil imunologic normal (FR, Ac anti CCP, pANCA, cANCA, ANA totali).

Explorări funcţionale respiratorii: spirometrie cu valori normale, TLCO= 55% din prezis, KCO=46% din prezis.

Examenul fibrobronhoscopic evidențiază secreții albicioase și sero-purulente abundente, din aspiratul bronșic izolându-se Escherichia coli. Lichidul de lavaj bronho-alveolar prezintă un aspect lactescent cu examen citologic care descrie prezența de macrofage cu granulații PAS pozitive.

Se stabilește diagnosticul de proteinoză alveolară și se inițiază tratament antibiotic. Ulterior, se practică lavaj bronho-alveolar terapeutic al ambilor plămâni sub anestezie generală.

Discuţii: Pacientul s-a prezentat târziu la control (după 8 luni de la procedură), însă cu o evoluție clinică, imagistică și funcțională semnificativ favorabile (SpO2=98% în a.a., TLCO 75% din prezis).

Concluzii: Suprainfecția bacteriană, o complicație întâlnită în cazul proteinozei alveolare, a contribuit la accelerarea procesului diagnostic, pacientul considerând inițial fenomenele de dispnee ca fiind cauzate de o suprasolicitare profesională.

INTERSTITIAL LUNG DISEASE IN A YOUNG ADULT – CASE REPORT

Introduction: Diffuse interstitial lung diseases, due to their heterogeneity, may generate nonspecific symptoms and imaging findings, creating diagnostic challenges for the clinician. In young adults, disease onset may be triggered by an infectious process that exacerbates preexisting manifestations.

Case presentation: A 36-year-old male, smoker (10 pack-years), with occupational exposure to wood dust (approximately 10 years), and no comorbidities, initially presented to a municipal hospital for exertional dyspnea, persistent productive cough of 4 months' duration, arthralgia, and weight loss. A chest CT scan revealed 90% involvement of the lung parenchyma with a „crazy-paving" pattern, raising suspicion of diffuse interstitial lung disease. Oral corticosteroid therapy and home oxygen therapy were initiated. The patient was subsequently referred to the Pneumology Hospital of Iași for further evaluation.

Clinical findings: moderately impaired general condition, facial cyanosis, digital clubbing, SpO_2 = 85% on room air, harsh vesicular breath sounds, and bilateral fine crackles. *Laboratory results:* secondary polycythemia, normal immunologic profile (RF, anti-CCP antibodies, pANCA, cANCA, ANA).*Pulmonary function tests:* spirometry within normal limits, TLCO = 55% predicted, KCO = 46% predicted. Fiberoptic bronchoscopy revealed abundant whitish and seropurulent secretions; Escherichia coli was isolated from the bronchial aspirate. Bronchoalveolar lavage fluid was milky in appearance; cytology showed macrophages with PAS-positive granules. A diagnosis of alveolar proteinosis was established, and antibiotic therapy was initiated. Subsequently, therapeutic whole-lung lavage was performed bilaterally under general anesthesia.

Discussion: The patient presented late for follow-up (8 months after the procedure), but showed significant clinical, imaging, and functional improvement (SpO_2 = 98% on room air, TLCO = 75% predicted).

Conclusions: Bacterial superinfection, a known complication of alveolar proteinosis, contributed to the accelerated diagnostic process. Initially, the patient attributed the dyspnea to occupational overexertion.

SUMAR

AFECTAREA PULMONARĂ ÎN BOALA IGG4 – PROVOCAREA DIAGNOSTICULUI

Alexandru Vintilă, Oana-Adriana Gocan, Damiana-Maria Vulturar, Cătălin Vasile Magda, Doina Adina Todea

Departamentul de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Haţieganu", Cluj-Napoca

Introducere: Sindromul imunglobulinei G4 este o afecțiune fibroinflamatorie sistemică rară, caracterizată prin infiltrarea extensivă a diverselor organe cu plasmocite IgG4 pozitive. Deși etiologia este necunoscută, tabloul clinico-imagistic poate imita numeroase boli, ceea ce transformă diagnosticul într-o adevărată provocare.

Descrierea cazului: Pacient în vârstă de 76 de ani, nefumător, se prezintă în serviciul nostru acuzând dispnee la eforturi minime și tuse intermitent productivă. Obiectiv se decelează raluri crepitante bazal bilateral, saturația periferică a oxigenului de 95% cu necesar de 3L oxigenoterapie, fără semne clinice de afectare autoimună. Biologic, prezintă profil autoimun negativ, cu excepția anticorpilor anti PM-Scl75. Probele funcționale relevă debite și volume pulmonare cu valori normale, dar cu reducerea severă a difuziunii prin membrana alveolo-capilară (29%). Imagistic, examinarea computer tomografică evidențiază modificări interstițiale de tip UIP, noduli pulmonari, adenopatii mediastinale și axilare stângi. S-a efectuat biopsie excizională a adenopatiei axilare, cu rezultat histopatologic înalt sugestiv pentru sindrom IgG4 (focare cu peste 100 celule pozitive IgG4/câmp microscopic, raport IgG4/CD138 depășește pe alocuri 40%), dar cu valori IgG4 serice normale. Biopsiile recoltate prin ecoendoscopie transbronșică nu prezintă argumente de malignitate sau formare de granuloame. În evoluție, sub tratament cu corticoterapie orală pacientul prezintă scăderea dimensională a nodulilor pulmonari și a adenopatiilor. În acest context se ridică suspiciunea unei pneumopatii interstițiale difuze fenotip fibrozant progresiv probabil asociată sindromului IgG4, fără a se putea exclude o componentă autoimună. Astfel, se inițiază tratament antifibrotic și imunosupresor.

Discuţii: Sindromul IgG4 este o afecțiune rară și dificil de diagnosticat, iar în acest caz, intricarea cu pozitivarea anticorpilor anti PM-Scl75 sugerează un posibil sindrom overlap. Pneumopatia interstițială difuză poate fi apanajul multiplelor patologii cu afectare sistemică, iar încadrarea ei în diagnosticul de boli respiratorii asociate IgG4 necesită investigații suplimentare.

Concluzii: Acest caz exemplifică procesul diagnosticării unei patologii rare, corelarea clinico-biologică și imagistică în context sistemic și problematica abordării terapeutice.

PULMONARY MANIFESTATIONS OF IGG4-RELATED DISEASE: CHALLENGES IN DIAGNOSIS

Introduction: IgG4-related disease is a rare systemic fibroinflammatory condition characterized by extensive infiltration of various organs with IgG4-positive plasma cells. Although the etiology remains unknown, clinical and radiological presentation may mimic other diseases, making diagnosis a true challenge.

Case presentation: A 76-year-old male, nonsmoker, presented to hospital with exertional dyspnea at minimal effort and intermittent productive cough. On physical examination, bibasilar crackles were noted, peripheral oxygen saturation of 95% requiring 3L oxygen supplementation, without clinical signs of autoimmune involvement. Laboratory tests revealed a negative autoimmune profile, except for anti-PM-Scl75 antibody positivity. Pulmonary function tests showed normal lung volumes, but a severe reduction in alveolar-capillary membrane diffusing capacity (29%). Chest CT revealed interstitial changes consistent with UIP pattern, pulmonary nodules, and mediastinal as well as left axillary lymphadenopathy. An excisional biopsy of the left axillary lymph node revealed histopathological findings highly suggestive of IgG4-related disease (foci of >100 IgG4-positive plasma cells per high-power field, with IgG4/CD138 ratio exceeding 40% in certain fields), despite normal serum IgG4 levels. Endobronchial ultrasound-guided biopsies of lymph nodes ruled out malignancy and granulomatous inflammation. Following initiation of oral corticosteroid therapy, the patient demonstrated a reduction in both pulmonary nodules and lymphadenopathy. Given these findings, a progressive fibrosing interstitial lung disease probably associated with IgG4-related lung disease was suspected, though an autoimmune overlap could not be excluded. Consequently, antifibrotic and immunosuppressive therapy was initiated with further monitoring.

Discussion: IgG4-RD is an uncommon and difficult-to-diagnose disease. In this case, the concomitant presence of anti-PM-Scl75 antibodies may suggest an overlap syndrome. Diffuse interstitial lung disease can occur in multiple systemic conditions and its placement within the IgG4-related respiratory disease requires further investigation.

Conclusions: This case illustrates the diagnostic process of a rare condition, the importance of clinical, biological and imaging correlation, as well as the challenges in therapeutic management.