

le laborator

Scorurile sintetice de apreciere a activității BC au apărut ca o necesitate, pentru diagnosticul bolii active și monitorizarea rezultatului tratamentului

pentru diagnostic prin aprecieri privitoare la extinderea BC, caracterul transmural al leziunilor, confirmarea/excluderea complicațiilor și a manifestărilor extraintestinale (7, 8). Dublate de tehnici suplimentare, metodele imagistice actuale oferă și date privitoare la activitatea inflamatorie la nivelul leziunii (1, 2, 7-9, 11, 12).

Scorul CDAI

Pentru aprecierea sintetică a activității BC au fost create scoruri compozite. Scorul de activitate al bolii Crohn, CDAI (Crohn Disease Activity Index), este un asemenea scor, cu utilizare în studiile clinice, dar și în practica curentă, pentru evaluarea rezultatelor tratamentului. Scorul utilizează o sumă de simptome clinice subiective și derivate din examenul obiectiv al pacientului și un parametru derivat din explorările biologice, nivelul hemoglobinei (5).

Numărul de simptome prezente la pacient este multiplicat cu un factor de importanță acordat fiecărei categorii dintre manifestările monitorizate. Un scor total până în 150 caracterizează o boală inactivă clinic. Un scor total de mai mare de 150 caracterizează o boală activă (tabelul 2) (1, 5).

Scorul CDAI are limite deoarece nu încorporează biomarkeri de activitate inflamatorie/lezională serici și din scaun și nici activitatea endoscopică și tisulară, care reprezintă noile ținte ale tratamentului.

Dezvoltări și perspective

Au fost propuse scoruri noi, care tind să încorporeze leziunile endoscopice, precum și inflamația de la nivel tisular evaluată imagistic (1, 6-12).

Biomarkerii fecali de inflamație pot prezenta o importanță particulară, ca markeri noninvasivi de inflamație intestinală, cu utilitate în diagnosticul puseurilor acute ale BC, la selectarea pacienților pentru investigații complementare și la monitorizarea rezultatelor terapeutice (7, 9-11).

macroscopic la nivelul intestinului subțire (9, 11, 12). Noile metode imagistice aduc informații majore

Bibliografie

- Melmed GY et al. Crohn's disease: clinical manifestations and management. In: Yamada's Textbook of Gastroenterology, 5th ed. Podolski DK et al. (eds). Wiley-Blackwell, Oxford, 2016
- Travis SPI, et al. Gastroenterology, 3rd ed. Blackwell, Oxford, 2005
- Gheorghe L, Gheorghe C. Bolile inflamatorii intestinale. In: Tratat de Gastroenterologie, vol. 2. Grigorescu M (ed.). Editura Medicală Națională, București, 2001
- Dejica D. Bolile inflamatorii intestinale. In: Tratat de Gastroenterologie Clinică, vol. 1. Grigorescu M, Pascu O (eds.). Editura Tehnică, București, 1996
- Best WR et al. Development of a Crohn's disease activity index. National cooperative Crohn's disease study. Gastroenterology. 1976;70:439-44
- Mary JY et al. Development and validation of an endoscopic index of the severity for Crohn's disease: a prospective multicenter study. Gut. 1989;30:989-9
- D'Inca R et al. Measuring disease activity in Crohn's disease: what is currently available to the clinician. Clin Exp Gastroenterol. 2014 May 20;7:151-61
- Domachevsky L et al. Correlation of 18F-FDG PET/MRE metrics with inflammatory biomarkers in patients with Crohn's disease: a pilot study. Contrast Media Mol Imaging. 2017 Sep 19;2017:7167292
- Shitrit ABG et al. A prospective study of fecal calprotectin and lactoferrin as predictors of small bowel Crohn's disease in patients undergoing capsule endoscopy. Scand J Gastroenterol. 2017 Mar;52(3):328-33
- Ministro P et al. Fecal biomarkers in inflammatory bowel disease: how, when and why? Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2017 Apr;11(4):317-328
- Kopylov U et al. Fecal calprotectin for the prediction of small-bowel Crohn's disease by capsule endoscopy: a systematic review and meta-analysis. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2016 Oct;28(10):1137-44
- Niv Y et al. Capsule Endoscopy Crohn's Disease Activity Index (CECDAI) or Niv Score for the Small Bowel and Colon. J Clin Gastroenterol. 2018 Jan;52(1):15-9



Vorbim prea puțin despre cancerul pulmonar

Există mai multe tipuri de cancer pulmonar, dar, în general, se disting două mari categorii: cancer pulmonar cu celule mici, întâlnit în aproximativ 25% din cazuri, și cancer pulmonar fără celule mici – circa 75% din cazuri. În afară de fumat, există numeroși alți factori incriminați în creșterea riscului de apariție a bolii, cum ar fi expunerea la unele substanțe chimice la locul de muncă sau în mediul de viață (radon, azbest, arsenic, gaze de epășament, fibre sintetice etc.), posibil pe fondul unor leziuni pulmonare preexistente.

La persoanele cu cancer pulmonar, simptomele nu apar întotdeauna imediat. Cu toate acestea, unii oameni pot observa simptome cum

ar fi: pierderea apetitului, răgușeală, bronșite sau pneumonii repetate, tuse persistentă, dificultăți de respirație, dureri de cap inexplicabile, pierdere în greutate, respirație șuierătoare etc. O persoană poate prezenta și simptome mai severe asociate unui cancer pulmonar, iar aici includem dureri severe toracice sau osoase, spută de culoare sângerie.

Diagnosticarea precoce a cancerului pulmonar este extrem de importantă. În prezent sunt disponibile și accesibile mai multe teste de diagnostic, cum ar fi: radiografia, tomografia computerizată și tomografia cu emisii de pozitroni, rezonanța magnetică nucleară, bronhoscopia, puncția-biopsie,

toracosopia sau chirurgia toracică asistată video, respectiv analiza sputei și analizele sanguine specifice.

Tratamentul în cancerul pulmonar depinde de localizarea și de stadiul acestuia, precum și de starea generală de sănătate a individului. Chirurgia și radioterapia sunt cele mai comune metode de tratare a cancerului pulmonar, însă chimioterapia se aplică în cazul cancerului pulmonar cu celule mici.

Schema de tratament a cancerului pulmonar implică deseori colaborarea unor experți medicali din mai multe domenii: chirurghi, radiologi, oncologi, pneumologi etc.

Dr. Petru Emil Munteanu

Importanța masajului terapeutic în programele de recuperare

În practica clinică, pacienții adresează numeroase întrebări legate de beneficiile masajului terapeutic, cum ar fi: „La ce mă ajută pe mine masajul terapeutic?“, „Dar nu o să mă doară mai tare dacă îmi faceți masaj?“ sau, în cel mai rău caz, „De ce nu doar kinetoterapie?“.

Beneficiile masajului terapeutic pot fi multiple. Ne referim la intensificarea circulației, organismul furnizând o cantitate mai mare de oxigen și de substanțe nutritive în țesuturi și în organe vitale, inclusiv cu creșterea flexibilității articulare. Ne referim la relaxarea mușchilor afectați (răniți) și suprasolicitați, cu diminuarea spasmelor și a crampeilor musculare. Intervenția prin masaj terapeutic și exercițiile de stretching previn atrofierea musculară și pot reduce aderențele survenite postchirurgicale și edemele. Prin eliberarea de endorfină, analgezice naturale ale corpului, masajul terapeutic oferă un control și o calmare a durerii.

Când folosești masajul terapeutic în programul de recuperare?

Specialistul care aplică pacientului sesiunile de recuperare și reabilitare au trebui să aibă în ve-



dere efectuarea unei evaluări inițiale kinetoterapeutice, constând într-un set de întrebări privind manifestarea anumitor simptome, detalii legate de istoricul medical, de posibile reacții adverse. În continuarea evaluării, specialistul ar trebui să execute diferite palpări pentru a localiza zonele dureroase sau tensionate și, totodată, pentru a determina presiunea care poate fi aplicată pe zona afectată.

Specialistul în recuperare ar trebui să țină cont de recomandările medicale primite de pacient și să evalueze dacă aplicarea masajului terapeutic în planul de recuperare poate fi benefică sau dacă există vreo contraindicație. Totodată, i se explică pacientului că masajul terapeutic, în ciuda

beneficiilor sale, nu trebuie să înlocuiască îngrijirea medicală periodică.

În concluzie, includerea masajului terapeutic în programul de recuperare și reabilitare ajută la îmbunătățirea calității vieții pacientului, în vederea scurtării perioadei de recuperare a acestuia.

Masajul terapeutic îi oferă pacientului un confort psihic atât inițial, cât și pe termen lung, prin menținerea la un nivel cât mai ridicat a tonusului muscular și articular, fiecare pacient dorindu-și menținerea unui grad de independență pe o perioadă cât mai lungă, pentru a nu se simți o povară pentru ceilalți membri ai familiei.

Bogdan Racoviță, kinetoterapeut