



SOCIETATEA ROMÂNĂ
DE MEDICINĂ FETALĂ
ȘI NEONATALĂ



Societatea de
Obstetrică și Ginecologie
din România

Volum de rezumate

Al 2^{lea} Congres Național al Societății Române de Medicină Fetală și Neonatală

cu participare internațională

25 - 27 Aprilie 2024

Cluj-Napoca



www.fetal-neonatal2024.medical-congresses.ro

Partner Științific



UMF
UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"IULIU HIE" DIN CLUJ-NAPOCA

CARTE DE REZUMATE

ABSTRACT BOOK

**A II-a Ediție a Congresului Societății Române de
Medicină Fetală și Neonatală**
**The 2nd Edition of the Congress of the Romanian
Society of Fetal and Neonatal Medicine**

Coordonatori / Coordinators:

Prof. Dr. Daniel Mureșan

Prof. Dr. Simona Vlădăreanu

Prof. Dr. Gabriela Zaharie

25 – 27 Aprilie 2024, Cluj-Napoca, România

April 25-27th, Cluj-Napoca, Romania

CUPRINS / TABLE OF CONTENT

LUCRĂRI ORALE / FREE PAPERS

1. AMELIORAREA REZULTATULUI ȘI A CALITĂȚII VIEȚII LA PACIENȚII CU DESPICĂTURI ÎNCEPE ÎN PERIOADA PRENATALĂ – PROTOCOLUL COMPREHENSIV DE TRATAMENT MAXILO-FACIAL ÎN CLUJ-NAPOCA	8
<i>Mihaela Băciuț, Gabriel Armencea, Ioan Barbur, Ileana Mitre, Simion Bran, Cristian Dinu, Daiana Opriș, Horia Opriș, Grigore Băciuț</i>	
2. ROLUL TESTĂRIILOR GENETICE ÎN PERIOADA PRENATALĂ.....	10
<i>Z. Barabas-Cuzmici, V. Ormindean, I. Orrvassy, F. Stamatian, F. Nazarie, L. Frentescu, I. Mandrutiu, S. Petric, T. Kovacs</i>	
3. ROLUL ECOGRAFIEI ÎN SCREENING-UL NAȘTERII PREMATURE ȘI LOCUL METODELOR TERAPEUTICE ACTUALE ÎN PRACTICA MEDICALĂ.....	11
<i>Roxana-Elena Bohîlțea^{1,2}, Cristiana-Elena Durdu²</i>	
4. PRINCIPII GENERALE DE NUTRIȚIE ÎN PATOLOGIA NEONATALĂ	13
<i>Mărioara Boia^{1,2}, Aniko Manea^{1,2}, Nicoleta Lungu^{1,2}, Florina Doandes^{1,2}, Oana Costescu^{1,2}, Mihaela Zaharie^{1,2}, Timea Brandibur^{1,2}, Daniela Cioboata²</i>	
5. DISGERMINOMUL OVARIAN MATERN ȘI PROGNOSTICUL FETAL: PREZENTARE DE CAZ ȘI REVIEW AL LITERATURII.....	15
<i>Carmen Elena Bucuri^{1,2}, R. Ciortea², VAC Oprea^{1,2}, A.M. Măluțan², Maria Patricia Roman², Cristina Ormindean², I. Nati², Viorela Suci², A. Hăprean², D. Mihu²</i>	
6. PLACENTA ACRETA – SIMPTOME, RISCURI ȘI TRATAMENT.....	17
<i>A.M. Calin¹, C. Herghelegiu², P.C. Pariza³</i>	
7. ALGORITM ACTUALIZAT DE MANAGEMENT ȘI DIAGNOSTIC AL PLACENTA ACCRETA SPECTRUM (PAS).....	19
<i>Mădălina Ciuhodaru¹, Petra Acostăchioaie², Tudor Buțureanu², Ana Apetrei², Andra Pascal², Răzvan Socolov¹</i>	
8. PLACENTA ACCRETA SPECTRUM (PAS) -ALGORITM DE MANAGEMENT ÎN URGENȚĂ, PLANIFICARE ANTENATALĂ INTERDISCIPLINARĂ, NECESITĂȚI ALE SISTEMULUI DE SĂNĂTATE	23
<i>Mădălina Ciuhodaru¹, Petra Acostăchioaie², Tudor Buțureanu¹, Ana Apetrei², Viorica Magaleas³, Andra Pascal², Răzvan Socolov¹</i>	
9. PROFILAXIA INFECȚIILOR DE PLAGĂ LA PACIENTELE OBEZE - NECESITĂȚI DE PROTOCOL	27

<i>Mădălina Ciuhodaru¹, Petra Acostăchioaie², Tudor Buțureanu¹, Ana Apetrei², Viorica Magaleas³, Andra Pascal², Răzvan Socolov¹</i>	27
10. MONITORIZAREA RITMULUI CARDIAC FETAL INTRAPARTUM: O PRIVIRE DE ANSAMBLU	29
<i>D. Diculescu, R. Ciortea, A. Malutan, Renata Nicula, Mihaela Oancea, Daria Pop, Cristina Ormindean, I. Nati, Maria Roman, Marina Dudea, C. Iuhas, D. Mihu</i>	29
11. DIAGNOSTICUL ANTENATAL ȘI EVOLUȚIA POSTNATALĂ A ANOMALIILOR CONGENITALE RENALE FETALE	31
<i>Artur Focșa</i>	31
12. DEZLIPIRE DE LOB PLACENTARĂ SUCCENTUATĂ.....	33
<i>I.G. Goidescu¹, Georgiana Nemeti^{1,2}, Andreia Preda¹, Adelina Staicu¹, Cerasela Goidescu², M. Surcel¹, Ioana Rotar, Gh. Cruciat¹, D. Mureșan¹</i>	33
13. FACTORI DE RISC ASOCIAȚI HIPOGLICEMIEI NEONATALE.....	35
<i>Monica Hășmășanu¹, Melinda Matyas¹, Mihaela Ghebuță², Gabriela Zaharie¹</i>	35
14. ACUTE MATERNAL STRESS - POSSIBLE CAUSE OF UNEXPLAINED ANTENATAL FETAL DEATH? A CASE REPORTS.....	37
<i>Victor Juncu^{1,2}, Edvin Vaso¹ and Mihai Emil Căpîlna^{2,3}</i>	37
15. ROLUL FERITINEI ÎN DIAGNOSTICUL SEPSISULUI NEONATAL.....	39
<i>N. Lungu¹, D.E. Popescu¹, A.M. Manea¹, F.M. Doandea¹, C.A.M. Jura², M. Zaharie¹, O.C. Costescu¹, T. Brandibur¹, D. Cioboată², M. Boia¹</i>	39
16. ALIMENTAȚIA ENTERALĂ PRECOCE LA NOU-NĂSCUȚII CU AFECȚIUNI CHIRURGICALE.....	41
<i>Aniko Manea¹, Daniela Cioboata², Oana Costescu¹, Nicoleta Lungu¹, Florina Doandes¹, Timea Brandibur¹, Mihaela Zaharie¹, Daniela Popescu¹, Mărioara Boia¹</i>	41
17. ROLUL TRANSLUCENȚEI NUCALE ÎN DIAGNOSTICUL ANOMALIILOR FETALE ÎN CONTEXTUL SCREENINGULUI GENETIC NEINVAZIV	43
<i>Maral Madadi¹, Mona Zvanca¹, Radu Vlădăreanu¹</i>	43
18. ENTEROCOLITA ULCERONECROTICĂ A NOU NĂSCUTULUI PREMATUR - INCIDENTĂ, FACTORI DE RISC, BIOMARKERI CU VALOARE PREDICTIVĂ.....	45
<i>Melinda Matyas¹</i>	45
19. HEMORAGIILE INTRAVENTRICULARE LA PREMaturi. POSIBILITĂȚI DE PREVENȚIE.....	47
<i>Leonard Năstase^{1,2}, Sorana Dincă¹, Isabella Ene¹, Silvia-Maria Stoicescu^{1,2}</i>	47
20. TRATAMENTUL PLACENTEI CU ADERENȚĂ ANORMALĂ.....	49
<i>S. Nastasia¹, Adriana Ghelmene¹, Ruxandra Stănculescu¹, Manuela Russu¹</i>	49

21. MANAGEMENTUL DIFERENȚIAT AL PRINCIPALELOR FENOTIPURI FIZIOLOGICE DE ȘOC NEONATAL	51
<i>Luminița Păduraru¹, Gabriela Ildiko Zonda¹</i>	51
22. ROLUL TROMBOCITELOR ÎN PREDICȚIA RETINOPATIEI DE PREMATURITATE .	53
<i>Luminița Păduraru¹, Maura-Adelina Hîncu¹, Gabriela-Ildiko Zonda¹</i>	53
23. PRENATAL RISK FACTORS IN ADHD SYNDROME DETERMINISM.....	55
<i>D. Pelinescu-Onciul¹, Cătălina Alexandrescu¹</i>	55
24. INTEGRATING FAMILIES IN NEONATAL CARE: FROM OUR EXPERIENCE TO THE RISEINFAMILY PROJECT	56
<i>Adelina Pellicer, Bárbara Moreno-Sanz, Marta Antón, María Teresa Montes, Marta Cabrera-Lafuente</i>	56
25. SEMNIFICAȚIA EVALUĂRII SINDROMULUI INFLAMATOR LA NOU-NĂSCUȚI... 57	
<i>Margareta Pîrvanoiu¹, Delia Dobra², Alexandra Mureșan³</i>	57
26. TRIPLOIDIA MOLARĂ DIANDRICĂ NEDETECTATĂ ÎN PRIMUL TRIMESTRU DE SARCINĂ – PREZENTARE DE CAZ	59
<i>Denisa Plescan², D. Tudorache^{1,2}, Livia Vasile², Alina Marin^{1,2}, A. Trăistaru^{1,2}, V. Zamfirescu^{1,2}, R. Vlădăreanu^{1,2}</i>	59
27. TRANSFUZIA INTRAUTERINĂ PENTRU ANEMIE FETALĂ, REZULTATE NEONATALE – 10 ANI DE EXPERIENȚĂ	61
<i>Daniela-Eugenia Popescu^{1,2}, Ana Maria Cristina Jura¹, Ioana Roșca³, Cezara Mureșan¹, Nicoleta Lungu^{1,4}, Aniko Manea^{1,4}, Mărioara Boia^{1,4}</i>	61
28. CAZ CLINIC RAR DE TORSIUNE OVARIANĂ SECUNDARĂ TRATAMENTELOR PENTRU REPRODUCERE UMANĂ ASISTATĂ.....	63
<i>C. Sandu, D. Tudorache¹, A. Marin¹, V. Zamfirescu¹, R. Vlădăreanu¹</i>	63
29. DO TREATMENTS FOR VULVOVAGINAL REJUVENATION AFFECT SUBSEQUENT VAGINAL BIRTH?	65
<i>Georgios Sarlis</i>	65
30. PROGNOSTIC SI PROGRESIE IN DIABETUL ZAHARAT	66
<i>R. Socolov, B. Barbu, Andreea Pruteanu, Ioana Păvăleanu</i>	66
31. EXPLORAREA ORIZONTURILOR GENETICE: PERSPECTIVE NOI ÎN EVALUAREA NOU-NĂSCUȚILOR	68
<i>A. Tecuci^{1,2}, M. Boș^{1,2}, A. Popa^{1,2}, S.D. Popescu^{1,2}, I.G. Petrescu^{1,2}, R. Ghiță¹, S. Vlădăreanu^{1,2}</i>	68
32. EFECTELE FUMATULUI ȘI OBICEIURILOR ALIMENTARE ASUPRA SĂNĂTĂȚII ORALE MATERNE ȘI A CREȘTERII FETALE	70

<i>Valentin Nicolae Varlas^{1,2}, Andra Rădoi², Roxana Georgiana Varlas¹</i>	70
33. TAMPONAMENTUL UTERIN ȘI VAGINAL CU CHITOSAN ÎN ROMÂNIA(CELOX). STUDIU MULTICENTRIC 2022-2024	72
<i>E. Vaso, V. Juncu, V. Umaniuc, Laura Gligor, R. Costin, Petronela Vicoveanu, M. Crăciun, R. Chicea, F. Ispășoiu, M. V. Codru, A.D. Neagu, C.R. Țibea, M. Mihaila, I.A. Ali, T. Găvrila, Camelia Doina Chirigiu, F. Tovărnac</i>	72
34. INFECȚII URINARE MULTIREZISTENTE (MDR UTI) ÎN TIMPUL SARCINII	74
<i>Radu Viorel¹, Demetra Socolov¹, Cristian Costache, Tudor Gîscă¹, Gabriel Anton, Ingrid Andrada Vasilache¹</i>	74
35. SARCINA ȘI AUTOIMUNITATEA: INFLUENȚA AFECȚIUNII MATERNE ȘI A TRATAMENTULUI ASUPRA REZULTATULUI SARCINII	76
<i>Radu Vlădăreanu¹, Simona Vlădăreanu¹, Alexandra Ionescu², Mona Constantin¹, Andreea Boiangiu¹</i>	76
36. INFECȚII NEONATALE - BACILII GRAM-NEGATIVI	78
<i>Mihaela Zaharie^{1,2}, Aniko Manea^{1,2}, Nicoleta Lungu^{1,2}, Florina Doandes^{1,2}, Timea Brandibur^{1,2}, Oana Costescu^{1,2}, Daniela Cioboata², Marioara Boia^{1,2}</i>	78

POSTERE / POSTERS

1. BOALA POLICHISTICĂ RENALĂ AUTOZOMAL RECESIVĂ – DIAGNOSTIC ȘI MANAGEMENT DIFICIL	81
<i>Mihaela Amza^{1,2}, Romina-Marina Sima^{1,2}, Tina-Ioana Bobei^{1,2}, Didel-Ionuț Vâlcea², Liana Pleș^{1,2}</i>	81
2. DIAGNOSTICUL ÎN PRIMUL TRIMESTRU DE SARCINĂ AL SINDROMULUI DE REGRESIE CAUDALĂ. STUDIU DE CAZ	83
<i>Andrada Andone*, Silvia Onuc, Liliana Avram, Costin Niculescu, Vlad Tica</i>	83
3. ASFIXIA NEONATALĂ CU AFECTARE PLURIORGANICĂ – PREZENTARE DE CAZ	85
<i>Ioana Constantin(Badilă)^{1,2,3}, Georgia-Ioana Oglindă¹, Irina Franciuc^{1,2}, Elena Rotaru¹, Gabriela Zaharie³</i>	85
4. DIAGNOSTICUL PRENATAL AL HOLOPROSENCEFALIEI LOBARE ASOCIATĂ CU VENTRICULOMEGALIE SEVERĂ. RAPORTARE DE CAZ	87
<i>Ana Maria Drujă^{1,2}, Andrei Chirvașuță^{1,2}, Diana Badiu^{1,2,3*}, Liliana Steriu^{1,2}, Dumitru Smocvin¹, Vlad Tica^{1,2,3,4}</i>	87
5. SEPTOSTOMIA SPONTANĂ A MEMBRANELOR AMNIOTICE ÎN SARCINILE DIAMNIOTICE	89

<i>Camelia Constantinescu^{1,2}, Aioanei Sanziana¹, Adriana Andrei³</i>	89
6. EVOLUȚIA RAPIDĂ IMPREDICTIBILĂ A HEMORAGIEI DE PLEX COROID.....	91
<i>Manuela-Petronela Dediu¹, R-V Trăcicar², C-D Gheorghiu³, Maura-Adelina Hîncu¹, Gabriela-Ildiko Zonda¹, Luminița Păduraru¹</i>	91
7. FEBRA Q ÎN TIMPUL SARCINII	93
<i>I.D. Nati¹, A. Malutan¹, R. Ciortea¹, D. Diculescu¹, C. Iuhas¹, M. Oancea¹, C. Bucuri¹, C. Ormindean¹, M. Roman¹, M. Dudea¹, D. Mihu¹</i>	93
8. COSIDERAȚII CLINICE ȘI ETIOLOGICE ÎN ABRUPTIO PLACENTAE.....	95
<i>Șerbănescu Lucian¹, Cojocar²</i>	95
9. POATE FI NAȘTEREA PE CALE VAGINALĂ DUPĂ O OPERAȚIE CEZARIANĂ O RULETĂ RUSEASCĂ?	97
<i>Șerbănescu Lucian¹, Cojocar²</i>	97
10. PATOLOGIA DE NOD DE CORDON OMBILICAL – DESCOPERIRE INCIDENTALĂ SAU CAUZĂ DE SUFERINȚĂ FETALĂ?.....	99
<i>R.B. Tonea¹, A. Malutan¹, R. Ciortea¹, D. Diculescu¹, C. Iuhas¹, M. Oancea¹, C. Bucuri¹, C. Ormindean¹, M. Roman¹, M. Dudea¹, D. Mihu¹</i>	99
11. CAZ RAR DE SINDROM NEFROTIC LA UN NOU-NĂSCUT PREMATUR CU SIFILIS CONGENITAL	101
<i>M.Ș Trache¹, R.I Bălaș¹, S. Vlădăreanu^{1,2}</i>	101
12. TROMBOZA VENOASĂ RENALĂ NEONATALĂ (CAZ CLINIC).....	105
<i>Pînzari Ludmila¹, Zotea Ana¹</i>	105

LUCRĂRI ORALE
FREE PAPERS

LUCRARE ORALĂ

1. AMELIORAREA REZULTATULUI ȘI A CALITĂȚII VIETII LA PACIENȚII CU DESPICĂTURI ÎNCEPE ÎN PERIOADA PRENATALĂ – PROTOCOLUL COMPREHENSIV DE TRATAMENT MAXILO-FACIAL ÎN CLUJ-NAPOCA

Mihaela Băciuț, Gabriel Armencea, Ioan Barbur, Ileana Mitre, Simion Bran, Cristian Dinu, Daiana Opriș, Horia Opriș, Grigore Băciuț

*Disciplina de Chirurgie Maxilofacială și Implantologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca, România*

Despicătura labio-maxilo-palatină (DLMP), cea mai frecventă malformație cranio-facială, este asociată cu modificări estetice și funcționale severe, necesitând toate o reabilitare foarte complexă.

Atenția către oferirea unui tratament comprehensiv este dirijată pornind deja de la diagnosticul prenatal, când consilierea părinților este oferită tuturor familiilor. Tratamentul multidisciplinar este asigurat de o echipă formată din chirurghi maxilo-faciali, ginecologi, neonatologi, pediatri, geneticieni, anesteziști, ORL-iști, stomatologi, ortodonți, logopezi, psihologi și medici de familie. Echipa lucrează într-un mod personalizat cu fiecare copil și familie.

Tratamentul precoce începe cu modelarea nazo-alveolară (NAM) cu plăcuțe conformatoare, furnizate atunci când este indicat. Operația este apoi efectuată în etape pentru buză, palatul dur și moale, urmată ulterior de reconstrucția procesului alveolar. Ulterior, problemele dentare sunt abordate în copilăria timpurie împreună cu ortodonția inițială, sau disjuncția palatină dacă este necesar. Acest tratament continuă și în timpul copilăriei târzii, osteoplastia și terapia ortodontică fixă fiind alternativa preferată. Evaluarea și logopedia, precum și consilierea psihologică sunt recomandate pentru fiecare copil în această perioadă.

Monitorizarea în timpul creșterii implică o atenție deosebită pentru reducerea dozei și optimizarea diagnosticului imagistic radiologic, întrucât universitatea noastră desfășoară cercetări în acest domeniu (proiectul DIMITRA). Terapia ortognatică și rino-septoplastia completează în cele din urmă tratamentul comprehensiv cu scopul final de a permite fiecărui copil inserția socială și profesională și o viață împlinită.

Vă prezentăm protocolul de management multidisciplinar dezvoltat la Cluj-Napoca în peste 80 de ani de tradiție și experiență.

FREE PAPER

IMPROVING OUTCOME AND QUALITY OF LIFE IN CLP PATIENTS STARTS IN THE PRENATAL PERIOD - THE CLUJ-NAPOCA COMPREHENSIVE MAXILLOFACIAL TREATMENT PROTOCOL

Mihaela Băciuț, Gabriel Armenacea, Ioan Barbur, Ileana Mitre, Simion Bran, Cristian Dinu, Daiana Opriș,
Horia Opriș, Grigore Băciuț

Department of Maxillofacial Surgery and Implantology

Iuliu Hațieganu University of Medicine and Pharmacy Cluj-Napoca, Romania

Cleft lip and palate (CLP), the most frequent craniofacial malformation, is associated with severe esthetic and functional alterations, which all require a very complex rehabilitation.

Focus towards offering a comprehensive treatment is directed starting from the prenatal diagnosis, when parent counselling is offered upon neonatal initial recognition to all families.

Multidisciplinary treatment is provided by a team comprising maxillofacial surgeons, gynaecologists, neonatologists, paediatricians, geneticists, anaesthesiologists, ENT-surgeons, dentists, orthodontists, speech therapists, psychologists and general practitioners. The team works in a precisely customized manner with every child and family.

Early treatment starts with naso-alveolar molding (NAM) or feeding plates, provided when indicated. Surgery is then performed in a staged manner for the lip, hard and soft palate, followed ulteriorly by alveolus repair.

Subsequently, dental problems are addressed in the early childhood together with initial orthodontics, or palatal expansion if required. This treatment continues during the late childhood, with osteoplasty and therapy with braces being the preferred alternative.

Speech evaluation and therapy, as well as psychologic assessment and counselling is recommended for every child in this period.

Monitoring during growth implies special attention to dose reduction and optimization of radiologic imaging diagnosis, as our university researches on these topics (the DIMITRA project).

Orthognathic therapy and rhino-septoplasty finally complete the comprehensive treatment with the ultimate goal of allowing every child for social and professional insertion and a fulfilled life.

We present the multidisciplinary management protocol developed in Cluj-Napoca over 80-years of tradition and experience.

LUCRARE ORALĂ

2. ROLUL TESTĂRIILOR GENETICE ÎN PERIOADA PRENATALĂ

Z. Barabas-Cuzmici, V. Ormindean, I. Orrvassy, F. Stamatian, F. Nazarie, L. Frentescu, I. Mandrutiu, S. Petric, T. Kovacs

SCJU-IMOGEN, Cluj-Napoca

Cuvinte cheie: Genetică, Consult genetic, Teste genetice

Genetica joacă un rol important de la primele 2 celule în formarea embrionului până la formarea noastră ca specie umană. Există situații în care informația genetică nu este transmisă în mod corespunzător sau suferă modificări în timpul proceselor de diviziune celulară iar rezultatul este apariția patologiei de natură genetică.

La momentul actual există mai multe tipuri de testare a materialului genetic în funcție de indicația fiecărei sarcini/pacientă (modificările ecografice, istoric familial de boli genetice, tulburări de fertilitate).

Pentru perioada prenatală putem alege teste de screening/diagnostic în funcție de indicațiile fiecărei sarcini. Testele de screening pot fi biochimice sau genetice. Ce alegem? Toate tipurile de testări au limite și nu sunt aplicabile universal valabil, de aceea pacienții trebuie informați iar recomandările preferabile, se fac de medicul de specialitate genetică. Când în perioada prenatală avem modificări ecografice, în funcție de acestea se vor indica testări genetice de diagnostic suplimentare.

Pacienta/cuplul trebuie informați cu privire la rezultat și implicațiile unei patologii cu componentă genetică. Testările genetice sunt de mai multe tipuri: testări care vizează partea de anomalii la nivel de cromozomi sau parte de boli date de gene.

Consultul genetic se recomandă tuturor gravidelor la risc pentru patologie genetică, cuplurilor cu istoric familial de boli genetice pre/post concepțional, neonatal când avem suspiciune de boala genetică.

Concluzii:

Un rezultat negativ al unui test genetic, nu va putea exclude patologia de natură genetică în totalitate.

Fiecare test genetic are limite. Testele genetice efectuate în perioada prenatală au valoare de diagnostic.

Prezentări de cazuri (perioada prenatală cu +/- modificări ecografice, +/- istoric familial de boli genetice, teste genetice, diagnostic, decizii) cu testări genetice diferite.

LUCRARE ORALĂ

3. ROLUL ECOGRAFIEI ÎN SCREENING-UL NAȘTERII PREMATURE ȘI LOCUL METODELOR TERAPEUTICE ACTUALE ÎN PRACTICA MEDICALĂ

Roxana-Elena Bohîlțea^{1,2}, Cristiana-Elena Durdu²

¹*Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”
București, România*

²*Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Filantropia București, România*

Cuvinte cheie: naștere prematură, screening ecografic, progesteron, cerclaj, pesar.

Se estimează că rata de naștere prematură la nivel mondial a crescut de la 9,8% la 10,6% între anii 2000 și 2014, rezultând în aproximativ 15 milioane de nașteri premature în 2014 și peste 1 milion de decese în 1015. Nașterea prematură este principala cauză de mortalitate neonatală în lume și se asociază cu morbiditate pe termen lung la supraviețuitori. Printre consecințele pe termen scurt ale prematurității se numără detresa respiratorie, hemoragia intracerebrală, leukomalacia periventriculară, enterocolita necrotizantă, displazia bronhopulmonară, retinopatia și sepsisul neonatal. Printre complicațiile pe termen lung ale prematurității se numără paralizia cerebrală, tulburările de comportament și disfuncția cognitivă. De asemenea, impactul socio-economic al nașterilor premature, perioada lungă de spitalizare a nou-născuților, costurile îngrijirilor medicale și impactul psihologic asupra pacienților nu pot fi neglijate. O serie de mecanisme au fost incriminate în etiologia nașterii premature, printre acestea numărându-se insuficiența cervicală, patologia infecțioasă, declinul acțiunii progesteronului, malformațiile uterine, patologii vasculare și mecanisme induse alergic. Etiologia variată face dificilă stabilirea unei conduite terapeutice universale, însă scurtarea colului este mecanismul comun care precede nașterea cu săptămâni sau luni, modificare care poate fi evaluată ecografic, aceasta fiind o metodă de screening ieftină și reproductibilă. Această lucrare își propune să evalueze rolul ecografiei în screening-ul și prevenția nașterii premature, precum și să sistematizeze metodele terapeutice existente (cerclaj, pesar, administrare de progesteron) și indicațiile acestora conform ultimelor studii și ghidurilor de practică internaționale.

FREE PAPER

THE ROLE OF ULTRASOUND IN THE SCREENING OF PRETERM BIRTH AND THE PLACE OF ACTUAL THERAPEUTIC METHODS IN CURRENT MEDICAL PRACTICE

Roxana-Elena Bohîlțea^{1,2}, Cristiana-Elena Durdu¹

¹*Department of Obstetrics, Gynecology and Neonatology, 'Filantropia' Clinical Hospital, 011132 Bucharest, Romania*

²*Department of Obstetrics and Gynecology, 'Carol Davila' University of Medicine and Pharmacy, 020021 Bucharest, Romania*

Keywords: preterm birth, ultrasound screening, progesterone, cerclage, pessary

The global rate of preterm birth is estimated to have increased from 9.8% to 10.6% between 2000 and 2014, resulting in approximately 15 million premature births in 2014 and over 1 million deaths in 2015. Preterm birth is the leading cause of neonatal mortality worldwide and is associated with long-term morbidity in survivors. Among the short-term consequences of prematurity are respiratory distress, intracerebral hemorrhage, periventricular leukomalacia, necrotizing enterocolitis, bronchopulmonary dysplasia, retinopathy, and neonatal sepsis. Long-term complications of prematurity include cerebral palsy, behavioral disorders, and cognitive dysfunction. Additionally, the socioeconomic impact of premature births, the prolonged hospitalization of newborns, medical care costs, and the psychological impact on patients cannot be overlooked. Various mechanisms have been implicated in the etiology of premature birth, including cervical insufficiency, infectious pathology, declining progesterone action, uterine malformations, vascular pathologies, and allergic-induced mechanisms. The varied etiology makes it difficult to establish a universal therapeutic approach, but cervical shortening is a common mechanism preceding birth by weeks or months, a change that can be evaluated by ultrasound, which is a cheap and reproducible screening method. This work aims to evaluate the role of ultrasound in the screening and prevention of preterm birth, as well as to systematize existing therapeutic methods (cerclage, pessary, progesterone administration) and their indications according to the latest studies and international practice guidelines.

LUCRARE ORALĂ

4. PRINCIPII GENERALE DE NUTRIȚIE ÎN PATOLOGIA NEONATALĂ

Mărioara Boia^{1,2}, Aniko Manea^{1,2}, Nicoleta Lungu^{1,2}, Florina Doandes^{1,2}, Oana Costescu^{1,2}, Mihaela Zaharie^{1,2}, Timea Brandibur^{1,2}, Daniela Cioboata²

¹*Disciplina de Puericultură și Neonatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara*

²*Secția Neonatologie-Prematuri, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Louis Țurcanu”, Timișoara*

Cuvinte cheie: nutriție, deficite nutriționale, patologie neonatală, malnutriție

Introducere: Un suport nutrițional optim este necesar pentru supraviețuirea, creșterea și dezvoltarea nou-născuților cu patologii severe care necesită terapie intensivă. Deficitele nutriționale sunt responsabile la acești pacienți de: creștere somatică deficitară, exacerbară afecțiunilor subiacente și influențează prognosticul neuro-developmentar.

Material și metodă: au fost evaluate ghidurile și protocoalele din literatura de specialitate privind principiile nutriționale și importanța acestora în prevenția malnutriției la nou-născuții cu patologii severe.

Rezultate: Alimentația enterală permite menținerea troficității intestinului și stimulează maturarea intestinală, secreția hormonilor intestinali și secreția biliară, scade consumul energetic al nou-născutului. Laptele matern este alimentul de elecție deoarece are o compoziție care asigură nevoile nutriționale ale nou-născutului și promovează creșterea și dezvoltarea corespunzătoare. Pentru stabilirea aportului hidric, energetic și proteic trebuie luate în calcul în special la prematurii cu greutate la naștere foarte mică și extrem de mică, antecedentele prenatale, greutatea la naștere, vârsta de gestație, patologia asociată și gradul riscului de dezvoltare al malnutriției. Malnutriția este asociată cu prognostic rezervat, exacerbară patologiei subiacente, ventilație mecanică prelungită, risc crescut de infecție și mortalitate crescută

Concluzii: Suportul nutrițional ajută la atenuarea răspunsului metabolic la stres. Avantajele unei nutriții corespunzătoare sunt: toleranța bună a tratamentului, reducerea efectelor adverse și a episoadelor de infecție, asigurarea unei creșteri și dezvoltări normale.

FREE PAPER

GENERAL PRINCIPLES OF NUTRITION IN NEONATAL PATHOLOGY

Mărioara Boia^{1,2}, Aniko Manea^{1,2}, Nicoleta Lungu^{1,2}, Florina Doandes^{1,2}, Oana Costescu^{1,2}, Mihaela Zaharie^{1,2}, Timea Brandibur^{1,2}, Daniela Cioboata²

¹*Department of Puericulture and Neonatology, University of Medicine and Pharmacy „Victor Babeș”, Timișoara*

²*Neonatology and Premature Department, “Louis Țurcanu” Children's Emergency Hospital, Timișoara, Romania*

Key words: nutrition, nutritional deficiencies, neonatal pathology, malnutrition

Introduction: Providing optimal nutritional support is critical for the survival, growth, and development of neonates who require intensive care due to severe pathologies. Failure to address nutritional deficits in these patients can result in poor somatic growth, worsen underlying conditions, and negatively affect neurodevelopmental outcomes.

Materials and Methods: We conducted a thorough review of guidelines and protocols in the literature on nutritional principles and their importance in preventing malnutrition in neonates with severe pathologies.

Results: Enteral feeding can help maintain gut health, stimulate intestinal maturation, promote the secretion of intestinal hormones and bile, and reduce energy consumption in newborns. Breast milk is the preferred food source because its composition meets the nutritional needs of newborns and promotes proper growth and development. When determining water, energy, and protein intakes, it is crucial to consider the prenatal history, birth weight, gestational age, associated pathology, and the degree of risk of developing malnutrition, especially for very low and extremely low birth weight preterm infants. Malnutrition is associated with a poor prognosis, exacerbation of underlying pathology, prolonged mechanical ventilation, an increased risk of infection, and higher mortality rates.

Conclusions: Providing adequate nutritional support can attenuate the metabolic response to stress and provide benefits such as good treatment tolerance, a reduction of adverse effects and episodes of infection, and normal growth and development for neonates with severe pathologies.

LUCRARE ORALĂ

5. DISGERMINOMUL OVARIAN MATERN ȘI PROGNOSTICUL FETAL: PREZENTARE DE CAZ ȘI REVIEW AL LITERATURII

Carmen Elena Bucuri^{1,2}, R. Ciorte², VAC Oprea^{1,2}, A.M. Măluțan², Maria Patricia Roman², Cristina Ormindean², I. Nati², Viorela Suciu², A. Hăprean², D. Mihu²

¹*Spitalul Clinic Militar de Urgență „Dr Constantin Papilian”, Cluj-Napoca, România*

²*Obstetrică-Ginecologie II, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hatieganu”, Cluj-Napoca, România*

Cuvinte cheie: disgerminom, ultrasonografie, prognostic fetal.

Introducere: Disgerminomul ovarian este o tumoră malignă rară care se dezvoltă din celulele germinale ale ovarului. Asocierea sa cu sarcina spontană este extrem de rară, cu o incidență raportată de aproximativ 0,2-1 la 100.000 de sarcini. Femeile din grupa de vârstă reproductivă sunt mai frecvent afectate. Șansa de viabilitate fetală sau de naștere la termen fără suferință materno-fetală este scăzută. Material și Metodă: Se raportează un caz de disgerminom ovarian drept diagnosticat la o pacientă de 28 de ani cu sarcină intrauterină viabilă de 6 săptămâni finalizată la termen prin operație cezariană, cu nașterea unui făt normoponderal, cu scor Apgar 9. În timpul intervenției s-a impus anexectomia ovariană dreaptă, cu excizia unei tumori ovariene de circa 15 cm, neregulată, de consistență crescută. Examenul histopatologic a confirmat suspiciunea de disgerminom ovarian.

Discuții: În timpul sarcinii, numeroși factori au jucat un rol în evoluția ei favorabilă, inclusiv suspiciunea precoce de malignitate, imagistica cu ultrasunete și implicarea unei echipe multidisciplinare. Neoplasmele ovariene pot crește rapid în dimensiune, pot fi ușor simptomatice sau complet asimptomatice. Aceasta este o provocare de diagnostic pentru obstetricieni și oncologi. Astfel, rolul ultrasonografiei în sarcină în ridicarea precoce a suspiciunii de disgerminom ovarian este extrem de important. Pacienții cu disgerminom ovarian în timpul sarcinii pot avea rezultate favorabile.

Concluzii: Tratamentul trebuie personalizat, fiind necesar să se țină cont de mulți factori; stadializare, istoricul reproductiv anterior, impactul tumorii asupra fătului, vârsta gestațională la momentul diagnosticului și dacă avortul poate îmbunătăți supraviețuirea sau morbiditatea mamei.

FREE PAPER

MATERNAL OVARIAN DYSGERMINOMA AND FETAL OUTCOME: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Carmen Elena Bucuri^{1,2}, R. Ciortea², VAC Oprea^{1,2}, A.M. Măluțan, Maria Patricia Roman², Cristina Ormindean², Ionel Nati², Viorela Suciu², A. Hăprean², D. Mihu²

¹*Emergency Military Clinical Hospital "Dr Constantin Papilian", Cluj-Napoca, România*

²*2nd Department of Obstetrics-Gynaecology, "Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, România*

Keywords: dysgerminoma, pvary, fetal outcome

Introduction: Ovarian dysgerminoma is a rare malignant tumor that develops from the germ cells of the ovary. Its association with spontaneous pregnancy is extremely rare, with a reported incidence of approximately 0.2-1 per 100,000 pregnancies. Women in the reproductive age group are more frequently affected. The chance of fetal viability or full-term birth without maternal-fetal distress is low. **Material and Methods:** We report a case of right ovarian dysgerminoma diagnosed in a 28-year-old young woman with a viable 6-week intrauterine pregnancy that ended at term by cesarean section, with the birth of a normoponderal fetus, with an Apgar score 9 and during the intervention it was imposed the right ovarian adnexectomy, with the removal of an ovarian tumor of about 15 cm, irregular, of increased consistency. Histopathological examination confirmed the suspicion of ovarian dysgerminoma.

Discussion: During pregnancy, many factors played a role in its favorable evolution, including early suspicion of malignancy, ultrasound imaging and the involvement of a multidisciplinary team. Ovarian neoplasms may increase rapidly in size, may be slightly symptomatic or completely asymptomatic. This is a diagnostic challenge for obstetricians and oncologists. Thus, the role of ultrasonography in pregnancy in raising an early suspicion of ovarian dysgerminoma is extremely important. Patients with ovarian dysgerminoma during pregnancy may have favorable results.

Conclusions: The treatment must be customized, being necessary to take into account many factors; the stage of the cancer, the previous reproductive history, the impact of the tumor on the fetus, the gestational age of the fetus at the time of diagnosis and whether abortion can improve the mother's survival or morbidity.

LUCRARE ORALĂ

6. PLACENTA ACRETA – SIMPTOME, RISCURI ȘI TRATAMENT

A.M. Calin¹, C. Herghelegiu², P.C. Pariza³

¹Sp. Clinic Judetean de Urgența „ Sf. Ap. Andrei ” Galați

²Sp. Clinic „Alessandrescu- Rusescu ” Bucuresti

³Sp. Clinic Judetean Urgența „ Sf. Ap. Andrei ” Constanța

Cuvinte cheie: placenta acreta spectrum, sarcina pe cicatricea uterina.

Introducere: Încă din 1960 Luckes și colaboratorii au publicat pentru prima data clasificarea placentei acreta în funcție de gradul de aderenta al vilozitatilor coriale în miometru(acreta , increta și percreta), și în 1982 Tabsh și colegii descriau pentru prima oara caracteristicile diagnosticului ecografic. Din 1018, exista clasificarea FIGO și care diferențiază trei grade diferite pentru placenta acreta.

Material și metoda: Cel mai important factor de risc este placenta praevia. La femeile cu placenta praevia și naștere prin operație cezariană, acestea au un risc crescut de a dezvolta placenta acreta la nasterile ulterioare. Procedurile chirurgicale cu traumatism minim la nivelul uterului se asociază cu placenta acreta precum și patologia uterina primară și tehnicile de FIV.

Rezultate: Teoria fiziopatologica actuală, explică lipsa decidualizării normale în zona cicatricei uterine prin defectul de la interfața miometru-endometru. Decidua intervine în reglarea imunohistochemică, în schimbările și invazia placentară precum și în remodelarea vasculară. În trimestrul I precoce, săptămânii 5-7 : nașterea anterioară prin cezariană, sacul ovular situat în jumătatea inferioară a cavității uterine , aproape de orificiul intern și anter și placenta joasă/prăevia în antecedente , este diagnostic de sarcină pe cicatricea uterină. În trimestrul I tardiv, săptămânii 8-14: ne focusăm pe localizarea placentei și măsurarea grosimii miometrului rezidual(e <2mm -probabil tip2 de sarcină pe cicatricea uterina sau >3-4mm, cel mai probabil tip 1 sarcină pe cicatricea uterina).

Concluzii: În ultimii 10 ani, conexiunea dintre sarcină pe cicatrice uterină și placenta acreta a fost recunoscută și este studiată, iar înțelegerea legăturii strânse dintre cele două afecțiuni ne poate ajuta în consilierea corectă a pacienților și reducerea complicațiilor placentei acreta.

FREE PAPER

PLACENTS ACRETA SPECTRUM

A.M. Calin¹, C. Herghelegiu², P.C. Pariza³

¹*Hospital Clinic Emergency „ Sf Ap. Andrei” Galati*

²*Hospital Clinic „Alessandrescu- Rusescu” Bucuresti*

³*Hospital Clinic Emergency „ Sf Ap. Andrei” Constanta*

Key words: placenta acreta spectrum, cesarean scar pregnancy

Introduction: First time în 1960 Luckes et al. published classification of placenta acreta to depth of villous invasiveness (acreta, increta and percreta) and în 1982 Tabsh et al describe first prenatal ultrasound diagnostic. From 2018, FIGO Classification is available and recognizing three grade.

Material and Metod: The most important risk factor is placenta praevia. In women with placenta praevia the number of previous cesarean section increases the risk of placenta acreta spectrum în subsequent pregnancies. Procedures with less surgical damage has also been associated with placenta acreta spectrum as well as primary uterine pathologies and pregnancies resulting from IVF.

Results: Pathophysiological theory actual explain that failure of normal decidualization în the area of a uterine scar by defect of the endometrium-myometrial interface. Decidua contributes to the immunohistochemical regulation, changes and placental invasion process and vascular remodeling. In early first trimester 5-7 weeks: previous cesarean delivery and center sac below the half line of uterus, close to internal os and anterior, low placenta or praevia - is cesarean scar pregnancy. In late first trimester 8-14 weeks: focus on placental site and measure residual myometrial thickness (thin <2mm most probably type 2 cesarean scar pregnancy , or >3-4mm, most probably type 1 cesarean scar pregnancy).

Conclusion: During the last 10 years, the connection between cesarian scar pregnancy and placenta acreta spectrum was recognized and studied, and, understanding of untreated cesarean scar pregnancy as the proven precursor of placenta acreta spectrum, can provide patients with counseling and improve outcome.

LUCRARE ORALĂ

7. ALGORITM ACTUALIZAT DE MANAGEMENT ȘI DIAGNOSTIC AL PLACENTA ACCRETA SPECTRUM (PAS)

Mădălina Ciuhodaru¹, Petra Acostăchioaie², Tudor Buțureanu², Ana Apetrei², Andra Pascal², Răzvan Socolov¹

¹UMF “Gr.T.Popa” Iași

²Spitalul Clinic de obstetrică-ginecologie “Elena Doamna” Iași

Cuvinte cheie: placenta accreta spectrum, management, antenatal planning, check-list, point of care, compliance of complications

PAS -placenta accreta spectrum (PAA - placenta cu aderență anormală- accreta, increta, percreta) și toate tipurile de placenta cu aderență și invazie anormală, inclusiv grade de invazie placentară diferite la nivelul aceleiași mase placentare (exemplu: accreta totală, parțială sau focală)

Cu o mortalitate și o morbiditate semnificative, atât pe termen scurt (hemoragii masive, creșterea numărului de histerectomii de necesitate, leziuni chirurgicale, coagulare vasculară diseminată, transfuzii de sânge, insuficiență multiplă de organ etc) cât și pe termen lung (durere abdominală cronică, infecție postpartum, anxietate și depresie asociată nașterii, PTSD etc), diagnosticul și managementul PAS reprezintă o problemă de mare impact în calitatea serviciilor medicale, cu aplicație directă în reducerea variațiilor în practica medicală datorată nivelului specific de calificare necesitând integrarea unor proceduri terapeutice clare cât și a unor echipe interdisciplinare.

Obiective: realizarea unui check-list specific fiecărei unități OG în parte, a unui protocol de diagnostic în urgență coerent, a unei planificări adecvate pentru cele diagnosticate antenatal, a unor “time out-out”- puncte critice în managementul cazului, a unor documentări medicale și a unui feed-back repetat precum și a unor centre specializate PAS cu posibilitatea integrării unor echipe multidisciplinare (medic de urgență, urolog, chirurg, hematolog, etc.)

Material și metodă: studiul comparativ al managementului PAS integrat perioadei COVID 2020-2022 (scadere adresabilitate, diagnostic în urgență, management de război exhaustiv complex al cazurilor complicate chirurgicale etc.) și al cazurilor planificate diagnosticate antenatal (2022-2024) analizându-se - vârsta (14-24 de ani, 24-34 ani, 34-44 ani), modul de referire al cazului (deplasare cu mijloace proprii, ambulanța, transfer de la altă unitate etc), modul de obținere al sarcinii (natural, proceduri FIV sau inseminare), rangul nașterii (special numărul de cezariene anterioare), mortalitatea pe vârste, numărul de histerectomii de necesitate consecutive, numărul de complicații (leziuni uretere, hemoragii masive etc), numărul de intervenții medicale asistate (transfuzii, CID etc.), complicații pe termen lung (anxietate, PTSD etc.). Check-listul propus face parte dintr-un sistem algoritmic de întrebări. 1.”este spitalul echipat adecvat pentru managementul PAS” și 2.”pacienta poate să nască aici sau într-un centru superior urmate de “time-out-uri” despre abordări critice -1.Se continuă nașterea 2.după nașterea fătului-timp critic înainte de abordarea PAS 3.se practică histerectomie per primam 4.în contextul șocului hemoragic- evaluarea atitudinii terapeutice complexe.

Pentru abordarea antenatală planificată -sunt repere ca: localizarea acurată a placentei, tipul inciziei, cu planificarea atentă a laparotomiei (eventual Maylard modificată), evaluarea (la nevoie)

ecografică(sterilă,intrapartum), starea generală a pacientei- echilibrată hemodinamic sau nu,mobilizare în timp util a unei echipe complexe care să practice histerectomia cu evitarea practicilor chirurgicale inadecvate sau sângerărilor masive (schimbarea poziției pacientei-litotomia (depistarea sângerărilor active,cistografie,stent ureteral profilactic, administrare de acid tranexamic etc.).

Dificultățile asistenței medicale în COVID au crescut gradul de morbiditate prin transfuzie de sânge (cu 20,1%) complicații infecțioase (cu febră (80,2%) și frison), toate aceste fiind multiplicare de rangul nașterii (în special după a 2a cezariana 70,2%).

Intervențiile planificate cu evaluarea și stabilirea echipei multidisciplinare au avut un succes de 98,2% nefiind grevate de complicații de tipul histerectomiei.

Concluzie: implementarea unui algoritm de diagnostic și tratament urgent al PAS prin check-list adecvat pentru orice nivel de spital OG cu posibilitatea de referire către un centru superior sau de acces la o echipă la o echipă multidisciplinară , precum și planificare antenatală sunt factorii majori de prognostic favorabil în lupta cu această patologie încă atât de incertă din punct de vedere al abordării în specialitatea noastră.

FREE PAPER

UPDATED MANAGEMENT AND DIAGNOSIS ALGORITHM OF PLACENTA ACCRETA SPECTRUM (PAS)

Mădălina Ciuhodaru¹, Petra Acostăchioaie², Tudor Buțureanu², Ana Apetrei², Andra Pascal², Răzvan Socolov¹

¹UMF "Gr.T.Popa" Iași

²Spitalul Clinic de obstetrică-ginecologie "Elena Doamna" Iași

Keywords: placenta accreta spectrum, management, antenatal planning, check-list, point of care, compliance of complications

PAS - placenta accreta spectrum (PAA - placenta with abnormal adhesion - accreta, increta, percreta) and all types of placenta with abnormal adhesion and invasion, including different degrees of placental invasion in the same placental mass (example: total, partial or focal accreta).

With a significant mortality and morbidity, both in the short term (massive hemorrhages, the increase in the number of necessity hysterectomies, surgical injuries, disseminated vascular coagulation, blood transfusions, multiple organ failure, etc.) and in the long term (chronic abdominal pain, postpartum infection, anxiety and depression associated with childbirth, PTSD, etc.), the diagnosis and management of PAS represents a problem of considerable impact in the quality of medical services, with direct application in reducing variations in medical practice due to the specific level of qualification requiring the integration of straight therapeutical procedures as well as multidisciplinary teams.

Objectives: the creation of a specific check-list for each OG unit, a coherent emergency diagnostic protocol, an adequate planning for those diagnosed antenatally, some "time out-out" - critical points in case management, some medical documentation and a repeated feed-back as well as PAS specialized centers with the possibility of integrating multidisciplinary teams (emergency physician, urologist, surgeon, hematologist, etc.)

Material and method: the comparative study of the integrated PAS management of the COVID period 2020-2022 (decreased addressability, emergency diagnosis, complex exhaustive "war" management of surgically complicated cases, etc.) and of planned cases diagnosed antenatally (2022-2024) analysing - age (14-24 years old, 24-34 years old, 34-44 years old), method of referral of the case (movement with own means, ambulance, transfer from another unit, etc.), method of obtaining pregnancy (naturally, IVF procedures or insemination), stage of birth (especially the number of previous cesarean sections), mortality by age, the number of consecutive necessary hysterectomies, the number of complications (ureteral injuries, massive hemorrhages, etc.), the number of medically assisted interventions (transfusions, CID, etc.), complications long-term (anxiety, PTSD, etc.).

The suggested checklist is part of an algorithmic system of questions. 1."is the hospital adequately equipped for the management of PAS" and 2."the patient can give birth here or in a higher center followed by "time-outs" about critical approaches -1.the birth continues 2 after the birth of the fetus - critical time before PAS approach 3. hysterectomy per primam is practiced 4. in the context of hemorrhagic shock - evaluation of the complex therapeutic attitude. For the planned antenatal approach - there are benchmarks such as: the accurate location of the placenta, the type of incision, with careful planning of the laparotomy (possibly modified Maylard), the (if necessary) ultrasound evaluation (sterile, intrapartum), the patient's general

condition - hemodynamically balanced or not, timely mobilization of a complex team to perform hysterectomy while avoiding inappropriate surgical practices or massive bleeding (changing the patient's position-lithotomy (detection of active bleeding, cystography, prophylactic ureteral stent, administration of tranexamic acid, etc.).

The difficulties of medical assistance in COVID have increased the degree of morbidity through blood transfusion (by 20.1%) infectious complications (with fever (80.2%) and chills), all of which are multiplied by the rank of the birth (especially after the 2nd caesarean 70.2%). Interventions planned with the evaluation and establishment of the multidisciplinary team had a success rate of 98.2%, not being burdened by hysterectomy-type complications. Conclusion: the implementation of an algorithm for the diagnosis and urgent treatment of PAS through a checklist suitable for any level of OG hospital with the possibility of referral to a higher center or access to a multidisciplinary team, as well as antenatal planning are the major factors of favorable prognosis in the fight against this pathology still so uncertain from the point of view of the approach in our specialty.

LUCRARE ORALĂ

8. PLACENTA ACCRETA SPECTRUM (PAS) -ALGORITM DE MANAGEMENT ÎN URGENȚĂ, PLANIFICARE ANTENATALĂ INTERDISCIPLINARĂ, NECESITĂȚI ALE SISTEMULUI DE SĂNĂTATE

Mădălina Ciuhodaru¹, Petra Acostăchioaie², Tudor Buțureanu¹, Ana Apetrei², Viorica Magaleas³, Andra Pascal², Răzvan Socolov¹

¹UMF "Gr.T.Popa" Iași

²Spitalul Clinic de obstetrică-ginecologie "Elena Doamna" Iași

³Spitalul Arcadia, Iași

Cuvinte cheie: PAS, C-section, management antenatal planificat, specialised center

PAS (placenta accreta spectrum) reprezintă o urgență obstetricală majoră, adeseori subdiagnosticată (în proporție de 60%), care are ca și consecință hemoragii masive peripartum, morbiditate maternă severă, creșterea numărului de histerectomii, numeroase complicații chirurgicale (inclusiv leziuni de tract urinar până la complicații de tipul coagulare vasculară diseminată (CID) reintervenții și deces matern (1% până la 7% în funcție de calitatea managementului cazului).

Societatea de Medicină Materno Fetală recomandă ca PAS să fie evaluată și manageriată sub coordonarea unor echipe interdisciplinare, conform unor check-list specifice și chiar implementarea planificării antenatale și chiar realizarea unor centre de referință pentru această patologie, concomitent cu pregătirea adecvată a tuturor centrelor de OG indiferent de nivelul de competență.

Obiective: stabilirea unor necesități urgente ale sistemului medical pentru implementarea unui algoritm pertinent de management al PAS diagnosticat în urgențe.

Material și metodă: evaluarea managementului cazurilor de PAS diagnosticate în urgență comparativ cu cele diagnosticate antenatal, cu referire la factori de risc legați de vârsta pacientelor (14-24,24-34,34-44 de ani), modalitatea de naștere (naturală, cezariană), mediul de proveniență (urban, rural), procent de nașteri complicate cu histerectomii de necesitate, cu transfuzii de sânge, complicații chirurgicale (leziuni de ureter etc) ,complicații pe termen lung(PTSD, anxietate, infecții etc) numărul de cezariene anterioare (1,2,3,4,5, etc).

Rezultate: majoritatea cazurilor de PAS sunt diagnosticate la naștere sau intraoperator (76,1%) comparativ cu diagnosticul PAS antenatal. Din grupurile de vârstă observăm că majoritatea celor cu PAS diagnosticate în urgență se află la vârste extreme (14-18 ani) și (40-44 ani), mai frecvent din mediul rural (76,2%).Modalitatea de naștere este majoritar(83,3%) prin operație cezariană complicată cu histerectomie (10,4%),și leziuni ureterale (1,02%). transfuzii de sânge(23,4%), CID (13,2%) și 1 deces matern, iar frecvența de PTSD este de 23,2%. Iar funcție de modalitatea de adresare prin transfer (31,6%), iar cu salvarea (56,4%).

Se observă că lipsa adresabilității datorate mediului socio economic precar și vârstelor extreme influențează majoritar accesul la diagnostic și consecutiv managementul corect al cazului, de asemenea cele venite în

urgență și nediagnosticate au o rată mai mare a histerectomiilor de necesitate și a transfuziilor de sânge comparativ cu cele prezentate la intervenții planificate.

Concluzii: necesitatea implementării unui algoritm adecvat de diagnostic și a unui

Check-list adaptat precum și instituirea infrastructurii intraspitalicești care vine în contact cu aceste patologii facilitând astfel scăderea complicațiilor pe termen scurt și lung.

Deasemenea pregătirea unor centre speciale de PAS în contextul creșterii incidenței acestei patologii din cauza creșterii numărului operații cezariene, este imperios necesară pentru managementul acestor cazuri.

FREE PAPER

PLACENTA ACCRETA SPECTRUM(PAS)-EMERGENCY MANAGEMENT ALGORITHM, INTERDISCIPLINARY ANTENATAL PLANNING, NECESITIES OF THE HEALTH SYSTEM

Mădălina Ciuhodaru¹, Petra Acostăchioaie², Tudor Buțureanu¹, Ana Apetrei², Viorica Magaleas³, Andra Pascal², Răzvan Socolov¹

¹UMF “Gr.T.Popa” Iași

²Spitalul Clinic de obstetrică-ginecologie “Elena Doamna” Iași

³Spitalul Arcadia, Iași

Keywords: PAS, C-section, planned antenatal management, specialized center

PAS (placenta accreta spectrum) represents a major obstetric emergency, often underdiagnosed (in proportion to 60%), which results in massive peripartum hemorrhages, severe maternal morbidity, an increase in the number of hysterectomies, numerous surgical complications (including urinary tract injuries up to for complications such as disseminated vascular coagulation (DIC) reoperations and maternal death (1% to 7% depending on the quality of case management).

The Maternal Fetal Medicine Society recommends that PAS be evaluated and managed under the coordination of interdisciplinary teams, according to specific checklists and even the implementation of antenatal planning and even the creation of reference centers for this pathology, simultaneously with the adequate training of all OG centers regardless of skill level.

Objectives: establishing urgent needs of the medical system for the implementation of a relevant management algorithm for PAS diagnosed in emergencies.

Material and method: evaluation of the management of PAS cases diagnosed in the emergency compared to those diagnosed antenatally, with reference to risk factors related to the age of the patients (14-24,24-34,34-44 years), the type of birth (natural , caesarean section), environment of origin (urban, rural), percentage of births complicated with necessity hysterectomies, with blood transfusions, surgical complications (ureter injuries, etc.), long-term complications (PTSD, anxiety, infections, etc.) the number of previous cesarean sections (1,2,3,4,5, etc.).

Results: most cases of PAS are diagnosed at birth or intraoperatively (76.1%) compared to antenatal PAS diagnosis. From the age groups, we notice that the majority of those with PAS diagnosed in the emergency are at extreme ages (14-18 years) and (40-44 years), more frequently from rural areas (76.2%). The mode of birth is the majority (83.3%) by caesarean section complicated with hysterectomy (10.4%), and ureteral injuries (1.02%). blood transfusions (23.4%), DIC (13.2%) and 1 maternal death, and the frequency of PTSD is 23.2%. And according to the way of addressing: by transfer from another hospital unit(31.6%), or by emergency services (56.4%).

Lack of addressability due to the precarious socio-economic environment and extreme ages mostly influences the access to diagnosis and consequently the correct management of the case, also those who come in emergency and undiagnosed have a higher rate of emergency hysterectomies and blood transfusions compared to those presented at planned interventions.

Conclusions: the need to implement an appropriate diagnostic algorithm and adapted checklist as well as the establishment of intra-hospital infrastructure that comes into contact with these pathologies thus facilitating the decrease of short and long term complications. Also, the preparation of special PAS centers in the context of the increase in the incidence of this pathology due to the increase in the number of cesarean operations, is imperative for the management of these cases.

LUCRARE ORALĂ

9. PROFILAXIA INFECȚIILOR DE PLAGĂ LA PACIENTELE OBEZE - NECESITĂȚI DE PROTOCOL

Mădălina Ciuhodaru¹, Petra Acostăchioaie², Tudor Buțureanu¹, Ana Apetrei², Viorica Magaleas³, Andra Pascal², Răzvan Socolov¹

¹UMF "Gr.T.Popa" Iași

²Spitalul Clinic de obstetrică-ginecologie "Elena Doamna" Iași

³Spitalul Arcadia, Iași

Cuvinte cheie: SSI,C section ,obese patients, antibiotic therapy.

Operația de cezariană este una dintre cele mai frecvente intervenții chirurgicale, având comparativ cu nașterea naturală un risc mai mare de mortalitate, morbiditate sau complicații, dintre care cea la plagă este cea mai comună. În vederea profilaxiei acestei infecții am dorit să evaluăm eficacitatea administrării de cefalosporină și metronidazol la pacienții obeze care au născut prin operație cezariană.

Metode de studiu- dublu observațional comparând administrarea orală de cefalosporină și metronidazol versus placebo orală la gravidele care au primit cefalosporină preoperator, împărțindu-le în grup de referință(14 pacienți) și de control(14 pacienți). La controlul de la o săptămână, fără febră la grupul de referință (9%) și 19,1% referitor la secreția la plagă (seroasă 9,6% vs 11%, purulentă 3% vs 17,1%), plagă necicatrizată (1,5% vs 7 %) și celule postoperatorii (5,2% vs 14,2 %). La două săptămâni nu s-a remarcat niciun puseu febril la niciunul dintre grupurile de mai sus, fără secreții anormale la locul inciziei, fără dehiscențe sau celule postoperatorii la grupul la care s-a intervenit medicamentos, comparativ cu grupul de control.

Concluzie: administrarea orală postoperatorie de cefalosporină și metronidazol pentru 48 de ore după intervenția de cezariană în sprijinul profilaxiei preoperatorii standard cu cefalosporina, scade semnificativ riscul de infecție în cele 2 săptămâni- ceea ce face semnificativă inițierea acestui protocol.

FREE PAPER

SURGICAL SITE INFECTION (SSI) PROPHYLAXIS IN OBESE PATIENTS - PROTOCOL NECESSITIES OF AN UPDATED PROTOCOL

Mădălina Ciuhodaru¹, Petra Acostăchioaie², Tudor Buțureanu¹, Ana Apetrei², Viorica Magaleas³, Andra Pascal², Răzvan Socolov¹

¹UMF “Gr.T.Popa” Iași

²Spitalul Clinic de obstetrică-ginecologie “Elena Doamna” Iași

³Spitalul Arcadia, Iași

Key words: SSI, C section, obese patients, antibiotic therapy.

Caesarean section is one of the most common surgical interventions, having a higher risk of mortality, morbidity or complications compared to natural birth, of which the wound infection is the most common. To prevent this infection, we wanted to evaluate the effectiveness of the administration of cephalosporin and metronidazole in obese patients who gave birth by cesarean section.

Study methods - double observational comparing the oral administration of cephalosporin and metronidazole versus oral placebo in pregnant women who received cephalosporin preoperatively, dividing them into a reference group (14 patients) and a control group (14 patients). At the one-week follow-up, no fever in the reference group (9%) and 19.1% regarding wound discharge (serous 9.6% vs 11%, purulent 3% vs 17.1%), unhealed wound (1.5% vs 7%) and postoperative cellulitis (5.2% vs 14.2%). At two weeks, no febrile flare-up was noted in any of the above groups, no abnormal discharge at the incision site, no dehiscence or postoperative cellulitis in the group treated with medication, compared to the control group.

Conclusion: postoperative oral administration of cephalosporin and metronidazole for 48 hours after caesarean section in support of standard preoperative prophylaxis with cephalosporin, significantly decreases the risk of infection in the 2 weeks - which makes the initiation of this protocol quite significant, considering the fact that obesity represents an increasing pathology challenging health care workers through all the medical specialities.

LUCRARE ORALĂ

10. MONITORIZAREA RITMULUI CARDIAC FETAL INTRAPARTUM: O PRIVIRE DE ANSAMBLU

D. Diculescu, R. Ciorte, A. Malutan, Renata Nicula, Mihaela Oancea, Daria Pop, Cristina Ormindean, I. Nati, Maria Roman, Marina Dudea, C. Iuhas, D. Miha

Departamentul "Mama si Copilul", UMF Cluj-Napoca

Cuvinte cheie: monitorizarea ritmului cardiac fetal intrapartum, auscultatia intermitenta, oxigenare fetala

Travaliul normal, prin contracțiile uterine, determină reduceri repetate ale fluxului sanguin către spațiile interviloase, care au ca rezultat întreruperi repetate ale oxigenării fetale. Contracțiile pot comprima cordonul ombilical și capul fătului. Majoritatea feților tolerează bine acest proces datorită rezervei placentare și a mecanismelor compensatorii eficiente, dar unii nu o fac din cauza insuficienței uteroplacentare preexistente și/sau a factorilor intrapartum. Motivul pentru monitorizarea ritmului cardiac fetal (FHR) intrapartum este că identificarea modificărilor FHR potențial asociate cu oxigenarea fetală inadecvată, poate permite intervenția în timp util, pentru a reduce probabilitatea de leziuni hipoxice sau deces. În plus, identificarea precisă a feților oxigenați corespunzător poate preveni intervenții inutile. Deși practic toate societățile obstetricale recomandă monitorizarea FHR în timpul travaliului, beneficiul acestei intervenții nu a fost demonstrat în mod concludent, iar această poziție se bazează în mare parte pe opinia experților și pe precedente medico-legale. Unele dovezi sugerează că monitorizarea FHR intrapartum este asociată cu o reducere a decesului intrapartum, dar o reducere a afectării neurologice pe termen lung nu a fost dovedită. Atât pentru sarcinile cu risc scăzut, cât și pentru cele cu risc ridicat, monitorizarea electronică continuă a FHR nu este net superioară ausculției intermitente în ceea ce privește prevenirea decesului sau a rezultatului neurologic pe termen lung și are o rată ridicată de rezultate fals-pozitive. Lipsa de superioritate a fost atribuită, cel puțin parțial, variabilității intra- și interobservatori în interpretarea traseelor electronice FHR.

FREE PAPER

INTRAPARTUM FETAL HEART RATE MONITORING: OVERVIEW

D. Diculescu, R. Ciortea, A. Malutan, Renata Nicula, Mihaela Oancea, Daria Pop, Cristina Ormindean, I. Nati, Maria Roman, Marina Dudea, C. Iuhas, D. Miha

Department "Mother and Child", UMF Cluj-Napoca

Key words: intrapartum fetal heart rate monitoring, intermittent auscultation, fetal oxygenation

Normal labor causes repeated reductions of blood flow to the intervillous spaces by uterine contractions resulting in repeated interruptions of fetal oxygenation. Contractions may compress the umbilical cord and fetal head. Most fetuses tolerate this process well because of placental reserve and effective compensatory mechanisms, but some do not because of preexisting uteroplacental insufficiency and/or intrapartum factors. The rationale for intrapartum FHR monitoring is that identification of FHR changes potentially associated with inadequate fetal oxygenation, may enable timely intervention to reduce the likelihood of hypoxic injury or death. In addition, accurate identification of appropriately oxygenated fetuses may prevent unnecessary interventions. Although virtually all obstetric societies advise monitoring the FHR during labor, the benefit of this intervention has not been conclusively demonstrated, and this position is largely based upon expert opinion and medicolegal precedent. Some evidence suggests that intrapartum FHR monitoring is associated with a reduction in intrapartum death, but a reduction in long-term neurologic impairment has not been proven. For both low- and high-risk pregnancies, continuous electronic FHR monitoring is not clearly superior to intermittent auscultation with respect to preventing death or poor long-term neurologic outcome and has a high false-positive rate. The lack of superiority has been attributed, at least in part, to intra- and interobserver variability in interpretation of electronic FHR tracings.

LUCRARE ORALĂ

11. DIAGNOSTICUL ANTENATAL ȘI EVOLUȚIA POSTNATALĂ A ANOMALIILOR CONGENITALE RENALE FETALE

Artur Focșa

Gynelux, Zalău, România

CUVINTE CHEIE: dilatarea pelvisului renal; rinichi dispărut; distopie renală; rinichi în potcoavă; duplicație renală; boala rinichiului chistic congenital.

INTRODUCERE: Utilizarea de rutină a sonografiei prenatale permite nu numai vizualizarea secvențială a dezvoltării rinichilor, dar în unele cazuri oferă posibilitatea de a înregistra evoluția antenatală a anomaliilor de dezvoltare a rinichilor fetali. Vizualizarea confirmată a rinichilor în perioada prenatală și lipsa altor anomalii congenitale nu exclud un diagnostic de boală renală acută sau cronică în perioada postnatală.

MATERIAL ȘI METODE: Lucrarea este o analiză a cazurilor tipice depistate antenatal în cadrul unor examinări ecografice standard și descrierea evoluției lor postnatal. Spectrul anomaliilor renale prezentate include: dilatări ale pelvisului renal, rinichi dispărut, distopiile pelvină, toracică și încrucișată, rinichi în potcoavă, duplicație renală, boala rinichiului chistic congenital. Evoluția postnatală a cazurilor prezentate a variat de la asimptomatic, boala renală cronică, septicemie renală sau incompatibil cu viața extrauterină.

REZULTATE/CONCLUZII: Specialiștii neonatologi, nefrologii sau urologii pediatri trebuie informați de existența anomaliilor renale depistate antenatal de către medicii ginecologi pentru a interveni postnatal cât mai precoce și a evita investigații și tratamente inutile.

FREE PAPER

ANTENATAL DIAGNOSIS AND POSTNATAL EVOLUTION OF CONGENITAL FETAL RENAL ANOMALIES

Artur Focşa

Gynelux, Zalău, România

KEYWORDS: dilation of the renal pelvis; vanishing kidney; renal dystopia; horseshoe kidney; renal duplication; congenital cystic kidney disease.

INTRODUCTION: The routine use of prenatal sonography allows not only the sequential visualization of kidney development, but in some cases also the recording of the antenatal evolution of fetal kidney developmental abnormalities. Confirmed visualization of the kidneys in the prenatal period and the absence of other congenital anomalies do not exclude a diagnosis of acute or chronic kidney disease in the postnatal period.

INTRODUCTION: The routine use of prenatal sonography allows not only the sequential visualization of kidney development, but in some cases provides the opportunity to record the antenatal evolution of fetal kidney developmental anomalies. Confirmed visualization of the kidneys in the prenatal period and the absence of other congenital anomalies do not exclude a diagnosis of acute or chronic kidney disease in the postnatal period.

MATERIAL AND METHODS: The paper is an analysis of typical cases detected antenatally during standard ultrasound examinations and the description of their postnatal evolution. The spectrum of renal anomalies presented includes renal pelvis dilatations, vanishing kidney, pelvic or thoracic ectopia, crossed renal ectopia, horseshoe kidney, renal duplication, congenital cystic kidney disease. The postnatal evolution of the presented cases varied from asymptomatic, chronic kidney disease, renal septicemia or incompatible with extrauterine life.

RESULTS/CONCLUSIONS: Specialists in neonatology, pediatric nephrologists or urologists should be informed of the existence of renal anomalies detected antenatally by gynecologists to intervene postnatally as early as possible and avoid unnecessary investigations and treatments.

LUCRARE ORALĂ

12. DEZLIPIRE DE LOB PLACENTARĂ SUCCENTUATĂ

I.G. Goidescu¹, Georgiana Nemeti^{1,2}, Andreia Preda¹, Adelina Staicu¹, Cerasela Goidescu², M. Surcel¹,
Ioana Rotar, Gh. Cruciat¹, D. Mureșan¹

¹*Obstetrics and Gynecology I, Mother and Child Department, University of Medicine and Pharmacy
“Iuliu Hatieganu”, Cluj-Napoca, Romania*

²*Department of Internal Medicine, Medical Clinic I—Internal Medicine, Cardiology and
Gastroenterology, University of Medicine and Pharmacy “Iuliu Hatieganu”, Cluj-Napoca, Romania*

Cuvinte Cheie: Placenta, DPPNI, Lob Succenturiat

Dezvoltarea placentei este un proces complex care stă la baza dezvoltării fetale normale, orice modificare a formării acesteia ducând la creșterea morbidității materno-fetale și a complicațiilor fetale. Lobul sucenturiat este o variație structurală a placentei care apare de obicei ca un lob separat de masa placentară principală. Lobul succenturiat este o anomalie rară a placentei, cu risc crescut de suferință fetală, hemoragie, abrupcio placentae și chiar moarte fetală deoarece vasele acestui lob sucenturiat sunt vulnerabile atât la compresiune, cât și la laceratie. Diagnosticul imagistic prenatal al acestei patologii îmbunătățește prognosticul fetal printr-o supraveghere mai atentă și în cazul unor complicații precum abrupcio placentae prin scurtarea timpului de decizie, în favoarea operației cezariene.

Prezentăm cazul unei paciente de 27 de ani, fără factori de risc pentru anomalii placentare, diagnosticată antenatal cu placentă succenturiată, care s-a prezentat la 34 de săptămâni de sarcină cu abrupcio placentae.

FREE PAPER

SUCCENTURIATE PLACENTAL LOBE ABRUPTION

I.G. Goidescu¹, Georgiana Nemeti^{1,2}, Andreia Preda¹, Adelina Staicu¹, Cerasela Goidescu², M. Surcel¹,
Ioana Rotar, Gh. Cruciat¹, D. Mureșan¹

¹*Obstetrics and Gynecology I, Mother and Child Department, University of Medicine and Pharmacy
“Iuliu Hatieganu”, Cluj-Napoca, Romania*

²*Department of Internal Medicine, Medical Clinic I—Internal Medicine, Cardiology and
Gastroenterology, University of Medicine and Pharmacy “Iuliu Hatieganu”, Cluj-Napoca, Romania*

Keywords: Placenta, Abruption, Succenturiate Lobe

The development of a placenta is a complex process which is the basis of normal fetal development, any change in its formation leading to increased maternal-fetal morbidity and fetal complications. The succenturiate lobe is a structural variation of the placenta that usually appears as a separate lobe from the main placental mass. Succenturiate lobe is a rare anomaly of the placenta, with high risk of fetal distress, hemorrhage, abruptio placentae and even fetal death because the vessels of this succenturiate lobe are vulnerable both to compression or laceration. A prenatal imaging diagnosis of this pathology improves the fetal prognosis through more careful surveillance and in case of complications such as abruptio placentae by shortening the decision time in favor of cesarean section.

We present the case of a 27-year-old patient, without risk factors for placental abnormalities, diagnosed antenatally with placenta Succenturiata, who presented at 34 weeks of pregnancy with abruptio placentae.

LUCRARE ORALĂ

13. FACTORI DE RISC ASOCIAȚI HIPOGLICEMIEI NEONATALE

Monica Hășmășanu¹, Melinda Matyas¹, Mihaela Ghebuță², Gabriela Zaharie¹

¹*Departmentul de Neonatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, Romania*

²*Student, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, Romania*

Cuvinte cheie: hipoglicemie, neonatal, risc

Introducere: Hipoglicemia neonatală reprezintă o tulburare metabolică frecvent întâlnită în primele zile de viață ale nou-născutului. În timpul tranziției normale la viața extrauterină, concentrația de glucoză din sânge la nou-născutului sănătos scade în primele două ore după naștere, atingând un nadir de aproximativ 55mg/dL. Este important să se diferențieze acest răspuns tranzițional fiziologic normal de tulburările care duc la hipoglicemie persistentă sau recurentă, care, netratată, poate duce la sechele neurologice severe

Material și metodă: Lucrarea reprezintă un studiu de tip descriptiv, observațional de tip eșantion reprezentativ în cadrul secției Neonatologie I a „Spitalului Clinic Județean de Urgență” Cluj-Napoca. Studiul a fost realizat pe o perioadă de 16 luni și au fost incluși 67 de nou-născuți care au prezentat valori scăzute ale glicemiei la screening. Culegerea datelor s-a realizat prin analizarea bazei de date digitală a secției Neonatologie I.

Rezultate: Din totalul de 2652 de internări, au fost identificați 67 de nou-născuți diagnosticați cu hipoglicemie neonatală. Din lotul studiat 55% dintre subiecți au fost prematuri cu o greutate medie de 2499.53±121.42grame. Patologia anterioară sarcinii s-a regăsit la 31% din cazuri, primele trei cauze hipertensiunea arterială esențială, patologii oculare, hipotiroidism/hipertiroidism și diabet zaharat tip 1. Patologiile induse de sarcină au fost reprezentate de hipertensiunea arterială, preeclampsia, diabetul gestațional. Dintre cele 9 cazuri de diabet zaharat matern, există 7 cazuri de diabet gestațional și 2 cazuri de diabet zaharat tip 1 anterior sarcinii. Patologia paternă a fost recunoscută în 6% din cazuri. Hipoglicemia a fost corectată în 43% din cazuri prin alimentație enterală și 57% prin corecție parenterală. În două cazuri am avut hipoglicemie ondulantă persistentă la care ca factor de risc au fost prematuritatea, septicemia, insuficiența multiorganică și restricția de creștere.

Concluzii: Condițiile prenatale care sunt asociate cu risc crescut de hipoglicemie neonatală pot avea un impact mai mare asupra dezvoltării decât hipoglicemia neonatală în sine.

FREE PAPER

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH NEONATAL HYPOGLICEMIA

Monica Hășmășanu¹, Melinda Matyas¹, Mihaela Ghebuță², Gabriela Zaharie¹

¹ Neonatology, Mother and Child Department, University of Medicine and Pharmacy "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, Romania

² Student, University of Medicine and Pharmacy "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, Romania

Key words: hypoglycemia, neonatal, risk

Introduction: Neonatal hypoglycemia represents a metabolic disturbance that is frequently met on the first day of the life of the newborn baby. In normal transition to extrauterine life, glucose blood level drops to 55mg/dl at the term newborn. It is essential to make a difference between these normal, transitional, physiological responses and disorders, which lead to persistent or recurrent hypoglycemia, which, untreated, can lead to severe neurological sequelae.

Material and method: The work represents a descriptive, observational study of a representative sample within the Neonatology I section of the Cluj-Napoca "County Emergency Clinical Hospital." The study was conducted over 16 months and included 67 newborns with low blood glucose values at screening. The data was collected by analyzing the section's digital database.

Results: From the total of 2652 admissions, 67 newborns diagnosed with neonatal hypoglycemia were identified. From the studied group, 55% of the subjects were premature, with an average weight of 2499.53±121.42 grams. Pre-pregnancy pathology was found in 31% of cases, the first three causes being essential arterial hypertension, eye pathologies, hypothyroidism/hyperthyroidism, and type 1 diabetes. Pregnancy-induced pathologies were represented by arterial hypertension, preeclampsia, and gestational diabetes. Among the 9 cases of maternal diabetes, there are 7 cases of gestational diabetes and 2 cases of pre-pregnancy type 1 diabetes. Paternal pathology was recognized in 6% of cases. Hypoglycemia was corrected in 43% of cases by enteral nutrition and 57% by parenteral correction. In two instances, we had persistent undulating hypoglycemia in which risk factors were prematurity, septicemia, multiorgan failure, and growth restriction.

Conclusions: Prenatal conditions that are associated with an increased risk of neonatal hypoglycemia may have a greater impact on development than neonatal hypoglycemia itself.

FREE PAPER

14. ACUTE MATERNAL STRESS - POSSIBLE CAUSE OF UNEXPLAINED ANTENATAL FETAL DEATH? A CASE REPORTS

Victor Juncu ^{1,2}, Edvin Vaso ¹ and Mihai Emil Căpîlna ^{2,3}

¹*Obstetrics and Gynecology department, Mediaș Clinical Hospital, 551030, Mediaș, Romania*

²*Obstetrics and Gynecology department, UMFST "George Emil Palade", 540136, Târgu Mureș, Romania*

³*Obstetrics and Gynecology department, SCJU Târgu Mureș, First Obstetrics and Gynecology Clinic, Targu Mures, Romania*

Keywords: acute maternal stress; fetal death; fetal movements, ultrasound

Background: A considerable body of research implicates maternal stress during pregnancy as a potent influence in fetal development, adverse birth outcomes, and many infant and child developmental adversities. Stress is a frequently used, ambiguous term. Acute stress is an intense but relatively short-lived response to stressors, whereas chronic stress is the result of unresolved stressors that are experienced for a longer period. Maternal-placental-fetal neuroendocrine interaction and immune responses are stress-sensitive and thus may affect birth outcomes. Thus, the fetal blood concentrations of catecholamines before and during maternal stress were significantly higher than those of the mothers. This, typically in acute stress, causes reduction of uterine blood flow (UBF) and is an indirect mechanism of maternal-fetal stress transfer during late gestation. Maternal stress is a well-established risk factor for preterm birth and has been associated with adverse neonatal outcomes in the first and subsequent generations, including increased susceptibility to disease and lasting immunological changes.

Materials and Methods: This study is a case report and exposes two cases of acute maternal stress that led in one case to antenatal fetal mortality and in another case to emergency premature birth by caesarean section due to fetal distress.

Results: Two clinical cases were selected. In one of the cases (2022), a 29-year-old patient, primiparous, following a divorce, presented herself at the hospital with accusations of the absence of fetal movements for 8 hours. A 34-week pregnancy was diagnosed with a live fetus, in cranial presentation, which showed reduced movements on ultrasound, Doppler examination with normal indicators at the level of Ao, ACM and Aut, instead, the Doppler examination at the level of the ductus venosus revealed an index pulsatility at the 90th percentile and negative "a" wave. The initial CTG examination was satisfactory, after four hours instead the decelerations were recorded that led to an emergency cesarean section with a normal-weight fetus, APGAR score 8, discharged on the 4th day in satisfactory condition.

In the second case, a 20-year-old patient, primiparous, 21 weeks pregnant, addresses the emergency room with similar accusations of lack of fetal movements, as a result of a conflict with the mother. The similar ultrasound examination determines a live fetus, without obvious ultrasound movements, with a uterine Doppler examination at the 80th percentile and a Doppler examination on the ductus venosus at the 90th percentile, the estimated weight at this time was 560 grams. The patient was seen again 3, 7

and 10 days after the first consultation. At 7 days, the Doppler examination showed no essential changes, the fetal movements remained reduced on the ultrasound, the decrease in the BPD/HC ratio was recorded and the fetal mass was estimated at 470 grams. 13 days after the first consultation, during the re-evaluation, antenatal fetal death was determined. The weight of the miscarriage at 23 weeks was 380 grams.

In both cases, the amniotic fluid had normal parameters in all examinations.

Conclusions: Understanding how exposure to maternal stress adversely affects the developing autonomic nervous system could inform prevention. Acute stress can cause acute fetal changes that can cause sudden alteration of fetal well-being, including antenatal fetal death. Hospitalization of these patients, especially after the term of fetal viability, is an option. Echographic and cardiotocographic evaluation are essential utilities in determining management. The Doppler examination of the venous duct and the uterine arteries could represent early markers and the cardiotocographic evaluation - late markers of alteration of the fetal well-being. More studies are needed to determine statistically significant associations.

LUCRARE ORALĂ

15. ROLUL FERITINEI ÎN DIAGNOSTICUL SEPSISULUI NEONATAL

N. Lungu¹, D.E. Popescu¹, A.M. Manea¹, F.M. Doandea¹, C.A.M. Jura², M. Zaharie¹, O.C. Costescu¹, T. Brandibur¹, D. Cioboată², M. Boia¹

¹*Departamentul de Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș", Timișoara, România*

²*Școala Doctorală, Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș", Timișoara, România*

Cuvinte cheie: sepsis neonatal, feritină, markeri, diagnostic

Introducere: Sepsisul neonatal este o afecțiune gravă, care are o rată ridicată de morbiditate și mortalitate, cauzată de creșterea rapidă a microorganismelor care declanșează o reacție inflamatorie sistemică. Diagnosticarea sepsisului neonatal, în special a sepsisului cu debut precoce (EOS), este extrem de dificilă datorită manifestărilor clinice multiple și atipice. Simptomele pot varia de la manifestări ușoare până la severe.

Scop: Studiul a avut ca scop evaluarea limitărilor biomarkerilor utilizați în mod obișnuit, cum ar fi procalcitonina (PCT), hemoleucograma completă și proteina C reactivă (CRP), care au sensibilitate și specificitate limitată, precum și evaluarea markerilor noi, cum ar fi feritina, în diagnosticarea mai precisă a sepsisului neonatal.

Material și metodă: Acesta este un studiu retrospectiv care a înrolat 121 de nou-născuți, incluzând prematuri și nou născuți la termen. Nou-născuții au fost împărțiți în trei grupe pentru momentul debutului: sepsis cu debut precoce (35), sepsis cu debut tardiv (39) și un grup de control (47). Probele de sânge și culturile au fost obținute la internare sau la debutul sepsisului și după 24 și 72 de ore.

Rezultate: Studiul nostru a relevat o diferență semnificativă între măsurătorile inițiale și finale ale feritinei în grupurile de sepsis cu debut precoce (EOS) respectiv sepsis cu debut tardiv (LOS)

Concluzii: Feritina poate servi ca marker potențial asociat cu răspunsul sistemic și sepsisul în cazurile de sepsis precoce și tardiv. Monitorizarea acestor biomarkeri poate ajuta la detectarea și gestionarea în timp util a sepsisului, îmbunătățind potențial rezultatele pacienților

FREE PAPER

THE ROLE OF FERRITIN IN THE DIAGNOSIS OF NEONATAL SEPSIS

N. Lungu¹, D.E. Popescu¹, A.M. Manea¹, F.M. Doandes¹, C.A.M. Jura², M. Zaharie¹, O.C. Costescu¹, T. Brandibur¹, D. Cioboata², M. Boia¹

¹*Departament of Obstetrics-Gynecology and Neonatology, "Victor Babes" University of medicine and Pharmacy, Timisoara Romania*

²*Ph D School, "Victor Babes" University of medicine and Pharmacy, Timisoara Romania*

Key words: neonatal sepsis, ferritin, markers, diagnostics

Introduction: Neonatal sepsis is a serious condition with high rates of morbidity and mortality, caused by the rapid growth of microorganisms that trigger a systemic reaction. Diagnosing neonatal sepsis, especially early onset sepsis (EOS), is exceedingly challenging due to broad clinical findings. Symptoms can range from mild to severe presentations.

Aim: The study aimed to evaluate the limitations of commonly used biomarkers like commonly used biomarkers such as procalcitonin (PCT), full blood count and C-Reactive Protein (CRP), have limited sensitivity, specificity, and new markers such as ferritin in more accurately diagnosing neonatal sepsis.

Material and methods: This is a retrospective study that enrolled 121 newborns, including preterm and term infants. The newborns were divided into three groups for the time of onset: early-onset sepsis (35), late-onset sepsis (39), and a control group (47). The blood samples and cultures were obtained upon admission or at the onset of sepsis, and after 24 and 72 hours.

Results: Our study revealed a significant difference between the initial and final measures of ferritin in the early-onset sepsis (EOS) and late-onset sepsis (LOS) groups.

Conclusions: Ferritin may serve as potential markers associated with systemic response and sepsis in cases of both early and late-onset sepsis. Monitoring these biomarkers can aid in the timely detection and management of sepsis, potentially improving patient outcomes.

LUCRARE ORALĂ

16. ALIMENTAȚIA ENTERALĂ PRECOCE LA NOU-NĂSCUȚII CU AFECȚIUNI CHIRURGICALE

Aniko Manea¹, Daniela Cioboata², Oana Costescu¹, Nicoleta Lungu¹, Florina Doandes¹, Timea Brandibur¹, Mihaela Zaharie¹, Daniela Popescu¹, Mărioara Boia¹

¹*Disciplina de Puericultură și Neonatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș", Timișoara*

²*Secția Neonatologie-Prematuri, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Turcanu", Timișoara*

Cuvinte cheie: alimentație enterală, nou-născut, afecțiuni chirurgicale

Patologia chirurgicală neonatală reprezintă o cauză majoră de morbiditate și mortalitate. Optimizarea nutriției reprezintă un aspect crucial al îngrijirii nou-născuților supuși unei intervenții chirurgicale gastrointestinale, existând provocări semnificative și potențiale capcane care pot duce la tulburări de creștere și probleme de sănătate pe termen lung.

Obiective: vom rezuma dovezile disponibile, cu un accent deosebit pe strategiile nutriționale care pot fi implementate la nou-născuții operați și pe barierele specifice în calea suportului nutrițional după intervenția chirurgicală.

Rezultate : Beneficiile inițierii timpurii a alimentației enterale la nou-născutul care a suferit o intervenție chirurgicală gastro-intestinală includ: reducerea duratei nutriției parenterale totale , a timpului până la o alimentație enterală completă, a duratei de spitalizare și implicit a costurilor de spitalizare.

Deciziile privind introducerea și avansarea alimentației enterale postoperator, ar trebui să fie individualizate, pe baza patologiei subiacente cunoscute în fiecare caz în parte. Alimentația trofică timpurie poate îmbunătăți recuperarea, prin creșterea fluxului sanguin intestinal, poate determina îmbunătățirea motilității și limitarea impactului postului prelungit asupra structurii intestinului și a capacității sale de absorbție a nutrienților.

Concluzie: Pe baza datelor disponibile în literatura de specialitate, optimizarea administrării de nutrienți și a suportului metabolic al nou-născuților supuși unei intervenții chirurgicale este obligatorie pentru a preveni efectele negative ale malnutriției și pentru a promova creșterea și dezvoltarea nou-născutului.

FREE PAPER

EARLY ENTERAL NUTRITION IN NEWBORNS WITH SURGICAL CONDITIONS

Aniko Manea¹, Daniela Cioboata², Oana Costescu¹, Nicoleta Lungu¹, Florina Doandes¹, Timea Brandibur¹, Mihaela Zaharie¹, Daniela Popescu¹, Mărioara Boia¹

¹*Department of Puericulture and Neonatology, University of Medicine and Pharmacy „Victor Babeș”, Timișoara*

²*Neonatology and Premature Department, “Louis Țurcanu” Children’s Emergency Hospital, Timișoara, Romania*

Keywords: enteral feeding, newborn, surgical conditions

Neonatal surgical pathology is a major cause of morbidity and mortality. Optimization of nutrition is a crucial aspect of the care of neonates undergoing gastrointestinal surgery, and there are significant challenges and potential pitfalls that can lead to growth impairment and long-term health problems.

Aims: We will summarize the available evidence, with a particular focus on nutritional strategies that can be implemented in surgical neonates and specific barriers to nutritional support after surgery.

Results: The benefits of early initiation of enteral feeding in the newborn who has undergone gastrointestinal surgery include reduction in duration of total parenteral nutrition, in time to full enteral feeding, in length of hospital stay and hence in hospital costs.

Decisions on the introduction and advancement of enteral feeding postoperatively should be individualized, based on the known underlying pathology in each case. Early trophic feeding may improve recovery by increasing intestinal blood flow, improve motility and limit the impact of prolonged fasting on bowel structure and its ability to absorb nutrients.

Conclusion: Based on the data available in the literature, optimization of nutrient administration and metabolic support of neonates undergoing surgery is mandatory to prevent the negative effects of malnutrition and to promote newborn growth and development.

LUCRARE ORALĂ

17. ROLUL TRANSLUCENȚEI NUCALE ÎN DIAGNOSTICUL ANOMALIILOR FETALE ÎN CONTEXTUL SCREENINGULUI GENETIC NEINVAZIV

Maral Madadi¹, Mona Zvanca¹, Radu Vlădăreanu¹

¹*Compartimentul De Medicina Fetală, Secția De Obstetrică si Ginecologie, Spitalul Universitar De Urgență "Elias"*

Cuvinte cheie: Tranlucența Nucală, Screening trimestru 1, NIPT, Anomalii fetale, Amniocenteza, CVS

Introducere: Screeningul genetic neinvaziv este esențial în identificarea anomaliilor fetale, cu accent pe translucența nucală (TN) ca marker important. Lucrarea explorează rolul TN în diagnosticul anomaliilor fetale rare, în special în contextul screeningului genetic neinvaziv. Pe măsură ce tehnologia avansează, TN rămâne un parametru important pentru evaluarea riscului de anomalii fetale. Testele neinvazive, cum ar fi cfDNA, analizează ADN-ul fetal din sângele matern pentru a detecta anomalii cromozomiale, fiind o alternativă mai puțin invazivă decât alte metode.

Materiale si metode: Am inclus o cohortă de paciente care au efectuat screeningul de trimestrul 1 la CMF al Spitalului Universitar de Urgență Elias. Pacientele incluse prezentau o TN mărită ($\geq$ percentila 95 pentru vârsta gestațională). Un subgrup al acestora a efectuat teste de screening genetic neinvaziv, prin recoltarea de sânge matern și analiza ADN-ului fetal circulant utilizând tehnici de secvențiere de nouă generație (NGS). Analiza ADN-ului fetal a vizat detectarea trisomiilor comune (21, 18 și 13), precum și alte anomalii genetice sau structurale rare.

Rezultate: Analiza ADN-ului fetal din sângele matern a arătat o corelație semnificativă între TN crescută și riscul de anomalii cromozomiale, în special trisomiile 21, 18 și 13. De asemenea, s-au identificat și alte anomalii genetice și structurale, inclusiv anomalii cardiace și malformații congenitale rare.

Concluzii: Rezultatele sugerează TN rămâne un marker important în identificarea anomaliilor fetale genetice sau malformative. Screeningul genetic neinvaziv, în special utilizarea analizei ADN-ului fetal circulant, poate oferi informații cruciale pentru diagnosticul precoce și intervenția în cazul anomaliilor cromozomiale și genetice. Integrarea translucenței nucală în screeningul genetic neinvaziv poate îmbunătăți detecția și gestionarea anomaliilor fetale într-un stadiu timpuriu al sarcinii.

FREE PAPER

THE ROLE OF NUCHAL TRANSLUCENCY IN DIAGNOSIS OF FETAL ANOMALIES IN THE CONTEXT OF NON-INVASIVE GENETIC SCREENING

Maral Madadi¹, Mona Zvanca¹, Radu Vlădăreanu¹

¹*Maternal-Fetal Medicine Department, Obstetrics and Gynecology Section, Emergency University Hospital "Elias"*

Keywords: Nuchal Translucency, First Trimester Screening, NIPT, Fetal Anomalies, Amniocentesis, CVS

Introduction: Non-invasive genetic screening is essential in identifying fetal anomalies, with a focus on nuchal translucency (NT) as an important marker. This study explores the role of NT in diagnosing rare fetal anomalies, especially in the context of non-invasive genetic screening. As technology advances, NT remains an important parameter for assessing the risk of fetal anomalies. Non-invasive tests, such as cfDNA, analyze fetal DNA from maternal blood to detect chromosomal anomalies, providing a less invasive alternative to other methods.

Materials and Methods: We included a cohort of patients who underwent first-trimester screening at the Maternal-Fetal Medicine Department of Emergency University Hospital "Elias". The included patients had an increased NT ($\geq$ 95th percentile for gestational age). A subgroup of these patients underwent non-invasive genetic screening tests, by collecting maternal blood and analyzing circulating fetal DNA using next-generation sequencing (NGS) techniques. Fetal DNA analysis aimed to detect common trisomies (21, 18, and 13), as well as other rare genetic or structural anomalies.

Results: Fetal DNA analysis from maternal blood showed a significant correlation between increased NT and the risk of chromosomal anomalies, especially trisomies 21, 18, and 13. Additionally, other genetic and structural anomalies, including cardiac anomalies and rare congenital malformations, were identified in this cohort.

Conclusions: The results suggest that NT remains an important marker in identifying genetic or structural fetal anomalies. Non-invasive genetic screening, particularly the use of circulating fetal DNA analysis, can provide crucial information for early diagnosis and intervention in cases of chromosomal and genetic anomalies. Integrating nuchal translucency into non-invasive genetic screening can improve the detection and management of fetal anomalies in the early stages of pregnancy.

LUCRARE ORALĂ

18. ENTEROCOLITA ULCERONECROTICĂ A NOU NĂSCUTULUI PREMATUR - INCIDENȚĂ, FACTORI DE RISC, BIOMARKERI CU VALOARE PREDICTIVĂ

Melinda Matyas¹

¹*Disciplina Neonatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj Napoca, România*

Cuvinte cheie: prematuritate, enterocolită ulceronecrotică, inflamație

Introducere: Enterocolita ulceronecrotică(EUN) alături de displazia bronhopulmonară și leucomalacia periventriculară constituie afecțiuni ale prematurului, în care procesul inflamator are un rol important. Acest proces debutează perinatal, prematurul fiind adesea expus la inflamație din perioada intrauterină. Procesul inflamator matern constituie un factor declanșator important pentru producerea acestor afecțiuni. Scopul studiului efectuat a fost a stabili o corelație între inflamația maternă, markeri inflamatori neonatali și producerea enterocolitei ulceronecrotice la nou născutul prematur.

Material și metodă: Am realizat un studiu propectiv longitudinal în secția Neonatologie, Clinica Obstetrică Ginecologie I, Cluj Napoca, în perioada mai – decembrie 2022. Lotul de studiu a fost alcătuit din 74 nou născuți prematur cu vârsta gestațională <34 săptămâni + 6 zile. Am determinat valoarea IL-3 și MMP-9 în prima zi de viață, prin tehnica ELISA la toți nou născuții înrolați în studiu. Am urmărit valoarea proteinei C reactive (PCR) și a procalcitoninei în prima zi de viață la toți pacienții. Am analizat corelația markerilor studiați cu apariția EUN la lotul de studiu. De asemenea am analizat influența inflamației materne și a corioamniotitei asupra incidenței EUN la lotul studiat.

Rezultate: Din lotul de studiu 20 de pacienți au dezvoltat EUN. Valoarea IL-3 la cei cu EUN a fost mai mare decât la cei care nu au dezvoltat această complicație. Corelație semnificativă statistic am constatat între valoarea IL-3 la lotul de studiu și valoarea CRP matern. La nou născuții cu EUN valoarea PCR matern a fost semnificativ mai mare față de restul lotului.

Concluzii: La nou născuții cu EUN valoarea markerilor inflamatori a fost mai mari în prima zi de viață față de restul lotului. Inflamația maternă crește riscul de inflamație la nou născut și incidența EUN la cei expuși intrauterin.

FREE PAPER

NECROTIZING ENTEROCOLITIS – INCIDENCE, RISK FACTORS, BIOMARKERS WITH PREDICTIVE VALUE

Melinda Matyas¹

¹Neonatology Department, “Iuliu Hațieganu” University of Medicine and Pharmacy Cluj Napoca, Romania

Keywords: preterm birth, necrotizing enterocolitis, inflammation,

Background: Necrotising enterocolitis (NEC), bronchopulmonary dysplasia (BPD), and periventricular leukomalacia (PVL) are pathologies of preterm neonates where inflammation has an important role. Perinatal inflammation usually starts before birth and will continue as sustained inflammation after birth. The maternal inflammatory process and chorioamnionitis are the trigger of perinatal inflammation. The aim of the study was to follow up the role of maternal and early neonatal inflammation on NEC's development.

Material and method: A prospective longitudinal study we have done in the Neonatology Department of 1st Obstetrics Clinic, Cluj Napoca. We enrolled 74 preterm newborns in the study group, with gestational age <34 weeks + 6 days, admitted between May 2022 and December 2022. Interleukin 3(IL-3) and matrix – metalloproteinase 9 were measured by ELISA technique from blood sample obtained at birth. Also, we followed up the reactive C protein (CRP) and procalcitonin value in the first days of life. We analyzed the correlation of measured inflammatory markers with NEC, in the study group. Maternal inflammation and chorioamnionitis role on NEC incidence were analyzed.

Results: Twenty neonates of the study group developed NEC. IL-3 value at birth was higher at neonates with NEC. A positive correlation between IL-3 of neonates and maternal CRP value was found ($r=0.541$, $p<0.001$). A higher maternal CRP value was found at neonates with NEC than at control.

Conclusion: Neonates with increased inflammatory markers were found to have a higher risk of NEC. Maternal inflammation increases the risk of inflammatory process at preterms and the risk of NEC.

LUCRARE ORALĂ

19. HEMORAGIILE INTRAVENTRICULARE LA PREMaturi. POSIBILITĂȚI DE PREVENȚIE

Leonard Năstase^{1,2}, Sorana Dincă¹, Isabella Ene¹, Silvia-Maria Stoicescu^{1,2}

¹INSMC "Alessandrescu Rusescu", București, România

²UMF "Carol Davila", București, România

Cuvinte cheie: hemoragii intraventriculare, prematur, prevenție

Introducere. Incidența nașterii premature este în creștere atât la nivel mondial cât și local. Evoluția rapidă a tehnologiei medicale neonatale și tehnicilor de îngrijire perinatală și neonatală au crescut semnificativ rata de supraviețuire a nou-născuților prematuri extremi. Aceasta evoluție implică și creșterea incidenței morbidităților asociate. Hemoragia intraventriculară (HIV) este una dintre cele mai frecvente și de temut complicații datorită afectării neurodezvoltării pe termen lung. În studiul prezent ne propunem evidențierea unor factori de risc și dezvoltarea unor strategii de prevenire sau limitare a acestor leziuni cerebrale.

Material și metoda. Studiu retrospectiv s-a efectuat pe un lot de 57 prematuri cu vârstă de gestație 23-28 săptămâni născuți în perioada martie 2022-octombrie 2023. Am analizat factori perinatali și postnatali care pot influența apariția HIV.

Rezultate. HIV severă apare mai frecvent la prematurii proveniți din mame cu coriamnionită 85,7% versus 22 % , $p = 0,0005$, Scor Apgar sub 5 la 5 minute (48,1% vs 10%, $p = 0,003$), anemie neonatală precoce (46,7% vs 23,8 % , $p = 0,046$) sau cu suport respirator inițial de tip invaziv (38,5% vs 11,1% ; $p = 0,018$).

Concluzii. Sindromul inflamator contribuie semnificativ la dezvoltarea hemoragiei cerebrale severe. Deși reanimarea neonatală optimă și suportul respirator noninvaziv de start pot contribui la prevenție acesteia la prematurii extremi, este necesară dezvoltarea monitorizării perinatale.

FREE PAPER

INTRAVENTRICULAR HAEMORRHAGES IN PREMATURE INFANTS. POSSIBILITIES OF PREVENTION

Leonard Năstase^{1,2}, Sorana Dincă¹, Isabella Ene¹, Silvia-Maria Stoicescu^{1,2}

¹*INSMC" Alessandrescu Rusescu", Bucharest, Romania*

²*UMF" Carol Davila", Bucharest, Romania*

Keywords: intraventricular hemorrhages, premature, prevention

Introduction. The incidence of preterm birth is growing both worldwide and locally. The rapid evolution of neonatal medical technology and perinatal and neonatal care techniques have significantly increased the survival rate of extremely premature babies. This development also involves increasing the incidence of associated morbidities. Intraventricular haemorrhage (IVH) is one of the most common and feared complications due to long-term neurodevelopmental impairment. The present study aims to highlight some risk factors and develop strategies to prevent or limit these brain injuries.

Material and method. The retrospective study was carried out on 57 premature infants with gestational age 23-28 weeks born in March 2022-October 2023. We looked for perinatal and postnatal factors that may influence the development of HIV.

Results. Severe HIV occurs more frequently in premature infants of mothers with chorioamnionitis 85.7% versus 22 %, $p=0.0005$, Apgar score below 5 at 5 minutes (48.1% vs 10%, $p=0.003$), and early neonatal anaemia (46.7% vs 23.8 %, $p=0.046$) or with initial invasive respiratory support (38.5% vs 11.1%; $p=0.018$).

Conclusions. Inflammatory syndrome significantly contributes to the development of severe brain hemorrhage. Although optimal neonatal reanimation and noninvasive starting respiratory support can contribute to its prevention in extremely premature infants, perinatal monitoring is necessary to develop.

LUCRARE ORALĂ

20. TRATAMENTUL PLACENTEI CU ADERENȚĂ ANORMALĂ

S. Nastasia¹, Adriana Ghelmene¹, Ruxandra Stănculescu¹, Manuela Russu¹

¹*Universitatea de Medicina si Farmacie “Carol Davila” Bucuresti*

Placenta cu aderenta anormala (PAS) reprezinta o conditie amenitoare de viata, in care trofoblastul invadeaza miometrul. Tratamentul gold-standard al PAS este reprezentat de histerectomia obstetricala imediata, grevata insa de riscurile intraoperatorii ale manevrei si de compromiterea definitiva a fertilitatii. Tratamentul PAS este influentat de o serie de factori, precum diagnosticul antenatal al PAS, profunzimea invaziei placentare, incercarile de a indeparta placenta, plasarea de stenturi ureterale, optimizarea momentului nasterii, existenta centrelor de excelenta in tratamentul PAS.

In afara histerectomiei obstetricale imediate, au mai fost descrise si alte abordari ale tratamentului PAS, precum tratamentul conservator fertility-sparing imediat, tratamentul expectativ, tratamentul conservator fertility-sparing tardiv, metoda extirpativa. Toate aceste abordari au fost dezvoltate in incercarea de a minimiza pierderea intraoperatorie de sange si de a evita pierderea fertilitatii.

Diagnosticul prenatal al PAS permite executarea de manevre ocluzive profilactice intra- si extravasculare, securizarea unor cantitati de derivate sangvine, plasarea de stenturi ureterale, in scopul minimizarii morbiditatii asociate.

Tratamentul PAS este complex si grevat de morbiditatea asociata semnificativa, aspecte care trebuie prezentate pentru consimtamant informat pacientelor.

FREE PAPER

TREATMENT OF PLACENTA ACCRETA SPECTRUM

S Nastasia¹, Adriana Ghelmen¹, Ruxandra Stanculescu¹, Manuela Russu¹

¹“Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy Bucharest

Key words: Placenta accreta spectrum (PAS); PAS diagnosis; PAS treatment; cesarean hysterectomy

Treatment of placenta accreta spectrum (PAS) is probably the most challenging treatment in obstetrics. The golden standard of PAS treatment is the immediate cesarean hysterectomy, associated with significant intraoperative morbidity and loss of fertility. PAS treatment is influenced by several factors: antenatal diagnosis of PAS, depth of placental invasiveness, attempts to remove the placenta, optimal time of delivery, availability of centers of excellence for PAS management.

In order to minimize blood loss and the loss of fertility, others approaches have been described: fertility-sparing immediate treatment, expectant management, extirpative method, hysteroscopic approach.

Prenatal diagnosis of PAS allows prophylactic temporary occlusion of pelvic vessels to reduce the blood loss, prophylactic ureteral stents placement and availability of blood products. The patients must be informed about the high risk of maternal complication associated with PAS treatment.

21. MANAGEMENTUL DIFERENȚIAT AL PRINCIPALELOR FENOTIPURI FIZIOLOGICE DE ȘOC NEONATAL

Luminița Păduraru¹, Gabriela Ildiko Zonda¹

¹Universitatea de Medicină și Farmacie “Grigore T. Popa”, Iași, România

Cuvinte cheie: tensiune arterială, instabilitate hemodinamică, șoc neonatal

Tensiunea arterială este un indicator important al statusului cardiovascular. Hipotensiunea este o problemă mai mare la nou-născuții prematuri, care au o capacitate limitată a mecanismelor de autoreglare comparativ cu nou-născuții la termen. Identificarea și tratamentul prompt al hipotensiunii poate reduce riscul apariției complicațiilor precum leziunile cerebrale ischemice sau hemoragia intraventriculară. Multiplele definiții utilizate în practică pentru tensiunea arterială „normală” la nou-născut, acestea neglijează adesea dinamica fiziologică a acestui parametru pe parcursul primelor ore și zile de viață. Șocul poate fi definit ca fiind o afectare circulatorie care duce la o furnizare deficitară de oxigen la țesuturi. Oxigenarea celulară sau tisulară normală depinde de fluxul sanguin, saturația în oxigen, capacitatea de transport a sângelui și nevoile tisulare de oxigen. Dacă această deficiență persistă pentru o perioadă scurtă de timp, metabolismul celular ar putea fi afectat, dar reversibil; însă, dacă este prelungită, mecanismele compensatorii sunt depășite și leziunile la nivel de țesut și organ pot deveni ireversibile. Abordarea standard actuală pentru gestionarea instabilității hemodinamice, deși la prima vedere simplă și clară, este inadecvată. Clinicianul confruntat cu un nou-născut cu tensiune arterială scăzută, va institui suport inotrop pentru a obține valori mai mari. Totuși, acest tratament adesea nu reușește să abordeze complexitatea problemei subiacente și, în unele circumstanțe, poate avea efecte adverse semnificative. Una dintre provocările în managementul cardiovascular este de a decide când o valoare numerică scăzută a tensiunii arteriale (hipotensiune) necesită intervenție și/sau dacă un nou-născut cu sau fără tensiune arterială scăzută se află într-o stare clinică de hipoperfuzie (șoc). Managementul bazat pe fiziologie al instabilității hemodinamice, poate ghida selecția logică a suportului cardiovascular, reducând timpul până la recuperarea clinică, în comparație cu abordarea empirică, mai simplistă, dar care ignoră heterogenitatea mecanismelor implicate în instabilitatea hemodinamică.

FREE PAPER

DIFFERENTIATED MANAGEMENT OF THE MAIN PHYSIOLOGICAL PHENOTYPES OF NEONATAL SHOCK

Luminița Păduraru¹, Gabriela Ildiko Zonda¹

¹*Grigore T. Popa University of Medicine and Pharmacy, Iași, Department of Maternal and Child Medicine, Discipline of Neonatology*

Keywords: blood pressure, hemodynamic instability, neonatal shock

Blood pressure is an important indicator of cardiovascular status. Hypotension poses a greater problem in premature newborns, due to their limited capacity for autoregulatory mechanisms compared to full-term newborns. Prompt identification and treatment of hypotension can reduce the risk of complications such as ischemic brain injury or intraventricular hemorrhage. The multiple definitions used in practice for "normal" blood pressure in newborns often overlook the physiological dynamics of this parameter during the first hours and days of life. Shock can be defined as circulatory impairment leading to inadequate oxygen delivery to tissues. Normal cellular or tissue oxygenation depends on blood flow, oxygen saturation, blood transport capacity, and tissue oxygen demands. If this deficiency persists for a short period, cellular metabolism may be affected but reversible; however, if prolonged, compensatory mechanisms are overwhelmed and tissue and organ damage can become irreversible. The current standard approach to managing hemodynamic instability, although seemingly simple and clear, is inadequate. When faced with a newborn with low blood pressure, clinicians often initiate inotropic support to achieve higher values. However, this treatment often fails to address the complexity of the underlying problem and, in some circumstances, may have significant adverse effects. One of the challenges in cardiovascular management is deciding when a low numerical value of blood pressure (hypotension) requires intervention and/or whether a newborn with or without low blood pressure is in a clinical state of hypoperfusion (shock). Physiologic-based management of hemodynamic instability can guide the logical selection of cardiovascular support, reducing the time to clinical recovery compared to the more simplistic empirical approach, which ignores the complexity of the mechanisms involved in hemodynamic instability.

LUCRARE ORALĂ

22. ROLUL TROMBOCITELOR ÎN PREDICȚIA RETINOPATIEI DE PREMATURITATE

Luminița Păduraru¹, Maura-Adelina Hîncu¹, Gabriela-Ildiko Zonda¹

¹ *Departamentul Medicina Mamei și Copilului, Universitatea de Medicină și Farmacie “Grigore T. Popa”, Iași, România*

Cuvinte cheie: prematuritate, trombocitopenie, retinopatie, indice de masă plachetară

Una din complicațiile redutabile pe termen lung ale prematurității este retinopatia de prematuritate (ROP), mai ales la nou-născuții cu vârsta de gestație sub 32 săptămâni și la cei cu greutate sub 1500g care au beneficiat de oxigenoterapie. Asocierea factorilor de risc precum transfuziile repetate de sânge în perioada imediat postnatală, necesitatea spitalizării prelungite în terapie intensivă neonatală, sepsisul, hipotensiunea, hipotermia, dar și perturbarea factorilor hematologici cresc riscul acestei afecțiuni care, netratată, poate duce la orbire. Plachetele intervin în reglarea funcției endoteliale prin stocarea intragranulară a VEGF (vascular endotelial growth factor), IGF-1 (insulin-like growth factor – 1), PDGF (platelet-derived growth factor). În condiții de trombocitopenie scăderea nivelului acestor factori duce la întârzierea vascularizației normale a retinei și favorizează fenomenul de neovascularizație. Indicele de masă plachetară (PMI) a fost corelat cu riscul de neovascularizație retiniană din faza a doua a ROP. Mai mult, evaluarea PMI în prima săptămână de viață ar putea indica riscul de dezvoltare a ROP stadiul 1 sau 2. Totuși, o metaanaliza recentă ce descrie asocierea trombocitopeniei cu severitatea ROP subliniază că nu se poate ignora faptul că apariția trombocitopeniei poate fi legată de comorbidități severe precum enterocolita ulcero-necrotică, restricția de creștere intrauterină și sepsisul.

Sunt necesare studii mai aprofundate pe loturi mari de prematuri cu privire la potențialul rol predictiv al indicilor trombocitari în diferitele faze ale ROP, mai ales pentru cea de-a doua fază și pentru stadiile ce vor necesita intervenție laser sau injectare intravitreana de antiVEGF. Identificarea precoce a unor asemenea parametri hematologici ar reprezenta un facil instrument de lucru pentru centrele cu acces dificil la screening-ul riguros al prematurului cu risc.

FREE PAPER

PLATELETS ROLE IN PREDICTING RETINOPATHY OF PREMATURITY

Luminița Păduraru¹, Maura-Adelina Hîncu¹, Gabriela-Ildiko Zonda¹

¹*Mother and Child Department, University of Medicine and Pharmacy « Gr. T. Popa », Iași, Romania*

Key words: prematurity, thrombocytopenia, retinopathy, platelet mass index

One of the strongest long-term complications of prematurity is retinopathy of prematurity (ROP), mainly in newborns with a gestational age of less than 32 weeks and with a birth weight of less than 1500g who required oxygen therapy. The association of repeated blood transfusions in the immediate postnatal period, the need for prolonged hospitalization in the neonatal intensive care unit, sepsis, hypotension, hypothermia, the disruption of hematological factors increase the risk of this condition which, untreated, can lead to blindness. Platelets intervene in the regulation of endothelial function through the intragranular storage of VEGF (vascular endothelial growth factor), IGF-1 (insulin-like growth factor – 1), PDGF (platelet-derived growth factor). In case of thrombocytopenia, the decrease in the level of these factors leads to the delay of the normal vascularization of the retina and promotes neovascularization. Platelet mass index (PMI) was correlated with the risk of retinal neovascularization in the second phase of ROP. Moreover, PMI assessment in the first week of life could indicate the risk of developing ROP stage 1 or 2. However, a recent meta-analysis describing the association of thrombocytopenia with the severity of ROP emphasizes that it cannot be ignored that the occurrence of thrombocytopenia may be related to comorbidities such as necrotizing enterocolitis, intrauterine growth restriction and sepsis.

More robust studies, focusing on large groups of premature infants are needed regarding the potential predictive role of platelet indices in the different phases of ROP, for the second phase and for the stages that will require laser intervention or intravitreal injection of antiVEGF. The early identification of these parameters would be an easy tool for units with difficult access to the rigorous screening of premature at risk.

FREE PAPER

23. PRENATAL RISK FACTORS IN ADHD SYNDROME DETERMINISM

D. Pelinescu-Onciul¹, Cătălina Alexandrescu¹

The authors reviewing the new literature about the prenatal risk factors in ADHD syndrome determinism.

The ADHD syndrome is an actual problem by global rate of 5,2% in children and 2,5% in adults in conformity with WHO.

The actual hypothesis of occurrence of ADHD syndrome is fetal origin hypothesis, that presumes that conditions in utero could program certain aspects of fetal physiology.

ADHD pathophysiology is multifactorial, but the genetic contribution is the most powerful individual risk factor, the studies about the heredity role estimating about 75%.

The risk factors prenatal acting could be classified:

1. Familial background: young maternal age, socioeconomic status, family psychiatric history
2. Prenatal factors: inflammatory placental processes, pregnancy complications, smoking, alcohol and drugs use in pregnancy, gestational maternal weight gain outside of optimal range, gestational age at birth.
3. Maternal factors: genetic factors, young maternal age, maternal weight, maternal pathology (metabolic syndrome, maternal stress or/and trauma, iron deficiency, maternal anemia, vitamin D deficiency, maternal inflammation, hypothyroidism, suboptimal nutrition in pregnancy)
4. Pregnancy complications: persistent nausea/vomiting, pre-eclampsia, high blood-pressure, urinary tract (or kidney) infection, bleeding, placenta issues (e.g., previa), rhesus incompatibility and gestational diabetes (insulin-/diet-treated).
5. Delivery factors: traumatic birth, birth asphyxia, prematurity, and lower birth weight, c-section delivery
6. Postnatal factors: short time breast feeding, exposure on lead and other pollutants.

Researches about prenatal and postnatal risk factors for ADHD have shown:

1. Few of these factors are yet known to be causal . A key principle seems to be that the accumulation of multiple is necessary, and the genetic risk is added.
2. Not of all ADHD risk factors have equal influence.
3. Researches have focused almost entirely on ADHD risk factors related to maternal health and pregnancy
4. Exposure to a risk factor- event o a causal or contributor of ADHD- does not guarantee the development of ADHD.

The potential etiological mechanism of ADHD includes:

- Genetic changes
- Structural anomalies of the brain
- Dysfunctions of the neurotransmitters

This etiological mechanism is influenced and modulated by multiples risk factors, that could take action prenately und postnatally.

They are a series of predictive variables for the occurrence of ADHD syndrome , some of them could be influenced, but others couldn't be influenced by therapeutic actions.

FREE PAPER

24. INTEGRATING FAMILIES IN NEONATAL CARE: FROM OUR EXPERIENCE TO THE RISEINFAMILY PROJECT

Adelina Pellicer, Bárbara Moreno-Sanz, Marta Antón, María Teresa Montes, Marta Cabrera-Lafuente

Department of Neonatology La Paz University Hospital, Madrid, Spain

Hospital La Paz Institute for Health Research - IdIPAZ, Madrid, Spain

The FICare model integrates parents in the direct care of their child working together with the responsible healthcare personnel who continue providing medical treatments. Parents undergo specific training by professionals to reach proficiency to conduct almost autonomously most of their babies' specialized care activities and take part in the decision-making process. This change in paradigm of neonatal care provision needs leadership and continuous evaluation/refinement of implementation procedures.

We have recently published our experience on an adapted FICare protocol scaling up the original model (basic and advanced) making it suitable in all levels of care in NICU. Data analyses after 52-months of piloting FICare on a wider variety of main neonatal diagnoses and gestational age ranges, compared to previously reported, show higher rates of breastfeeding and improved maturation skills, reduction in late-onset sepsis, shorter intermediate care hospitalization period, and lower rates of Emergency Services frequentation after hospital discharge in infants on FICare compared to those on standard care (for both, the preterm and term cohorts).

Ours and previous results on FICare are very promising. However, the expansion to other NICUs and other countries requires further research on the eventual barriers that may limit its adoption, especially in low and middle-income countries with very different sociocultural contexts.

RISEinFAMILY project [H2020-MSCA-RISE-2020 (GA#101007922)] is defined to go beyond the current state of the art by including a large sample size with a wider geographical diversity (7 countries from Europe and Africa), a longer post observational period (minimum 6 months, maximum 2 years follow up), and a more comprehensive analysis of biological, psychological, demographic and socio-economic indicators that may affect these high-risk babies, their families and clinical staff. Project's results will help to spread worldwide an innovative culture for NICU care delivery that will make a lifelong difference for infants and their families.

LUCRARE ORALĂ

25.SEMNIFICAȚIA EVALUĂRII SINDROMULUI INFLAMATOR LA NOU-NĂSCUȚI

Margareta Pîrvanoiu¹, Delia Dobra², Alexandra Mureșan³
Spitalul Județean de Urgență^{1,2,3} Dr. C-tin Opris Baia Mare, secția de neonatologie, România

Cuvinte cheie: Sindromul inflamator la nou-născuți

În ciuda progreselor în medicina perinatală, infecțiile rămân o cauză frecventă și importantă a morbidității și mortalității neonatale. Evaluarea sindromului inflamator la nou-născuții cu factori de risc pentru sepsis neonatal sau cu semne clinice de boală este o activitate frecventă în secțiile de neonatologie, ceea ce, însă, ridică probleme de interpretare și dificultăți privind inițierea sau nu a tratamentului cu antibiotice.

Obiectivul acestui studiu este de a rezuma cunoștințele actuale despre sindromul inflamator la nou-născut, în principal în cadrul sepsisului neonatal, cu accent pe metodele paraclinice de investigare a acestuia prin revizuirea literaturii de specialitate.

Deși culturile de sânge rămân standardul de aur în diagnosticul sepsisului neonatal, vedem un număr crescut de rezultate fals negative. Deoarece o hemocultură negativă nu poate exclude o infecție, tratamentul frecvent cu antibiotice este continuat mai mult de 48 de ore atunci când există semne clinice de boală sau markeri inflamatori. Acest lucru crește utilizarea antibioticelor în rândul nou-născuților și crește rezistența la antibiotice a agenților patogeni, precum și crește riscul de dereglare imună în copilărie din cauza perturbării microbiomului intestinal în curs de dezvoltare.

FREE PAPER

THE SIGNIFICANCE OF ASSESSING INFLAMMATORY SYNDROME IN NEWBORNS

Margareta Pirvanoiu¹, Delia Dobra², Alexandra Muresan³

^{1,2,3} *Dr C-tin Opris Baia Mare County Emergency Hospital, neonatology department, Romania*

Keywords: Inflammatory syndrome in newborns

Despite advances in perinatal medicine, infections remain a frequent and important cause of neonatal morbidity and mortality. The evaluation of inflammatory syndrome in newborns with risk factors for neonatal sepsis or with clinical signs of disease is a frequent activity in neonatology wards, which, however, poses problems of interpretation and difficulties regarding the initiation or not of antibiotic treatment.

The objective of this study is to summarize current knowledge about inflammatory syndrome in the newborn, mainly within neonatal sepsis with emphasis on paraclinical methods of its investigation by reviewing the literature.

Although blood cultures remain the gold standard in the diagnosis of neonatal sepsis, we see an increased number of false-negative results. Since a negative blood culture cannot rule out an infection, frequently antibiotic therapy is continued for more than 48 hours when there are clinical signs of disease or inflammatory markers. This increases antibiotic use among newborns and increases antibiotic resistance in pathogens, as well as increases the risk of immune dysregulation in childhood due to disruption of the developing gut microbiome.

LUCRARE ORALĂ

26. TRIPLOIDIA MOLARĂ DIANDRICĂ NEDETECTATĂ ÎN PRIMUL TRIMESTRU DE SARCINĂ – PREZENTARE DE CAZ

Denisa Plescan², D. Tudorache¹², Livia Vasile², Alina Marin¹², A. Trăistaru¹², V. Zamfirescu¹², R. Vlădăreanu¹²

¹*Departamentul de Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie, Universitate de Medicină și Farmacie "Carol Davila", București, România*

²*Clinica de Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București, România*

Cuvinte cheie: triploidia diandrică, molă parțială, beta-HCG mărit

Introducere: Triploidia reprezintă o aberație genetică ce afectează **1-2% din totalul concepțiilor**. Această anomalie rezultă dintr-un număr anormal de seturi cromozomiale haploide complete cu un total de **69 de cromozomi**. Particularitatea cazului este reprezentată de vârsta gestațională avansată, fiind raportate doar **0,002% cazuri în toată lumea de sarcini viabile între 16-20 de săptămâni de gestație**.

Prezentarea cazului: Gravida în vârstă de 34 ani, se prezintă la S.U.U.Elias cu sarcină 18 săptămâni pentru investigații de specialitate privind suspiciunea de sarcină cu risc genetic crescut. Pacienta este cunoscută cu hipertiroidie indusă de sarcină iar efectuând morfologia de trimestru I nu s-a decelat nicio modificare. Ulterior, rezultatul dublului test a evidențiat un risc mărit de trisomia 21 și un beta HCG cu valoarea de 1 milion. Pacienta a efectuat testul prenatal neinvaziv ce a prezentat un rezultat negativ. În urma investigațiilor ecografice se decelează anomalii placentare reprezentate de modificări chistice anecogene și placentă îngroșată, înalt sugestivă pentru molă parțială. Amniocenteza a indicat triploidie 1-22XXY, diagnosticul final fiind: triploidie molară diandrică.

Concluzii: Triploidia molară diandrică este o anomalie cromozomială ce afectează 1-2% din totalul concepțiilor, majoritatea fiind reprezentate de pierderi de sarcină în primul trimestru, astfel, distribuția triploidiilor depinde de vârsta gestațională, particularitatea cazului fiind reprezentată de vârsta gestațională înaintată la care a fost depistată anomalia. Suspiciunea pentru această patologie este corelată cu complicațiile materne ce apar pe timpul sarcinii, nivelul beta-HCG-ului și modificări la nivel placentar sugestive pentru mola parțială.

FREE PAPER

DIANDRIC MOLAR TRIPLOIDY ESCAPES DETECTION IN EARLY PREGNANCY – CASE REPORT

Denisa Plescan², D. Tudorache¹², Livia Vasile², Alina Marin¹², A. Trăistaru¹², V. Zamfirescu¹², R. Vlădăreanu¹²

¹*Department of Obstetrics-Gynecology and Neonatology” Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania*

²*Department of Obstetrics-Gynecology and Neonatology, Elias University Emergency Hospital, Bucharest, Romania*

Key words: diandric triploidy, partial mole, increased level of beta-HCG

Introduction: Triploidy is a genetic aberration that affects around 1%–2% of all conceptions. Triploidy results from an extra haploid set of chromosomes with a total of 69 chromosomes. The particularity of this case is represented by advanced gestational age, triploidy occurring only in around 0.002% of viable pregnancies between 16 and 20 gestational weeks.

Case report: A 34-year-old pregnant woman arrives at Elias Emergency University Hospital at 18 weeks gestation for specialized investigations due to suspicion of high genetic risk in pregnancy. The patient is known to have pregnancy-induced hyperthyroidism. The patient went through the morphology of the first trimester where no changes were detected. Later, the results of the double test revealed an increased risk of trisomy 21 and a beta-HCG with a value of 1 million. The patient performed the non-invasive prenatal test which showed a negative result. Following ultrasound investigations, placental abnormalities were detected, represented by anechoic cystic changes and thickened placenta, strongly indicative of a partial mole. The amniocentesis implied triploidy 1-22XXY and the final diagnosis being diandric molar triploidy.

Conclusions: Triploidy affects around 1%-2% of all conceptions and miscarriage is happening at early development stages in most cases. The occurrence of triploidies varies with gestational age, hence the rarity of this case detected at an advanced stage. Suspicion of this pathology is linked to maternal complications during pregnancy, beta-HCG levels, and placental changes indicating a partial mole.

LUCRARE ORALĂ

27. TRANSFUZIA INTRAUTERINĂ PENTRU ANEMIE FETALĂ, REZULTATE NEONATALE – 10 ANI DE EXPERIENȚĂ

Daniela-Eugenia Popescu^{1,2}, Ana Maria Cristina Jura¹, Ioana Roșca³, Cezara Mureșan¹, Nicoleta Lungu^{1,4},
Aniko Manea^{1,4}, Mărioara Boia^{1,4}

¹*Departamentul de Obstetrică, Ginecologie și Neonatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "V.Babeș", Timișoara, România*

²*Secția Neonatologie, Spital Premiere, Rețeaua de Sănătate "Regina Maria", Timișoara, România*

³*Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila", București, România*

⁴*Secția Neonatologie, Spital Clinic de Urgență pentru Copii "L.Țurcanu", Timișoara, România*

Cuvinte cheie: anemie fetală, transfuzie intrauterină, nou născut, icter

Rezumat: Transfuzia intrauterină (TIU) este o procedură dificilă, de mare finețe, ce furnizează sânge unui făt viu, ce prezintă mișcări în timpul manevrei, printr-un cordon ombilical fragil. Este utilizată în anemiile fetale severe, ca singura modalitate de terapie eficientă privind prognosticul "ad vitam" pentru făt.

Obiectiv: Raportarea rezultatelor TIU efectuate la 22 feți cu anemie severă.

Material și metodă: Am studiat un lot de 22 cazuri cu TIU efectuate în sarcină, între 2013-2023. Ecografia fetală a evidențiat anemia severă prin măsurarea vitezei maxime sistolice pe artera cerebrală medie. Numărul TIU per caz a variat între 1-7. Vârsta gestațională minimă la care s-a efectuat TIU a fost de 20 săptămâni. Valoarea minimă a hemoglobinei la care s-a efectuat prima TIU a fost de 1,6g/l la un caz, restul variind între 2,6g/l – 5,8g/l. TIU s-a efectuat sub ghidaj ecografic, cu masă eritrocitară 0I Rh-, cu monitorizarea gravidei, fătului.

Rezultate: Din cele 22 cazuri, 1 a decedat la 48 ore după prima TIU, iar ceilalți 21 au fost extrași prin operație cezariană programată. Toți nou născuții au prezentat la naștere anemie neonatală compensată, au dezvoltat icter precoce cu valori moderate ale bilirubinei indirecte. Tratamentul a constat în administrare de Imunoglobulină, Albumină umană 5%, fototerapie, transfuzii MER, eritropoetină. Nici un caz nu a necesitat exsanguinotransfuzie. Evoluția a fost favorabilă cu regresia progresivă a icterului și cu normalizarea hemogramei la 4 luni postnatal. Follow-up-ul până la vârsta de 1 an a evidențiat o dezvoltare neuro-developmentală corespunzătoare vârstei.

Concluzii: TIU este "standardul de aur" în terapia anemiilor severe intrauterine, iar evoluția imediată și pe termen lung a celor ce beneficiază de ea este favorabilă.

FREE PAPER

INTRAUTERINE TRANSFUSION FOR FETAL ANAEMIA, NEONATAL OUTCOMES - 10 YEARS OF EXPERIENCE

Daniela-Eugenia Popescu^{1,2}, Ana Maria Cristina Jura^{1,2}, Ioana Roșca³, Cezara Mureșan¹, Nicoleta Lungu^{1,4}, Aniko Manea^{1,4}, Mărioara Boia^{1,4}

¹*Department of Obstetrics, Gynaecology and Neonatology, University of Medicine and Pharmacy "V.Babes", Timisoara, Romania*

²*Neonatology Department, Premiere Hospital, "Regina Maria" Health Network, Timișoara, Romania*

³*University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", Bucharest, Romania*

⁴*Neonatology Department, "L.Țurcanu" Children's Emergency Hospital, Timișoara, Romania*

Keywords: fetal anemia, intrauterine transfusion, newborn, jaundice

Intrauterine Transfusion (IUT) is a difficult, highly delicate procedure that delivers blood through a fragile umbilical cord to a live fetus, which is moving during the operation. It is used in severe fetal anemia as the only effective prognostic 'ad vitam' therapy for the fetus.

Objective: To report the results of IUTs performed for 22 fetuses with severe anemia.

Material and method: We studied a cohort of 22 cases with IUT performed in pregnancy between 2013-2023. Fetal ultrasound revealed severe anemia by measuring the maximum systolic velocity of the middle cerebral artery. The number of IUTs per case ranged from 1-7. The minimum gestational age at which IUT was performed was 20 weeks. The minimum hemoglobin value at which the first IUT was performed was 1.6g/l in one case, the rest ranged from 2.6g/l - 5.8g/l. IUT was performed under ultrasound guidance, with OI Rh- blood, with monitoring of both pregnant woman and her fetus.

RESULTS: Of the 22 cases, 1 died 48 hours after the first IUT and the other 21 were extracted by scheduled cesarean section. All neonates presented at birth with compensated neonatal anemia, developed early jaundice with moderate indirect bilirubin values. Treatment consisted of administration of Immunoglobulin, Human Albumin 5%, phototherapy, blood transfusions, erythropoietin administration. No case required exchange transfusion. Evolution was favorable with progressive regression of jaundice and normalization of complete blood count by 4 months postnatally. Follow-up to 1 year of age showed age-appropriate neurodevelopment.

Conclusions: IUT is the "gold standard" for the therapy of severe intrauterine anemia, with favorable immediate and long-term outcomes of those receiving it.

LUCRARE ORALĂ

28.CAZ CLINIC RAR DE TORSIUNE OVARIANĂ SECUNDARĂ TRATAMENTELOR PENTRU REPRODUCERE UMANĂ ASISTATĂ

C. Sandu, D. Tudorache¹, A. Marin¹, V. Zamfirescu¹, R. Vlădăreanu¹

¹*Clinica de Obstetrică și Ginecologie, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București, România*

Cuvinte cheie: reproducere umană asistată, fertilizare in vitro, torsiunea de ovar, urgență medicală, ovariectomie.

Introducere. În era modernă a medicinei, tehnologiile de reproducere umană asistată au devenit o soluție vitală pentru cuplurile care se confruntă cu dificultăți în conceperea unui copil. Cu toate acestea, o consecință neașteptată și puțin cunoscută a acestor tratamente este torsiunea de ovar. Această afecțiune, caracterizată prin rotirea ovarului în jurul axei sale proprii, este considerată relativ rară, incidența fiind estimată între 2 și 7% din cazurile de durere abdominală acută la femei. Totuși, în rândul pacienților care au urmat tratamente pentru reproducerea umană asistată, incidența torsiunii de ovar poate ajunge până la 3-4%.

Prezentarea cazului. Pacientă în vârstă de 32 de ani, cu antecedente de puncție ovocitară în urmă cu 7 zile, se prezintă pentru dureri pelvi-abdominale severe. Clinic și imagistic s-a ridicat suspiciunea de torsiune ovariană stângă. Au fost excluse cauzele secundare ale abdomenului acut și s-a decis efectuarea intervenției chirurgicale laparoscopic. În timpul intervenției chirurgicale s-a constatat hemoperitoneu, ovarul drept mărit în dimensiuni cu multiple formațiuni chistice, iar ovarul stâng mărit în dimensiuni de 13/7 cm, cu seroasa tensionată, aspect necrotic și torsionat de trei ori în jurul ligamentului utero-ovarian. S-a efectuat detorsionarea ovarului stâng, fără apariția revascularizării acestuia și menținerea aspectului necrotic. A fost decisă efectuarea ovariectomiei stângi. Pe parcursul internării, evoluția postoperatorie a pacientei a fost favorabilă.

Concluzii. Torsiunea ovariană este o complicație rară, dar severă a tratamentelor pentru reproducere umană asistată, putând avea ca și consecință ovariectomia. Prin urmare, este imperativ managementul adecvat al pacienților care beneficiază de aceste proceduri pentru a minimiza riscul apariției acestei afecțiuni ginecologice.

FREE PAPER

RARE CLINICAL CASE OF OVARIAN TORSION SECONDARY TO ASSISTED HUMAN REPRODUCTION TREATMENTS

C. Sandu¹, D. Tudorache¹, A. Marin¹, V. Zamfirescu¹, R. Vlădăreanu¹

¹*Clinic of Obstetrics and Gynecology, Elias Emergency University Hospital, Bucharest, Romania*

Keywords: assisted human reproduction, in vitro fertilization, ovarian torsion, medical emergency, ovariectomy.

Introduction. In the modern era of medicine, assisted human reproduction technologies have become a vital solution for couples facing difficulties in conceiving a child. However, an unexpected and little-known consequence of these treatments is ovarian torsion. This condition, characterized by rotation of the ovary around its own axis, is considered relatively rare, with the incidence estimated to be between 2 and 7% of cases of acute abdominal pain in women. However, among patients undergoing assisted human reproduction treatments, the incidence of ovarian torsion can be as high as 3-4%.

Case presentation. A 32-year-old patient with a history of oocyte puncture 7 days ago presents with severe pelvic-abdominal pain. Clinically and imaging suspicion of left ovarian torsion was raised. Secondary causes of acute abdomen were excluded, and laparoscopic surgery was decided. During surgery hemoperitoneum was found, right ovary enlarged in size with multiple cystic formations, and left ovary enlarged in size 13/7 cm, with tense serosa, necrotic appearance and twisted three times around the utero-ovarian ligament. Detorsion of the left ovary was performed, without the appearance of revascularization and maintaining the necrotic appearance. It was decided to perform a left oophorectomy. During hospitalization, the postoperative evolution of the patient was favorable.

Conclusions. Ovarian torsion is a rare but severe complication of assisted human reproduction treatments and may result in ovariectomy. Therefore, it is imperative that patients undergoing these procedures are managed appropriately to minimize the risk of developing this gynecological condition.

FREE PAPER

29.DO TREATMENTS FOR VULVOVAGINAL REJUVENATION AFFECT SUBSEQUENT VAGINAL BIRTH?

Georgios Sarlis

Keywords: vulvovaginal RF,PRP,HA,post VRT vaginal delivery,patient survey.

Vulvovaginal rejuvenation (VRT) treatments with RF(Radio Frequencies),PRP(Rich Plasma Platelets),and HA(Hyaluronic Acid) are becoming a popular minimally invasive solution for treating various conditions connected to vulvovaginal dysfunction.

There have thus far been no published data, however, on the impact of these treatments on subsequent (post treatment) vaginal deliveries.

A patient survey for patients who gave birth after VTR treatment was designed to take into consideration several other factors that could potentially impact vaginal delivery, e.g. infant weight, pregnancy complications, mother's BMI, etc. The questionnaire

was distributed to 96 patients from two maternal hospitals in Athens Greece and a clinic in Central Greece and Evia Island – 37 patients responded to the survey.

All patients were treated from our Vulvovaginal Rejuvenation team in these three Maternal Centers.

The results showed no impact on subsequent vaginal deliveries and indicate that VRT treatments are a safe option for treating pre-menopausal women between deliveries.

LUCRARE ORALĂ

30.PROGNOSTIC SI PROGRESIE IN DIABETUL ZAHARAT

R. Socolov, B. Barbu, Andreea Pruteanu, Ioana Păvăleanu

Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Elena Doamna", Iași, România

Cuvinte cheie: diabet gestațional, factori de risc, prognostic

Introducere: Diabetul gestațional reprezintă o preocupare majoră de sănătate publică, având consecințe semnificative asupra atât a mamelor, cât și a nou-născuților. Scopul studiului a fost de a identifica factorii de risc cu cel mai mare impact, cât și influența acestora și a diferitelor opțiuni terapeutice și de monitorizare în apariția rezultatelor adverse atât pentru materno-fetale.

Metode: Am realizat un studiu de cohortă retrospectiv pe o perioadă de 2 ani, în cadrul spitalului clinic de obstetrica-ginecologie „Elena Doamna”, Iași. Am inclus femeile însărcinate cu vârsta gestațională de peste 24 de săptămâni, evaluându-le pentru prezența diabetului gestațional conform criteriilor ADA (American Diabetes Association) și am colectat datele demografice, antecedentele medicale, indicele de masă corporală (IMC), rezultatele testelor de glicemie ale pacientelor comparându-le cu diferitele tipuri de management terapeutic, date ecografice și neonatale pentru a evalua factorii de risc și asocierea dintre diabetul gestațional și alte complicații obstetricale, opțiunile de management și tratament cât și efectele materno-fetale pe termen mediu.

Rezultate: Am reușit să identificăm factorii de risc asociați cu cel mai mare impact nefavorabil asupra prognosticului materno fetal prin prisma caracteristicilor demografice și socio-economice ale populației țintă, cât și opțiunile terapeutice și de management clinic la care s-a observat îmbunătățirea rezultatelor în timpul sarcinii și reducerea riscul de complicații metabolice pe termen mediu, cât și o bună complianță din partea pacientelor.

Concluzii: Studiul nostru adaugă noi date în literatura existentă cu privire la prevalența, factorii de risc și evoluția diabetului gestațional. Rezultatele subliniază importanța unei abordări multidisciplinare și a unui management personalizat pentru femeile cu această afecțiune în timpul sarcinii pentru a reduce riscurile asupra mamelor și a nou-născuților.

FREE PAPER

CRITERIA FOR PROGNOSIS AND PROGRESSION IN GESTATIONAL DIABETES

R. Socolov, B. Barbu, Andreea Pruteanu, Ioana Pavaleanu

„Elena Doamna” Clinical Hospital of Obstetrics and Gynecology, Iasi

Keywords: Gestational diabetes, prognostic factor, medical complication

Introduction: Gestational diabetes is a major public health concern, with significant consequences for both mothers and newborns. The aim of the study was to identify the risk factors with the greatest impact, as well as their influence and different therapeutic and monitoring options in the occurrence of adverse outcomes for both maternal-fetal.

Methods: We conducted a retrospective cohort study over a period of 2 years, within the clinical hospital of obstetrics and gynecology "Elena Doamna", Iasi. We included pregnant women with gestational age over 24 weeks, evaluated them for the presence of gestational diabetes according to ADA (American Diabetes Association) criteria and collected demographics, medical history, body mass index (BMI), results of patients blood glucose tests comparing them with different types of therapeutic management, ultrasound and neonatal data to evaluate risk factors and association between gestational diabetes and other obstetric complications, management and treatment options, and medium-term maternal-fetal effects.

Results: Following the analysis of the data, we were able to identify the risk factors associated with the greatest adverse impact on the maternal-fetal prognosis in terms of demographic and socio-economic characteristics of the target population, as well as therapeutic and clinical management options in which it was observed to improve the results during pregnancy and reduce the risk of metabolic complications in the medium term, as well as good patient compliance.

Conclusions: Our study adds new data to the existing literature on the prevalence, risk factors and course of gestational diabetes. The results highlight the importance of a multidisciplinary approach and personalized management for women with this condition during pregnancy to reduce risks to mothers and newborns.

LUCRARE ORALĂ

31.EXPLORAREA ORIZONTURILOR GENETICE: PERSPECTIVE NOI ÎN EVALUAREA NOU-NĂSCUȚILOR

A. Tecuci^{1,2}, M. Boț^{1,2}, A. Popa^{1,2}, S.D. Popescu^{1,2}, I.G. Petrescu^{1,2}, R. Ghiță¹, S. Vlădăreanu^{1,2}

¹*Spitalul Universitar de Urgență Elias, București, România*

²*Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila, București, România*

Cuvinte cheie: nou-născut, sindrom genetic, testare genetică, terapie intensivă neonatală

Testarea genetică în neonatologie deschide calea către noi frontiere în evaluarea și îngrijirea nou-născuților, aducând cu sine o serie de teme și considerații complexe. Aceste aspecte, esențiale pentru practica medicală și pentru siguranța pacienților, necesită o abordare holistică și un dialog continuu între neonatologi și medicii din celelalte specialități. Etica și consimțământul informat sunt fundamentale în procesul de testare genetică a nou-născuților, impunând necesitatea unei comunicări transparente între medici și părinți. Deciziile cu privire la îngrijirea nou-născuților, influențate de rezultatele testelor genetice, trebuie să fie echilibrate și să aibă la bază un prognostic clar, luând în considerare atât beneficiile, cât și limitările intervențiilor propuse. Identificarea și managementul bolilor genetice rare reprezintă un alt aspect crucial, iar diagnosticarea timpurie poate schimba radical evoluția acestor afecțiuni. Personalizarea îngrijirii pe baza informațiilor genetice oferă oportunitatea de a adapta tratamentele și intervențiile în funcție de profilul unic al fiecărui nou-născut, îmbunătățind astfel eficacitatea și rezultatele clinice. Progresele tehnologice continue în domeniul geneticii susțin dezvoltarea de noi terapii și medicamente, deschizând noi perspective în tratarea afecțiunilor genetice. De aceea, educația profesională continuă este esențială pentru a îmbunătăți competențele medicale în interpretarea și comunicarea rezultatelor testelor genetice. Aspectele culturale și sociale nu trebuie neglijate, deoarece influențează percepția și acceptarea testelor genetice în diverse comunități. O abordare respectuoasă și adaptată cultural poate facilita comunicarea și înțelegerea reciprocă între medici și părinții nou-născuților.

Prevalența ridicată a patologiei genetice în terapia intensivă neonatală a dus la utilizarea din ce în ce mai frecventă a testelor genetice. Complexitatea și frecvența testelor pot crea probleme neonatologilor, datorită fondurilor și cunoștințelor limitate alocate acestui domeniu. Prin urmare, am încercat să evidențiem importanța utilizării testării genetice în diagnosticarea precoce a nou născuților. De-a lungul acestei prezentări, evidențiem follow-up-ul nou-născuților diagnosticați prin testare genetică cât și implicațiile pe care le poate avea lipsa accesului la consultul și testarea genetică.

În concluzie, explorarea genetică în neonatologie implică multiple dimensiuni, iar echilibrul între progresul științific și considerațiile etice, sociale și legale este esențial pentru o practică medicală responsabilă și eficientă.

FREE PAPER

EXPLORING GENETIC HORIZONS: NEW PERSPECTIVES IN ASSESSING NEWBORNS

A. Tecuci^{1,2}, M. Boț^{1,2}, A. Popa^{1,2}, S.D. Popescu^{1,2}, I.G. Petrescu^{1,2}, R. Ghiță¹, S. Vlădăreanu^{1,2}

¹*Elias University Emergency Hospital, Bucharest*

²*Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucharest*

Keywords: newborn, genetic syndrome, genetic testing, neonatal intensive care

Genetic testing in neonatology opens the door to new frontiers in the assessment and care of newborns, bringing with it a range of complex themes and considerations. These issues, essential for medical practice and patient safety, require a holistic approach and continuous dialogue between neonatologists and doctors in other specialties. Ethics and informed consent are fundamental in the process of genetic testing of newborns, imposing the need for transparent communication between doctors and parents. Decisions about newborn care, influenced by genetic test results, must be balanced and based on a clear prognosis, taking into account both the benefits and limitations of proposed interventions. The identification and management of rare genetic diseases is another crucial aspect, and early diagnosis can radically change the course of these conditions. Personalizing care based on genetic information provides an opportunity to tailor treatments and interventions to each newborn's unique profile, thereby improving efficacy and clinical outcomes. Continuous technological advances in genetics support the development of new therapies and drugs, opening up new perspectives in treating genetic conditions. Therefore, continuing professional education is essential to improve medical skills in interpreting and communicating genetic test results. Cultural and social aspects should not be neglected, as they influence the perception and acceptance of genetic testing in diverse communities. A respectful and culturally adapted approach can facilitate communication and mutual understanding between doctors and parents of newborns.

The high prevalence of genetic pathology in neonatal intensive care has led to the increasingly frequent use of genetic testing. The complexity and frequency of tests can create problems for neonatologists, due to the limited funds and knowledge allocated to this field. Therefore, we tried to highlight the importance of using genetic testing in the early diagnosis of newborns. Throughout this presentation, we highlight the follow-up of newborns diagnosed through genetic testing and the implications that lack of access to genetic consultation and testing can have.

In conclusion, genetic exploration in neonatology involves multiple dimensions, and the balance between scientific progress and ethical, social and legal considerations is essential for responsible and effective medical practice.

LUCRARE ORALĂ

32.EFECTELE FUMATULUI ȘI OBICEIURILOR ALIMENTARE ASUPRA SĂNĂTĂȚII ORALE MATERNE ȘI A CREȘTERII FETALE

Valentin Nicolae Varlas^{1,2}, Andra Rădoi², Roxana Georgiana Varlas¹

¹UMF Carol Davila, București, România

²Spitalul Clinic Filantropia, București, România

Cuvinte cheie: sănătate orală, sarcină, obiceiuri alimentare, fumat, greutate fetală la naștere

Introducere: Impactul obiceiurilor alimentare și al fumatului, asupra sănătății orale materne și a greutății fătului sunt provocări pentru femeile însărcinate în timpul sarcinii. Diagnosticul afecțiunilor stomatologice apărute în sarcină sau preexistente, abordarea terapeutică diferențiată pe trimestre, evaluarea modului de intervenție a obiceiurilor alimentare și fumatului în creșterea fetală cu repercusiuni asupra greutății la naștere a nou-născutului reprezintă rezultatul colaborării între obstetrician și stomatolog.

Material și metode: Studiul transversal, realizat prin distribuirea unui chestionar semi-structurat, își propune să evidențieze modul în care intervenția nutrițională și fumatul pot influența sănătatea orală în cursul sarcinii și rezultatele privind creșterea fetală. Au fost incluse 120 lehuze, 54 cu manifestări stomatologice în sarcină și 66 lot control, în perioada Aprilie 2022 – Mai 2023. Studiul a analizat o serie de variabile dependente (greutatea la naștere a nou-născutului, elementele de dietă și fumat).

Rezultate: Din cele 54 paciente, 11 (20,4%) au avut carii simple, 13 (24,1%) asociere carii cu gingivită, iar 7 (13%) asociere de carii și fractură dentară. În subgrupul pacientelor fumătoare greutatea medie a feților la naștere a fost semnificativ mai mică decât la nefumătoare. Dieta echilibrată și administrarea de suplimente și vitamine au influențat greutatea la naștere, fără a avea o semnificație statistică.

Concluzii: Stabilirea unor principii nutriționale pe toată perioada sarcinii au ca rol esențial o bună sănătate orală. Fumatul matern, dieta necorespunzătoare și surplusul ponderal inadecvat reprezintă factori de risc legați de nașterea unor copii cu greutate mică la naștere. O greutate excesivă predispune la un risc crescut de preeclampsie, macrosomie, boli cardiovasculare și diabet gestațional. În cazul apariției unor afecțiuni stomatologice, intervenția terapeutică trebuie rapid și corect instituită, gravida fiind consiliată cu privire la riscuri, cu scopul de a reduce severitatea complicațiilor și a permite o creștere corespunzătoare și o greutate normală la naștere a nou-născutului.

FREE PAPER

EFFECTS OF SMOKING AND DIETARY HABITS ON MATERNAL ORAL HEALTH AND FETAL GROWTH

Valentin Nicolae Varlas^{1,2}, Andra Rădoi², Roxana Georgiana Varlas¹

¹UMF Carol Davila, Bucharest, Romania

²Filantropia Clinical Hospital, Bucharest, Romania

Keywords: oral health, pregnancy, dietary habits, smoking, birth weight

Introduction: The impact of dietary habits and smoking on maternal oral health and fetal weight are challenges for pregnant women during pregnancy. The diagnosis of dental conditions that appeared during pregnancy or pre-existing, the therapeutic approach differentiated by trimester, the evaluation of the way of intervention of dietary and smoking habits in fetal growth with repercussions on the birth weight of the newborn is the result of the collaboration between the obstetrician and the dentist.

Material and methods: The cross-sectional study, carried out by distributing a semi-structured questionnaire, aims to highlight how nutritional intervention and smoking can influence oral health during pregnancy and fetal growth outcomes. 120 infants were included, 54 with dental manifestations during pregnancy and 66 control group, between April 2022 and May 2023. The study analyzed a series of dependent variables (newborn birth weight and diet elements).

Results: Of the 54 patients, 11 (20.4%) had simple caries, 13 (24.1%) combined caries with gingivitis, and 7 (13%) combined caries and dental fracture. In the subgroup of smoking patients, the average birth weight of girls was significantly lower than in non-smoking patients. Balanced diet and administration of supplements and vitamins influenced birth weight without statistical significance.

Conclusions: The establishment of nutritional principles throughout the pregnancy period has an essential role in good oral health. Maternal smoking, poor diet and inadequate overweight are risk factors for low-birth-weight babies. Being overweight predisposes an increased risk of preeclampsia, macrosomia, cardiovascular disease, and gestational diabetes. In the event of the appearance of dental conditions, therapeutic intervention must be quickly and correctly instituted, the pregnant woman being advised of the risks, with the aim of reducing the severity of the complications and allowing a proper growth and a normal birth weight of the newborn.

LUCRARE ORALĂ

33. TAMPONAMENTUL UTERIN ȘI VAGINAL CU CHITOSAN ÎN ROMÂNIA(CELOX). STUDIU MULTICENTRIC 2022-2024

E. Vaso, V. Juncu, V. Umaniuc, Laura Gligor, R. Costin, Petronela Vicoveanu, M. Crăciun, R. Chicea, F. Ispășoiu, M. V. Codru, A.D. Neagu, C.R. Țîbea, M. Mihaila, I.A. Ali, T. Găvrila, Camelia Doina Chirigiu, F. Tovărnac

Secția Obstetrică Ginecologie, Spital Municipal Mediaș, România

Secția Obstetrică-Ginecologie, Spital Municipal Turda, România

Secția Obstetrică, Spital Județean de Urgență „Sf. Ioan cel Nou”, Suceava, România

Secția Obstetrică-Ginecologie, Spital Clinic Județean de Urgență Sibiu, România

Secția Obstetrică, Spitalul Județean de Urgență Alba Iulia, România

Sectia Obstetrică, Spital Municipal Hunedoara, România

Secția Ginecologie, Spital Judetan de Urgență “Dr. Constantin Opris”, Baia Mare, România

Secția Obstetrică, Spital Clinic Județean de Urgență Brăila, România

Cuvinte cheie: Hemoragie postpartum, Lacerări vaginale, Bandaaj acoperit cu chitosan (Celox)

Hemoragia este una dintre principalele cauze de mortalitate maternă, la nivel mondial. Majoritatea acestor cazuri pot fi prevenite prin asigurarea accesului egal la serviciile de asistență medicală și prin implementarea unor practici bazate pe dovezi pentru a îmbunătăți sănătatea maternă postpartum și nu numai. Dispozitivul pe bază de chitosan este un agent hemostatic puternic derivat din chitină și este utilizat pentru a aborda în mod eficient sângerările obstetricale și ginecologice severe cauzate de atonia uterină, rupturi vaginale multiple și sângerări care provin din neoplasme ale colului uterin și endometriului.

Metodologie și materiale: Această lucrare științifică cuprinde un studiu a 25 de cazuri clinice din 8 secții de obstetrică și ginecologie din România, cuprinzând diferite tipuri de hemoragii, în primul rând hemoragie postpartum (HPP), dar incluzând și hemoragie post-avort, lacerări vaginale și cervicale sau carcinoame endometriale. Cercetarea efectuată a presupus o revizuire amplă a literaturii de specialitate și implementarea practică a abordărilor inovatoare oferite de aceasta.

Constatări: Cazurile clinice raportate au inclus 25 de pacienți care au suferit pierderi masive de sânge care nu au răspuns la terapia de resuscitare de volum și uterotonă. În aceste cazuri, s-a considerat necesar tamponamentul uterin și vaginal cu chitosan (Celox PPH), obținându-se hemostază promptă, cu excepția a 2 cazuri de evenimente HPP care au fost convertite în histerectomie, a dus la o rată de succes de 92%, respectând ratele de succes în studiile internaționale la nivel mondial.

Concluzii/Discuții: Tamponamentul uterin și vaginal folosind tifon acoperit cu chitosan este o metodă de tratament emergentă pentru hemoragiile uterine postpartum, lacerările vaginale și hemoragiile refractare asociate cu afecțiunile neoplazice cervicale și endometriale care nu răspund la terapiile convenționale și măsurile corective. Această abordare inovatoare are un potențial semnificativ de reducere a mortalității materne și a ratelor de morbiditate, deoarece ajută la evitarea necesității unor intervenții chirurgicale suplimentare, ligaturi vasculare, transfuzii de sânge și spitalizări prelungite.

FREE PAPER

EFFECTS OF SMOKING AND DIETARY HABITS ON MATERNAL ORAL HEALTH AND FETAL GROWTH

E. Vaso, V. Juncu, V. Umaniuc, Laura Gligor, R. Costin, Petronela Vicoveanu, M. Crăciun, R. Chicea, F. Ispășoiu, M. V. Codru, A.D. Neagu, C.R. Țibea, M. Mihaila, I.A. Ali, T. Găvrila, Camelia Doina Chirigiu, F. Tovărnac

Obstetrics and Gynecology Department, Municipal Hospital Medias, Romania

Obstetrics and Gynecology Department, Municipal Hospital Turda, Romania

Obstetrics Department, Emergency County Hospital "St. Ioan cel Nou", Suceava, Romania

Obstetrics and Gynecology Department, Emergency County Clinical Hospital Sibiu, Romania

Obstetrics Department, Emergency County Hospital Alba Iulia, Romania

Obstetrics Section, Municipal Hospital Hunedoara, Romania

Gynecology Department, Emergency County Hospital "Dr. Constantin Opris", Baia Mare, Romania

Obstetrics Department, Emergency County Clinical Hospital Brăila, Romania

Keywords: Postpartum hemorrhage, Vaginal lacerations, Chitosan-covered gauze (Celox)

Hemorrhage is a leading cause of women deaths, worldwide. The majority of these cases can be prevented by ensuring equal access to healthcare services and implementing evidence-based practices to improve maternal health leading up to childbirth. The chitosan-based device is a powerful hemostatic agent derived from chitin and is used to effectively address severe obstetric bleeding caused by uterine atony, coagulation, multiple vaginal tears after birth or abortion. Another life-threatening issue are hemorrhages originating from cancers of uterus and cervix.

Methodology and Materials: This scientific paper encompasses a study of 25 clinical cases from 8 Ob-Gyn Departments in Romania, encompassing various types of hemorrhages, primarily postpartum hemorrhage (PPH), but also including post-abortion hemorrhage, vaginal lacerations, and cervical or endometrial carcinomas. The research conducted involved an extensive review of specialized literature and the practical implementation of the innovative approaches it offered.

Findings: The reported clinical cases included 25 patients who experienced massive blood loss that did not respond to volume and uterotonic resuscitation therapy. In these cases, uterine packing with Chitosan covered gauze (Celox PPH) was deemed necessary, resulting in prompt hemostasis, except 2 cases in PPH events that were converted to hysterectomy. The success rates of Chitosan covered gauze (Celox PPH) was 92%, respecting success rates in ultimate international studies worldwide.

Conclusions/Discussions: Uterine packing using chitosan-covered gauze is an emergent treatment method for postpartum uterine hemorrhages, vaginal lacerations, and refractory hemorrhages associated with cervical and endometrial neoplasm conditions that do not respond to conventional therapies and corrective hemorrhagic measures. This innovative approach holds significant potential to reduce maternal mortality and morbidity rates, as it helps avoid the need for additional surgeries, vascular ligations, blood transfusions, and extended hospital stays, made this approach suitable to include in OG guidelines in Romania.

LUCRARE ORALĂ

34.INFECȚII URINARE MULTIREZISTENTE (MDR UTI) ÎN TIMPUL SARCINII

Radu Viorel¹, Demetra Socolov¹, Cristian Costache, Tudor Gîscă¹, Gabriel Anton, Ingrid Andrada Vasilache¹

Universitatea de Medicină și Farmacie Gr. T. Popa, Iași, România

¹Spitalul "I.C. Parhon", Secția Urologie, Iași, Secția Urologie

²Spitalul de Obstetrică și Ginecologie Cuza Vodă, Iași, România

Introducere: Infecțiile tractului urinar în timpul sarcinii sunt un factor de risc atât pentru mamă, cât și pentru făt, ducând potențial la nașteri premature și RCIU. Am propus să studiem germenii implicați și spectrul lor de sensibilitate.

Metodă. Am realizat un studiu retrospectiv în Spitalul Cuza-Vodă, între anii 2019 și 2023. Am definit ITU MDR ca toate infecțiile urinare cu germeni rezistenți la cel puțin una din 3 clase diferite de antibiotice. Am definit ITU dacă urocultura a prezentat mai mult de 100.000 UFC/ml, în prezența simptomelor urinare.

Rezultate: Au fost identificați un număr de 42 de pacienți cu ITU MDR care au fost internați în perioada de studiu. Vârsta medie a pacienților a fost de 27,58+/-6,72 ani. 21 de pacienți (50%) au fost primipare. E.coli a fost cel mai frecvent germen implicat, la 25 de pacienți (59,5%), urmat de Klebsiella cu 11 cazuri (26,19%), Staphylococcus aureus, 3 cazuri (7,41%), Enterococcus cu 2 cazuri (4,6%) și Pseudomonas cu un caz (2,3%). Germenii MDR au prezentat rezistență crescută la Ampicilină (97,62%), Cefuroximă (64,28%), Norfloxacină (54,76%) și Amoxicilină+Acid clavulanic (23,8%). În schimb, rezistența la Biseptol a fost de doar 14,28%.

36 de paciente (85,71%) au prezentat cistită, iar 6 paciente (14,29%) au prezentat pielonefrită. Acestea din urmă au prezentat hidronefroză de sarcină și au necesitat inserarea de sonde ureterale JJ, asociate tratamentului cu antibiotice. De menționat că doar 5 paciente (11,9%) au avut ITU MDR asociate actului medical, restul de 37 (88,1%) fiind infecții comunitare.

Concluzii: E.Coli și Klebsiella sunt germenii cei mai frecvent întâlniți în etiologia acestor infecții, prezentând rezistență crescută la Ampicilină și Cefuroximă, 2 antibiotice utilizate frecvent în tratamentul ITU la gravide. Majoritatea infecțiilor au fost cistite, cu germeni oportuniști. În infecțiile urinare înalte, hidronefroza a fost factorul de risc determinant, sugerând necesitatea ecografiei renale de rutină la orice gravidă cu cistită.

FREE PAPER

EFFECTS OF SMOKING AND DIETARY HABITS ON MATERNAL MULTIDRUG-RESISTANT URINARY INFECTIONS (MDR UTI) DURING PREGNANCY

Radu Viorel¹, Demetra Socolov¹, Cristian Costache, Tudor Gîscă¹, Gabriel Anton, Ingrid Andrada Vasilache¹

Gr. T. Popa University of Medicine and Pharmacy, Iasi, Romania

¹*Hospital "I.C. Parhon", Department of Urology Iasi, Romania*

²*Cuza Vodă Obstetrics and Gynecology Hospital, Iasi, Romania*

Introduction: Urinary tract infections during pregnancy are a risk factor for both the mother and the fetus, potentially leading to premature births and IUGR. We proposed to study the germs involved and their spectrum of sensitivity.

Method. We carried out a retrospective study in Cuza-Voda Hospital, between 2019 and 2023. We defined MDR UTI as all urinary infections with germs resistant to at least one of 3 different classes of antibiotics. We defined UTI as if the urine culture showed more than 100,000 UFC/ml, in the presence of urinary symptoms.

Results: A number of 42 patients with MDR ICU were identified who were hospitalized during the study period. The average age of the patients was 27.58 $\pm$ 6.72 years. 21 patients (50%) were primiparous. E.coli was the most frequent germ involved, in 25 patients (59.5%), followed by Klebsiella with 11 cases (26.19%), Staphylococcus aureus, 3 cases (7.41%), Enterococcus with 2 cases (4.6%) and Pseudomonas with one case (2.3%). MDR ICU germs showed increased resistance to Ampicillin (97.62%), Cefuroxime (64.28%), Norfloxacin (54.76%) and Amoxicillin+Clavulanic acid (23.8%). In contrast, resistance to Biseptol was only 14.28%.

36 patients (85.71%) presented cystitis, and 6 patients (14.29%) presented pyelonephritis. The latter presented hydronephrosis of pregnancy, and required insertion of ureteral probes jj, associated with antibiotic treatment. It should be noted that only 5 patients (11.9%) had MDR UTI associated with the medical act, the remaining 37 (88.1%) being community infections.

Conclusions: E.Coli and Klebsiella are the most common germs found in the etiology of these infections, showing increased resistance to Ampicillin and Cefuroxime, 2 antibiotics frequently used in the treatment of UTI in pregnant women. Most of the infections were cystitis, with community germs. In high urinary infections, hydronephrosis was the determining risk factor, suggesting the need for routine renal ultrasound in any pregnant woman with cystitis.

LUCRARE ORALĂ

35.SARCINA ȘI AUTOIMUNITATEA: INFLUENȚA AFECȚIUNII MATERNE ȘI A TRATAMENTULUI ASUPRA REZULTATULUI SARCINII

Radu Vlădăreanu¹, Simona Vlădăreanu¹, Alexandra Ionescu², Mona Constantin¹, Andreea Boiangiu¹

¹ *Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila” București, România*

² *Spitalul Universitar Elias, București, România*

Bolile inflamatorii mediate imun (BIMI) cuprind o gamă diversă de afecțiuni caracterizate prin prezentări clinice eterogene, care afectează mai multe sisteme și organe din corpul uman.

Tulburările autoimune sunt de 5 ori mai frecvente în rândul femeilor, iar incidența tinde să atingă vârful în anii de reproducere. Astfel, aceste tulburări apar frecvent la femeile însărcinate.

Provocarea în managementul acestor boli deriva din imprevizibilitatea răspunsului autoimun, aspect demonstrat de faptul că, în timp ce în unele cazuri nu există nicio modificare sau simptomatologia se stabilizează, în alte cazuri, femeile însărcinate se confruntă cu ameliorare sau deteriorare și exacerbare a stării de sănătate.

Îngrijirea gravidelor cu boli autoimune necesită management adițional în scopul reducerii complicațiilor materne, fetale și obstetricale.

FREE PAPER

PREGNANCY AND AUTOIMMUNITY: MATERNAL DISEASE AND TREATMENT INFLUENCE ON PREGNANCY OUTCOME

Radu Vladareanu¹, Simona Vladareanu¹, Alexandra Ionescu², Mona Constantin¹, Andreea Boianiu¹

¹*University of Medicine and Pharmacy “Carol Davila”, Bucharest, Romania*

²*Elias University Hospital, Bucharest, Romania*

Immune-mediated inflammatory diseases (IMDs) sum up to a diverse panel of conditions characterized by heterogeneous clinical presentations, affecting multiple systems and organs in the human body.

Autoimmune disorders are 5 times more common in women, and the incidence tends to peak during the reproductive years. Thus, these disorders frequently occur in pregnant women.

The challenge regarding the management of these diseases derives from the unpredictability of the autoimmune response, an aspect demonstrated by the fact that, while in some cases there is no change or they achieve remission, in other cases, pregnant women face improvement or flare-ups and deteriorating health.

The care of pregnant women with autoimmune diseases requires special management to reduce maternal, fetal and obstetrical complications.

LUCRARE ORALĂ

36.INFECȚII NEONATALE - BACILII GRAM-NEGATIVI

Mihaela Zaharie^{1,2}, Aniko Manea^{1,2}, Nicoleta Lungu^{1,2}, Florina Doandes^{1,2}, Timea Brandibur^{1,2},
Oana Costescu^{1,2}, Daniela Cioboata², Marioara Boia^{1,2}

¹*Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Departamentul de Neonatologie, Timișoara, România*

²*Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Louis Turcanu”, Clinica de Prematuri, Timișoara, România*

Cuvinte cheie: Infecții neonatale, factori de risc, bacili gram-negativi

Introducere: Infecțiile neonatale rămân o cauză majoră de morbiditate și mortalitate în întreaga lume și sunt implicate în peste jumătate din toate decesele neonatale. Incidența infecțiilor neonatale este chiar mai mare la bebelușii născuți prematur decât la nou-născuții la termen, iar gravitatea este crescută în absența diagnosticului și tratamentului precoce.

Obiective: Propunerea autorilor este de a revizui infecțiile bacteriene perinatale, prevalența acestora și factorii de risc predispozanți.

Rezultate și discuții: Datorită imaturității imunitare în ceea ce privește atât imunitatea înăscută (în principal polinucleară), cât și imunitatea adaptivă (celulară și umorală), infecțiile bacteriene au o incidență mai mare în perioada neonatală decât la orice altă vârstă pediatrică. Infecțiile nou-născuților includ infecțiile neonatale bacteriene de debut precoce sau tardiv (BNI), infecțiile asociate asistenței medicale și infecțiile dobândite comunitar în primele 28 de zile de viață. Infecția neonatală de etiologie bacteriană este provocată în principal de coci gram-pozitivi și bacili gram-negativi. În această din urmă grupă, speciile dominante sunt membre ale familiei Enterobacteriaceae, cum ar fi *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp. și *Serratia* spp., precum și bacili non-fermentatori (BNF), cum ar fi *Pseudomonas aeruginosa* și *Acinetobacter baumannii*. Tratamentul infecțiilor cu bacili gram-negativi reprezintă cea mai mare provocare pentru neonatologi din cauza capacității lor de a dezvolta rezistență la antimicrobiene, ceea ce poate dificulta alegerea tratamentului.

Concluzii: Infecția neonatală se prezintă cu semne și simptome nespecifice care necesită teste pentru confirmarea diagnosticului. Diagnosticul precoce și precis al infecției va îmbunătăți rezultatele clinice și va reduce utilizarea excesivă a antibioticelor. Metodele de diagnostic actuale se bazează pe metodele convenționale de cultură, care sunt consumatoare de timp și pot întârzia deciziile terapeutice critice.

FREE PAPER

NEONATAL INFECTIONS - GRAM - NEGATIVE BACILLI

Mihaela Zaharie^{1,2}, Aniko Manca^{1,2}, Nicoleta Lungu^{1,2}, Florina Doandes^{1,2}, Timea Brandibur^{1,2}, Oana Costescu^{1,2}, Daniela Cioboata², Marioara Boia^{1,2}

¹*University of Medicine and Pharmacy “Victor Babes”, Childcare- Neonatology Department Timisoara, Romania*

²*Emergency Clinical Hospital “Louis Turcanu” for Children, Neonatology-Premature Clinic, Timisoara, Romania*

Key words: Neonatal infections, risk factors, Gram-negative bacilli

Introduction: Neonatal infections remain a major cause of morbidity and mortality in the world and are involved in more than half of all neonatal deaths. The incidence of neonatal infections is even higher in premature babies than in term newborns, and severity is increased in the absence of early diagnosis and treatment.

Objectives: The author’s proposal is to review the perinatal bacterial infections, their prevalence and predisposing risk factors.

Results and discussions: Due to immune immaturity concerning both innate immunity (primarily polynuclear), and adaptive immunity (cellular and humoral), bacterial infections have a higher incidence in the neonatal period than at any other pediatric age. Newborn infections include early-onset or late-onset Bacterial Neonatal Infections (BNI), healthcare-associated infections, and community-acquired infections during the first 28 days of life.

Neonatal infection of bacterial etiology is mainly caused by Gram-positive cocci and Gram-negative bacilli. In the latter group, dominant species are members of Enterobacteriaceae, such as *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp. and *Serratia* spp., as well as non-fermenting bacilli (BNF), such as *Pseudomonas aeruginosa* and *Acinetobacter baumannii*. The treatment of Gram-negative bacilli infections represents the biggest challenge for neonatologists because of their ability to develop antimicrobials resistance, which may bring difficulty in choice of treatment.

Conclusions: Neonatal infection presents with nonspecific signs and symptoms that necessitate tests to confirm the diagnosis. Early and accurate diagnosis of infection will improve clinical outcomes and decrease the overuse of antibiotics. Current diagnostic methods rely on conventional culture methods, which are time-consuming, and may delay critical therapeutic decisions.

POSTERE

POSTERS

POSTER

1. BOALA POLICHISTICĂ RENALĂ AUTOZOMAL RECESIVĂ – DIAGNOSTIC ȘI MANAGEMENT DIFICIL

Mihaela Amza^{1,2}, Romina-Marina Sima^{1,2}, Tina-Ioana Bobei^{1,2}, Didel-Ionuț Vâlcea², Liana Pleș^{1,2}

¹*Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila",
București, România*

²*Maternitatea "Bucur", Spitalul "Sfântul Ioan", București, România*

Cuvinte cheie: Boala Polichistică Renală Autosomal Recesivă, cariotip molecular, oligoamnios

Boala Polichistică Renală Autosomal Recesivă (ARPKD) este o afecțiune genetică rară, caracterizată de apariția dilatațiilor chistice ale sistemului colector renal și care poate asocia diferite grade de fibroză hepatică.

Prezentare de caz: Am prezentat un caz al unei paciente de 24 de ani, primipară, cu sarcină 35 de săptămâni, care a venit la clinica noastră pentru a doua opinie. Pacienta a fost efectuat screening pentru anomalii fetale din primul trimestru cu rezultat de risc scăzut pentru trisomiile 13, 18, 21 și fără anomalii anatomice fetale la evaluarea ecografică. Sarcina a progresat fără incidente. La ecografia din săptămâna 22 de sarcină s-au observat: rinichi ușor măriți de volum, cu ecogenitate modificată și scăderea volumului de lichid amniotic (oligoamnios). La 24 de săptămâni de sarcină s-au efectuat amniocenteză și Single Nucleotide Polymorphism (SNP) Array cu rezultat normal de cariotip molecular masculin. La 27 de săptămâni de sarcină s-a efectuat RMN fetal și s-a observat hipertrofia simetrică a rinichilor, cu diferențiere cortico-medulară și fără dilatații ale sistemului urinar renal. Au fost efectuate patru amniotinfuzii cu 180 ml de ser fiziologic la 28, 30, 32 și 35 de săptămâni de sarcină. La evaluarea ecografică de la 35 de săptămâni de sarcină, rinichii au fost măriți de volum, cu o ecostructură hiperecogenă anormală, cu pierderea diferențierii cortico-medulare și oligoamnios sever. La 37 de săptămâni de sarcină s-a născut prin operație cezariană un făt viu, de sex masculin, cu o greutate de 4000 g, cu Scorul Apgar 4 la 1 minut și 7 la 5 minute. Nou-născutul a avut hipertensiune arterială secundară bolii de rinichi, hipoplazie pulmonară și hipertensiune pulmonară, insuficiență renală și a decedat în a doua zi de viață. În urma testării genetice a ambilor părinți, o variantă patogenă heterozigotă a fost identificată în gena PKHD1.

Concluzii: Primele semne ale ARPKD pot fi observate la evaluarea ecografică din al doilea trimestru de sarcină, dar un aspect ecografic normal nu exclude prezența acestei boli. Mărirea de volum a rinichilor determină dezvoltarea insuficientă a plămânilor și ca urmare decesul nou-născutului.

POSTER

AUTOSOMAL RECESSIVE POLYCYSTIC KIDNEY DISEASE – DIFFICULT DIAGNOSIS AND MANAGEMENT

Mihaela Amza^{1,2}, Romina-Marina Sima^{1,2}, Tina-Ioana Bobei^{1,2}, Didel-Ionuț Vâlcea², Liana Pleș^{1,2}

¹*Department of Obstetrics and Gynecology, “Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy,
Bucharest, Romania*

²*The “Bucur” Maternity, “Saint John” Hospital, Bucharest, Romania*

Keywords: Autosomal Recessive Polycystic Kidney Disease, molecular karyotype, oligoamnios

Introduction: Autosomal Recessive Polycystic Kidney Disease (ARPKD) is a rare genetic condition that causes cystic dilatations of the renal collecting system and can associate different degrees of liver fibrosis.

Case report: We presented a case of a 24-year-old primiparous patient with a 35-week pregnancy who came to our clinic for a second opinion. The patient underwent screening for first-trimester fetal abnormalities with low-risk results for trisomies 13, 18, 21 and no fetal anatomical anomalies on ultrasound scan. The pregnancy progressed uneventfully. At ultrasound scan from 22 weeks of pregnancy, it was noted that the kidneys were slightly enlarged, with modified echogenicity and the decrease in amniotic fluid volume (oligoamnios). At 24 weeks of pregnancy, amniocentesis and Single Nucleotide Polymorphism (SNP) Array was performed with normal male molecular karyotype result. At 27 weeks of pregnancy, a fetal MRI was performed and symmetric hypertrophy of the kidneys was observed, with cortico-medullary differentiation and no dilatations of the renal urinary system. Four amnioinfusions were performed with 180 ml of serum at 28, 30, 32 and 35 weeks of pregnancy. On the ultrasound scan at 35 weeks of pregnancy, the kidneys were enlarged, with an abnormal hyperechoic echostructure, with loss of cortico-medullary differentiation and severe oligoamnios was present. At 37 weeks of pregnancy, a live fetus, male, weighing 4000 g, with an Apgar Score of 4 at 1 minute and 7 at 5 minutes, was born by cesarean section. The newborn had high blood pressure secondary to kidney disease, pulmonary hypoplasia and pulmonary hypertension, renal failure and died on the second day of life. A heterozygous pathogenic variant was identified in the PKHD1 gene following genetic testing of both parents.

Conclusions: The first signs of ARPKD can be observed at the ultrasound scan of the second trimester of pregnancy, but a normal ultrasound appearance does not exclude the presence of this disease. The enlargement of the kidneys causes the insufficient development of the lungs and as a result the death of the newborn.

POSTER

2. DIAGNOSTICUL ÎN PRIMUL TRIMESTRU DE SARCINĂ AL SINDROMULUI DE REGRESIE CAUDALĂ. STUDIU DE CAZ

Andrada Andone^{1,2*}, Silvia Onuc³, Liliana Avram⁴, Costin Niculescu, Vlad Tica⁵

Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța, România

2Facultatea de Medicină, Universitatea "Ovidius" din Constanța, România

3Școala Doctorală de Medicină, Universitatea "Ovidius" din Constanța, România

4Clinica Euromaterna, Constanța, România

5Academia Oamenilor de Știință din România

Cuvinte cheie: Sindromul de Regresie Caudală, Agenezie Sacrală, Malformații congenitale, Sarcină

Introducere. Sindromul de regresie caudală este o afecțiune rară și sporadică, care cuprinde o gamă largă de malformații congenitale, de la atrezie anală simplă până la agenezia parțială a măduvei spinării, asociată cu malformații pelvine, malformații genitale, anomalii cardiace, displazie sau aplazie renală bilaterală, hipoplazie pulmonară și rotație externă extremă cu fuziunea articulațiilor inferioare, rezultând cea mai gravă formă în sirenomelie. Factorii posibili includ diabetul matern, predispoziția genetică și hipoperfuzia vasculară, deși etiologia exactă este necunoscută.

Material și metode. Prezentăm cazul unei gravide în vârstă de 40 de ani, ce a obținut sarcina prin tehnica fertilizării in vitro și al cărei fetus, la morfologia fetală de la 12 săptămâni de amenoree a fost diagnosticat cu sindromul de regresie caudală.

Concluzii. Acest studiu de caz concluzionează importanța efectuării morfologiei de primul trimestru pentru toate gravidele.

POSTER

FIRST TRIMESTER DIAGNOSIS OF CAUDAL REGRESSION SYNDROME. A CASE REPORT

Andrada Andone^{1,2*}, Silvia³, Liliana Avram⁴, Costin Niculescu, Vlad Tica⁵

¹*Obstetrics & Gynecology Department, University Emergency County Hospital Constanta, Romania*

²*Faculty of Medicine, "Ovidius" University from Constanta, Romania*

³*Doctoral School, "Ovidius" University from Constanta, Romania*

⁴*Euromaterna Clinic, Constanta, Romania*

⁵*Romanian Academy of Scientists*

Keywords: Caudal Regression Syndrome, Sacral Agenesis, Congenital Malformations, Pregnancy.

Introduction. Caudal regression is a rare and sporadic disorder that encompasses a wide range of congenital deformities, from simple anal atresia to the partial agenesis of the spinal cord, associated with pelvic malformations, genital malformations, cardiac anomalies, bilateral renal dysplasia or aplasia, pulmonary hypoplasia and extreme external rotation with inferior joints fusion resulting in the most grave form in sirenomelia. Possible factors include maternal diabetes, genetic predisposition and vascular hypoperfusion, although the exact etiology is unknown.

Material and Methods. We present a case of a 40 years old woman, who underwent *in vitro* fertilization, whose fetus was diagnosed at 12 weeks of amenorrhea by ultrasonographic examination with caudal regression syndrome.

Conclusions. This case report concludes that first trimester morphology scan is essential for all pregnant women.

POSTER

3. ASFIXIA NEONATALĂ CU AFECTARE PLURIORGANICĂ – PREZENTARE DE CAZ

Ioana Constantin(Badilă)^{1,2,3}, Georgia-Ioana Oglindă¹, Irina Franciuc^{1,2}, Elena Rotaru¹, Gabriela Zaharie³

¹*Secția Clinică de Neonatologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență “ Sf. Ap. Andrei ” Constanța*

²*Universitatea “Ovidius” Constanța – Disciplina Neonatologie*

³*UMF “Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca – Disciplina Neonatologie*

Cuvinte cheie: asfixie, hipoxie, encefalopatie hipoxic ischemică

Introducere: Asfixia neonatală prezintă o contribuție substanțială asupra prognosticului neurologic pe termen lung și constituie o cauză importantă de mortalitate prin consecințele asupra multiplelor organe și sisteme.

Materiale si metode – Prezentare de caz: Nou-născut, sex masculin, născut într-o maternitate de nivel II, pe cale vaginală, din prezentație craniană, GN: 3200g, SA: 1/1, circulară strânsă de cordon ombilical, 40 SG, mamă minoră, 15 ani, gesta:I, para:I, travaliu laborios, sarcină nemonitorizată. Transferat într-o maternitate de nivel III, la 4 ore de viață, cu stare generală extrem de gravă, aton, areactiv, tegumente palid cianotice impregnate meconial, echimoze și edem extins pericranian, acidoză metabolică compensată respirator, pH în limite normale. Pe parcursul internării necesită suport respirator invaziv, dezvoltă multiple complicații organice: edem cerebral, leziuni hipoxice: cerebrale, cardiace, renale, intestinale, leucomalacie periventriculară, porencefalie.

Clinic: sindrom funcțional respirator sever, bradipnee, torace bombat, SaO₂ 83% sub O₂ pe mască facială FiO₂:30% la internare, AV: 147 bpm. Stabil ulterior prin ventilație mecanică CMV, FiO₂:60%. La o zi de viață prezintă spasticitate, opistotonus, convulsii clonice, privire în apus de soare, abdomen destins de volum.

Evaluare paraclinică: leucocitoză și neutrofilie în prima săptămână de viață, CRP la 24 h: 0,57 mg/dl, valoare maximă CRP:2,38 mg/dl la 15 zile de viață, culturi centrale și periferice negative, sindrom sever de hepatocitoliză (x 4 valoarea normală), oligurie, rx toraco-pulmonară la internare: desen interstițial perihilar accentuat, la 6 zile de viață: pneumoperitoneu, leziuni hipoxice decelate ecografic la nivel cerebral, cardiac, renal, hepato-biliar, intestinal.

Diagnostic pozitiv: asfixie perinatală severă, encefalopatie hipoxic ischemică Sarnat II, hipotensiune, insuficiență renală acută, perforație intestinală cu pneumoperitoneu, hemoragie ventriculară bilateral, leucomalacie periventriculară, porencefalie.

Evoluție clinică: nefavorabilă, cu prognostic vital incert în prima săptămână de viață. La 12 zile de viață, stabil pe O₂ sub mască facială.

Tratament:ventilație mecanică invazivă: 12 zile, hipotermie terapeutică neinițiată, nutriție parenterală, antibioprolifaxie inițială și pre-operatorie, terapie antifungică profilactică, terapie anticonvulsivantă, terapie inotropică.

Complicații: multiorganice severe.

Particularitatea cazului: patologia de bază a grevat prognosticul neurologic nefavorabil care, în condițiile posibilităților de aplicare a hipotermiei terapeutice ar fi putut fi evitat, în ciuda eforturilor apreciabile ale echipei neonatologice care a stabilizat pacientul și a manageriat într-o foarte mare măsură complicațiile organice.

POSTER

MULTIPLE ORGAN INVOLVEMENT IN PERINATAL ASPHYXIA

Ioana Constantin(Badilă)^{1,2,3}, Georgia-Ioana Oglină¹, Irina Franciuc^{1,2}, Elena Rotaru¹, Gabriela Zaharie³

¹ "St. Andrew,, County Clinical Emergency Hospital, Constanta, Romania

²"Ovidius,, University, Faculty of Medicine, Constanta, Romania

³ "Iuliu Hatieganu,, University of Medicine and Pharmacy Cluj-Napoca, Romania

Introduction: Neonatal asphyxia has a substantial contribution to the long-term neurological prognosis and is an important cause of mortality due to the consequences on multiple organs and systems.

Materials and Methods. Case Presentation: Full-term male newborn, gestational age (GA) 40 weeks, birth weight (BW) 3200g, Apgar Score 1/1. The 15-year-old mother, Gravida-I, Para-I has a pregnancy with inadequate prenatal care, difficult labour, nuchal cord, he was transferred to a level III maternity hospital at 4 hours of life, with severe general condition, atonic, areactive, pale cyanotic skin impregnated with meconium, ecchymosis, and extensive pericranial edema, respiratory compensated metabolic acidosis, pH within normal limits. During hospitalization, he requires invasive respiratory support and develops multiple organic complications: cerebral edema and hypoxic lesions: cerebral, cardiac, renal, intestinal, periventricular leukomalacia, and porencephaly.

Clinical: severe respiratory function syndrome, bradypnea, bulging chest, SaO₂ 83% below O₂ on face mask FiO₂:30% on admission, AV: 147 bpm. Later, it was stable by mechanical ventilation CMV, with FiO₂ at 60%. On one day of life, he presents with spasticity, opisthotonus, clonic convulsions, sunset gaze, and distended abdomen.

Paraclinical assessment: leukocytosis and neutrophilia in the first week of life, CRP at 24 h: 0.57 mg/dl, maximum CRP value: 2.38 mg/dl at 15 days of life, negative central and peripheral cultures, severe hepatocytolysis syndrome (x 4 the standard value), oliguria, thoraco-pulmonary x-ray at admission: accentuated perihilar interstitial pattern, at six days of life: pneumoperitoneum, hypoxic lesions detected by ultrasound at the cerebral, cardiac, renal, hepato-biliary, intestinal level. Positive diagnosis: severe perinatal asphyxia, hypoxic-ischemic encephalopathy Sarnat II, hypotension, acute renal failure, intestinal perforation with pneumoperitoneum, bilateral ventricular hemorrhage, periventricular leukomalacia, porencephaly.

Clinical evolution: unfavorable, with uncertain vital prognosis in the first week of life. At 12 days of life, stable on O₂ under face mask.

Treatment: invasive mechanical ventilation: 12 days, uninitiated therapeutic hypothermia, parenteral nutrition, initial and pre-operative antibiotic prophylaxis, prophylactic antifungal therapy, anticonvulsant therapy, inotropic therapy.

Complications: severe multiorgan.

The peculiarity of the case: the basic pathology burdened the unfavorable neurological prognosis, which, given the possibilities of applying therapeutic hypothermia, could have been avoided despite the appreciable efforts of the neonatology team, which stabilized the patient and managed the organic complications to a great extent.

POSTER

4. DIAGNOSTICUL PRENATAL AL HOLOPROSENCEFALIEI LOBARE ASOCIATĂ CU VENTRICULOMEGALIE SEVERĂ. RAPORTARE DE CAZ

Ana Maria Drujă^{1,2}, Andrei Chirvașuță^{1,2}, Diana Badiu^{1,2,3*}, Liliana Steriu^{1,2}, Dumitru Smocvin¹, Vlad Tica^{1,2,3,4}

¹*Departamentul de Obstetrică & Ginecologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța, România*

²*Facultatea de Medicină, Universitatea "Ovidius" din Constanța, România*

³*Școala Doctorală de Medicină, Universitatea "Ovidius" din Constanța, România*

⁴*Academia Oamenilor de Știință din România*

Cuvinte cheie: holoprosencefalie lobară, ventriculomegalie severă, malformații ale creierului.

Holoprosencefalia (HPE) este o anomalie la naștere care apare mai ales în primele săptămâni de sarcină. Există trei tipuri principale de HPE și o variantă: alobară, semi-lobară, lobară și fuziunea medie interemisferică. HPE lobară este cea mai puțin severă, în care emisferele cerebrale sunt bine individualizate, exceptând partea anterioară unde sunt unite. Raportăm aici un caz de HPE lobară asociată cu ventriculomegalie severă (>15 mm) la 17 săptămâni de gestație. Sarcina a fost întreruptă medical la cererea părinților. Acest caz susține relevanța diagnosticului unor astfel de anomalii, pentru o consiliere prenatală adecvată.

POSTER

PRENATAL DIAGNOSIS OF LOBAR HOLOPROSENCEPHALY ASSOCIATED WITH SEVERE VENTRICULOMEGALY. A CASE REPORT

Ana Maria Drujă^{1,2}, Andrei Chirvașuță^{1,2}, Diana Badiu^{1,2,3*}, Liliana Steriu^{1,2}, Dumitru Smocvin¹, Vlad Tica^{1,2,3,4}

¹*Obstetrics & Gynecology Department, University Emergency County Hospital Constanta, Romania*

²*Faculty of Medicine, "Ovidius" University from Constanta, Romania*

³*Doctoral School of Medicine, "Ovidius" University from Constanta, Romania*

⁴*Romanian Academy of Scientists*

Keywords: lobar holoprosencephaly, severe ventriculomegaly, brain malformations.

Holoprosencephaly (HPE) is a birth anomaly that occurs especially in the first weeks of pregnancy. There are three main types of HPE and one variant: alobar, semi-lobar, lobar and inter-hemispheric average fusion. Lobar HPE is the least severe, in which the cerebral hemispheres are well individualized, except for the anterior part where they are united. We report here a case of a lobar HPE associated with severe ventriculomegaly (>15 mm) at 17 weeks of gestation. The pregnancy was medically interrupted at the parents' request. This case supports the relevance of such anomalies' diagnosis, for proper prenatal counseling.

POSTER

5. SEPTOSTOMIA SPONTANĂ A MEMBRANELOR AMNIOTICE ÎN SARCINILE DIAMNIOTICE

Camelia Constantinescu^{1,2}, Aioanei Sanziana¹, Adriana Andrei³

¹*Spitalul de urgență Sf. Ioan, Maternitatea Bucur, București, Romania*

²*UMF Carol Davila, București, Romania*

³*Spital Clinic Sanador*

Cuvinte cheie: sarcina gemelară monoamniotică, septostomie spontană, diagnostic prenatal

Introducere. Sarcinile gemelare, a căror incidență este apreciată la 1% din totalitatea sarcinilor, determină mai mult de 10% din mortalitatea perinatală, cauza fiind în general prematuritatea spontană sau iatrogenică.

În mod deosebit, sarcinile gemelare monoamniotice, ce reprezintă 1% din toate sarcinile gemelare, se asociază cu o rată a mortalității semnificativ crescută. Cea mai frecventă cauză o reprezintă nodurile de cordon ombilical (70%), dar și inserția placentară anormală, prematuritatea spontană sau iatrogenică, restricția de creștere, anomaliile congenitale.

Ideea acestui review a venit în contextul unui caz de septostomie spontană a membranelor întâlnit de noi în practica curentă, depistat la naștere.

Material și metodă. Septostomia spontană a membranei ce separă sarcinile gemelare diamniotice este rar citată în literatura de specialitate. În review-ul pe care l-am făcut am folosit o serie de 15 cazuri identificată de Fleming în intervalul 1991-2011. Din 2011 până în prezent am identificat alte 6 cazuri noi.

Rezultate. Și pentru un interval și pentru celălalt, identificarea cazurilor s-a făcut postnatal în cca 40% din cazuri. Diferența între cele 2 intervale de timp luate în studiu o reprezintă precocitatea diagnostică.

Septostomia membranei amniotice în sarcinile diamniotice a fost descrisă în principal la sarcinile monocorionice. Jeanty, 2010, descrie primul caz de sarcină gemelară dicorială diamniotică cu suspiciune antenatală și confirmare postnatală a septostomiei postnatale.

Concluzii. Am identificat necesitatea unor criterii de diagnostic ecografic precum: membrană amniotică foarte subțire, ruptă sau absentă, feții de aceeași parte a membranei rupte, nod de cordon ombilical, inserții apropiate ale cordonului ombilical, identificarea de fragmente de membrană liberă sau buclă a cordonului ombilical cu diferite sensuri Doppler color.

POSTER

SPONTANEOUS SEPTOSTOMY OF THE AMNIOTIC MEMBRANES IN DIAMNIOTIC PREGNANCY

Camelia Constantinescu^{1,2}, Aioanei Sanziana¹, Adriana Andrei³

¹*Spitalul de urgență Sf. Ioan, Maternitatea Bucur, București, Romania*

²*UMF Carol Davila, București, Romania*

³*Spital Clinic Sanador*

Key words: monoamniotic twin pregnancy, spontaneous septostomy, prenatal diagnosis

Introduction. Twin pregnancies, whose incidence is estimated at 1% of all pregnancies, cause more than 10% of perinatal mortality, the cause being generally spontaneous or iatrogenic prematurity.

In particular, monoamniotic twin pregnancies, which comprise 1% of all twin pregnancies, are associated with a significantly increased mortality rate. The most common cause of umbilical cord knots (70%), but also abnormal placental insertion, spontaneous or iatrogenic prematurity, growth restriction, congenital anomalies.

The idea of this review came in the context of a case of spontaneous septostomy of the membranes encountered by us in current practice, detected at birth.

Material and metode. Spontaneous septostomy of the membrane that separates diamniotic twin pregnancies is rarely cited in the specialized literature. In the review I did I used a series of 15 cases identified by Fleming in the interval 1991-2011. From 2011 until now we have identified another 6 new cases.

Results. Both for one interval and for the other, cases were identified postnatally in about 40% of cases. The difference between the 2 time intervals studied a diagnostic precocity.

Amniotic membrane septostomy in diamniotic pregnancies has been described mainly in monochorionic pregnancies. Jeanty, 2010, describes the first case of diamniotic dichorionic twin pregnancy with antenatal suspicion and postnatal confirmation of postnatal septostomy.

Conclusions. We identified the need for ultrasound diagnostic criteria such as: very thin, torn or absent amniotic membrane, torn membrane sides, umbilical cord knot, close insertions of the umbilical cord, identification of fragments of free membrane or umbilical cord loop with different color Doppler directions.

POSTER

6. EVOLUȚIA RAPIDĂ IMPREDICTIBILĂ A HEMORAGIEI DE PLEX COROID

Manuela-Petronela Dediu¹, R-V Trăcicar², C-D Gheorghită³, Maura-Adelina Hîncu¹, Gabriela-Ildiko Zonda¹, Luminița Păduraru¹

¹ *Disciplina de Neonatologie, Departamentul Medicina Mamei și a Copilului, Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa", Iași, România; Secția de Neonatologie, Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie "Cuza-Vodă", Iași, România*

² *Disciplina de Neurochirurgie, Departamentul Chirurgie II, Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa", Iași, România*

³ *Compartimentul de Neurochirurgie, Spitalul Clinic de Urgență Pentru Copii „Sfânta Maria” Iași, România*

Cuvinte cheie: hemoragie de plex coroid, dilatația intraventriculară, hidrocefalie.

Hidrocefalia reprezintă mărirea patologică a sistemului ventricular. Dilatația ventriculară congenitală și hemoragia de plex coroid sunt evenimente cu o incidență scăzută atât intrauterin cât și postnatal. Etiologia hidrocefaliei posthemoragice provine predominant din hemoragia intraventriculară la nou-născutul prematur mic, pe când la prematurii târzii și chiar la cei la termen poate fi datorată hemoragiilor de plex coroid. Autorii doresc să discute un exemplu de evoluție rapidă a acestei patologii pentru a evidenția importanța ei.

Este prezentat cazul unui nou-născut prematur cu vârsta de gestație de 34 săptămâni, născut natural în prezentație craniană, provenit dintr-o sarcină dispensarizată, la care intrauterin nu s-a detectat anomalie intraventriculară. A fost admis în secția Terapie Intensivă pentru detresă respiratorie ușoară, cu evoluție postnatală favorabilă. În prima zi de viață, la evaluarea prin ecografie transfontanelară (ETF) s-a decelat colecție lichidiană supraparietală și hemoragie la nivelul plexului coroid stâng. În a 7-a zi de viață, a fost reevaluat, prezentând dilatația ventriculului lateral stâng și hemoragie de plex coroid stâng. Evoluția inițială a fost favorabilă, însă, la o lună se observă creșterea semnificativă a perimetrului cranian fără fenomene patente de hipertensiune intracraniană (HIC). ETF în urgență arată evoluția rapid nefavorabilă spre hidrocefalie dar și dedublarea septum pellucidum. Se intervine neurochirurgical prin drenaj ventriculo-peritoneal, cu o evoluție postoperatorie favorabilă.

Concluzii: Hemoragia de plex coroid ca și dilatația minoră de coarne anterioare ventriculare depistate în primele zile postnatal, pot avea o evoluție surprinzătoare, rapid nefavorabilă către hidrocefalie manifestă clinic silențios. Astfel, devine necesară urmărirea atentă ecografică precoce după externare a tuturor nou-născuților cu hemoragie de plex coroid pentru a preveni instalarea fenomenelor de HIC cu afectarea potențialului dezvoltării neuro-motorii.

POSTER

UNPREDICTABLE RAPID OUTCOME OF CHOROID PLEXUS HEMORRHAGE

Manuela-Petronela Dediu¹, R-V Trăcicar², C-D Gheorghiu³, Maura-Adelina Hîncu¹, Gabriela-Ildiko Zonda¹, Luminița Păduraru¹

¹ Neonatology Department, Department of Mother and Child Medicine, University of Medicine, and Pharmacy "Grigore T. Popa", Iasi, Romania; Neonatology Department, Clinical Hospital of Obstetrics and Gynecology "Cuza-Vodă", Iasi, Romania

² Discipline of Neurosurgery, Department of Surgery II, University of Medicine, and Pharmacy "Grigore T. Popa", Iasi, Romania

³ Department of Neurosurgery, "Sfânta Maria" Children's Emergency Hospital, Iasi, Romania

Key words: choroid plexus hemorrhage, intraventricular dilatation, hydrocephalus.

Introduction. Hydrocephalus is the pathological enlargement of the ventricular system. Congenital ventricular dilatation and choroid plexus hemorrhage have a low incidence both in utero and postnatally. The etiology of posthemorrhagic hydrocephalus predominantly consists of intraventricular hemorrhage in the small preterm infant, whereas in the late preterm and even term infants it may consist of choroid plexus haemorrhage. The authors wish to discuss an example of a rapidly evolving form of this pathology to highlight its importance.

Case report. Presented is the case of a 34-week gestational age neonate born naturally in cranial presentation from a dispensed pregnancy, who in utero presented no intraventricular anomalies. The patient had associated obstetric trauma - vertex bump. He was admitted to the Intensive Care Unit for mild respiratory distress with a favorable postnatal outcome. In the first day of life, evaluation by transfontanellar ultrasound (TFUI) revealed supraparietal fluid collection and hemorrhage in the left choroid plexus. On day 7, he was re-evaluated presenting left lateral ventricular dilatation, and left choroid plexus hemorrhage. The initial evolution was favorable, however, at the one-month check-up a significant increase in cranial perimeter was observed without patent intracranial hypertension (ICH) phenomena. Thus, investigations continued with emergency TFUI, showing rapid unfavorable evolution towards hydrocephalus and septum pellucidum deduplication. Neurosurgical intervention (ventriculo-peritoneal shunting) was performed, with favorable postoperative outcome.

Conclusions. Choroid plexus hemorrhage as well as minor ventricular anterior horn dilatation detected in the early postnatal days may have a surprising, rapidly unfavorable evolution to silent clinically manifest hydrocephalus. Thus, regular echographic evaluation in the immediate period after discharge becomes a necessity for all neonates with choroid plexus hemorrhage. This prevents the onset of intracranial hypertension and the decrease in neuromotor potential.

POSTER

7. FEBRA Q ÎN TIMPUL SARCINII

I.D. Nati¹, A. Malutan¹, R. Ciortea¹, D. Diculescu¹, C. Iuhas¹, M. Oancea¹, C. Bucuri¹, C. Ormindean¹, M. Roman¹, M. Ducea¹, D. Mihu¹

¹*Departamentul de Obstetrică-Ginecologie 2, Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, România*

Cuvinte cheie: sarcină, febra Q, complicație

În unele zone rurale, febra Q este frecvent întâlnită în rândul persoanelor care au contact strâns cu animalele domestice. Studiile au arătat că între 0,2% și 4,7% dintre femeile însărcinate pot avea anticorpi care indică febra Q acută. Acest lucru poate duce la complicații precum inflamația plancetei, naștere prematură, restricție de creștere, avort spontan sau moarte fetală. Peste 70% dintre cazurile cu seroconversie în timpul sarcinii prezintă o formă de afectare a sarcinii. Prin urmare, femeile însărcinate cu pneumonie atipică sau febră prelungită trebuie testate pentru febra Q. Este important de menționat că personalul medical care îngrijește gravidele infectate este, de asemenea, expus riscului de a contracta febra Q. Tratamentul cu antibiotice s-a dovedit a fi eficient în cazurile de febră Q acută și cronică în timpul sarcinii. Screening-ul pentru febra Q ar trebui luat în considerare în regiunile în care este predominantă.

POSTER

Q FEVER DURING PREGNANCY

I.D. Nati¹, A. Malutan¹, R. Ciortea¹, D. Diculescu¹, C. Iuhas¹, M. Oancea¹, C. Bucuri¹, C. Ormindean¹, M. Roman¹, M. Dudea¹, D. Mihu¹

¹2nd Department of Obstetrics-Gynaecology, "Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania.

Keywords: pregnancy, Q fever, complication

In some rural areas, Q fever is commonly found among individuals who have close contact with domestic animals. Studies have shown that between 0.2% and 4.7% of pregnant women may have antibodies indicating acute Q fever. This can lead to complications such as placentitis, premature birth, growth restriction, spontaneous abortion, or fetal death. Over 70% of cases with seroconversion during pregnancy experience some form of pregnancy impairment. Therefore, pregnant women with atypical pneumonia or prolonged fever should be tested for Q fever. It is important to note that medical staff caring for infected pregnant women are also at risk of contracting Q fever. Treatment with antibiotics has been shown to be effective in cases of acute and chronic Q fever during pregnancy. Screening for Q fever should be considered in regions where it is prevalent.

POSTER

8. CONSIDERAȚII CLINICE ȘI ETIOLOGICE ÎN ABRUPTIO PLACENTAE

Șerbănescu Lucian¹, Cojocar Maria²

¹*Șef Clinică Universitară Obstetrică-Ginecologie II, Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Apostol Andrei" Constanța, România*

²*Medic rezident în cadrul Clinicii Obstetrică-Ginecologie II, Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Apostol Andrei" Constanța, România*

Cuvinte cheie: hipertensiunea în timpul sarcinii, placenta

Studiul a fost efectuat pe un lot de 50 de paciente ce au prezentat diverse dezlipiri premature de placentă normal inserate. Paciente gravide cu vârste gestaționale cuprinse între 32 și 38 săptămâni. Au fost analizați anamnestice și clinice principalii factori etiologici implicați în producerea dezlipirii premature de placenta normal inserată.

Concluzii: HTA indusă de sarcină, fumatul și monitorizarea precară a sarcinii rămân principalii factori etiologici implicați în producerea DPPNI.

POSTER

CLINICAL AND ETHIOLOGICAL CONSIDERATIONS IN ABRUPPTIO PLACENTAE

Lucian Șerbănescu¹, Maria Cojocaru²

¹Head of the University Clinic of Obstetrics and Gynecology II, "St. Apostol Andrei" County Emergency Hospital, Constanța, Romania

²Medical resident in the Obstetrics and Gynecology Clinic II, "St. Apostol Andrei" County Emergency Hospital, Constanța, Romania

Keywords: Abruptio placentae, pregnancy hypertension, placenta

The present study was conducted on 50 patients who presented a premature separation of the placenta. The pregnancy age was between 32 and 38 weeks. We analyzed through anamnesis and clinical examination the principal ethiological factors involved in abruptio placentae.

Conclusions: hypertension induced by pregnancy, smoking and poor pregnancy monitoring remain the main ethiological factors involved in the mechanism of this pathology.

POSTER

9. POATE FI NAȘTEREA PE CALE VAGINALĂ DUPĂ O OPERAȚIE CEZARIANĂ O RULETĂ RUSEASCĂ?

Șerbănescu Lucian¹, Cojocaru Maria²

¹ Șef Clinică Universitară Obstetrică-Ginecologie II, Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Apostol Andrei" Constanța, România

² Medic rezident în cadrul Clinicii Obstetrică-Ginecologie II, Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Apostol Andrei" Constanța, România

Cuvinte cheie: Uter cicatricial, operație cezariană, naștere, cicatrice uterină

Nașterea pe cale vaginală după o operație cezariană rămâne o alegere controversată. În contextul global actual în care nașterea pe cale vaginală este din ce în ce mai promovată se poate subestima riscul producerii unei rupturi uterine.

Studiul a fost efectuat pe un lot de 84 de paciente, secundă- și terțipare ce au născut în trecut prin operație cezariană cu membrane intacte, cu sarcini cuprinse între 38-39 săptămâni.

Modificările observate în mai mult din 14% din cazuri la nivelul cicatricilor uterine (dehiscente, sindroame de pruruptură uterină) ne fac să fim mult mai precauți în ceea ce privește indicația de naștere pe cale vaginală după operație cezariană.

POSTER

CAN BE THE VAGINAL BIRTH AFTER C SECTION A RUSSIAN ROULETTE?

Lucian Șerbănescu¹, Maria Cojocaru²

¹*Head of the University Clinic of Obstetrics and Gynecology II, "St. Apostol Andrei" County Emergency Hospital, Constanța, Romania*

²*Medical resident in the Obstetrics and Gynecology Clinic II, "St. Apostol Andrei" County Emergency Hospital, Constanța, Romania*

Keywords: Uter cicatricial, operație cezariană, naștere, cicatrice uterină

Vaginal birth after C section remains controversial. In the global context where vaginal birth is more and more promoted we can underestimate the danger of a uterine rupture. In this study we want to sustain a different point of view.

The study was conducted on a group of 84 patients who had one or two previous cesarean sections. The gestational age was between 38 and 39 weeks and the membranes were intact.

In more than 14% percent of the cases were observed changes in the uterine scar (uterine dehiscences, pre-rupture syndromes). Considering these aspects, we should be more careful in indicating the vaginal birth after a cesarean section.

POSTER

10.PATOLOGIA DE NOD DE CORDON OMBILICAL – DESCOPERIRE INCIDENTALĂ SAU CAUZĂ DE SUFERINȚĂ FETALĂ?

R.B. Tonea¹, A. Malutan¹, R. Ciorte¹, D. Diculescu¹, C. Iuhas¹, M. Oancea¹, C. Bucuri¹, C. Ormindean¹,
M. Roman¹, M. Dudea¹, D. Mihu¹

Departamentul al 2-lea de Obstetrică-Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, România.")

Cuvinte cheie: patologie a cordonului ombilical, nod al cordonului, suferință fetală

Nodurile de cordon ombilical au câștigat notorietate datorită evaluărilor clinice și literaturii sonografice, care arată un rol important în rezultatele fetale. Un cordon ombilical franc poate fi fie un singur cordon, fie o încurcătură a doi cordoane ombilicale în cazul gemenilor monoamniotici. Simptomele clinice sunt aproape silențioase, ceea ce poate duce la provocări clinice. Ele agravează rezultatele și în timpul vizitei prenatale, patologia poate fi ușor ratată, deoarece ecografistii nu acordă atenție cordonului în timpul examinării cu ultrasunete. Cu toate acestea, majoritatea centrelor medicale au acum echipamente de ultrasunete pentru a îmbunătăți evaluarea fetală. Cordonul ombilical ar trebui evaluat regulat împreună cu evaluarea fetală, iar un cordon ombilical suspect poate fi diagnosticat mai des și observat doar incidental. Rezultatul clinic este în general bun, dar depinde de caracteristicile nodulului și dacă este strâns sau liber. În această revizuire, discutăm despre fiziopatologie, teoriile de formare, factorii de risc importanți, semnele și constatările ecografice, opinii diferite privind managementul și caracteristicile rezultatelor sarcinii

POSTER

UMBILICAL CORD NODE PATHOLOGY - ACCIDENTAL DISCOVERY OR CAUSE OF FETAL DISTRESS?

R.B. Tonea¹, A. Malutan¹, R. Ciortea¹, D. Diculescu¹, C. Iuhas¹, M. Oancea¹, C. Bucuri¹, C. Ormindean¹,
M. Roman¹, M. Dudea¹, D. Mihu¹

*12nd Department of Obstetrics-Gynaecology, "Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy,
Cluj-Napoca, Romania*

Keywords: umbilical cord pathology, cord knot, fetal distress

Umbilical cord knots have gained prominence because clinical evaluations and sonographic literature show an important role in fetal outcomes. A true umbilical cord can be a single cord or entanglement of two umbilical cords in monoamniotic twins. Clinical symptoms are almost silent, which can lead to clinical challenges. They worsen the results, and during the prenatal visit, the pathology can easily be missed, because the sonographers do not pay attention to the cord during the ultrasound examination. However, most medical centers now have ultrasound equipment to improve fetal assessment. The umbilical cord should be evaluated regularly along with fetal evaluation, and a suspected umbilical cord may be diagnosed more often and only incidentally observed. The clinical outcome is usually good but depends on the characteristics of the nodule and whether it is tight or loose. In this review, we discuss pathophysiology, theories of formation, important risk factors, ultrasound signs and findings, differing opinions on management, and characteristics of pregnancy outcomes.

POSTER

11. CAZ RAR DE SINDROM NEFROTIC LA UN NOU-NĂSCUT PREMATUR CU SIFILIS CONGENITAL

M.Ș Trache¹, R.I Bălaș¹, S. Vlădăreanu^{1,2}

¹*Spitalul Universitar de Urgență Elias, București*

²*Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila, București*

Cuvinte cheie: nou-născut, prematur, sifilis congenital, sindrom nefrotic congenital.

Introducere: CS este cauzată fie de transmiterea transplacentară a spirochetei *Treponema pallidum* de la mamă la făt, fie în timpul nașterii prin contactul cu leziunile materne. Sifilisul netratat în timpul sarcinii are o probabilitate de transmitere de peste 70%. Transmiterea in utero determina cea mai largă diseminare a spirochetelor la făt, iar mortalitatea fetală sau perinatală apare la 40% dintre sugarii afectați.

Material și metodă: Prezentăm cazul unei fete născute la 34 de săptămâni de gestație prin naștere vaginală, sarcină nedispensarizată. Mama, în vârstă de 25 ani s-a prezentat cu membranele rupte spontan de o oră și contracții uterine dureroase. Scorurile Apgar ale nou-născutului au fost 7/8, greutatea la naștere a fost de 2500 gr și prezentație pelviană.

Examenul clinic a evidențiat leziuni eritematoase papuloscuamoase cu descuamare severă la nivelul feței, extremităților superioare, trunchiului și picioarelor, leziune erozivă cu sângerare și cruste în jurul cavității bucale și nărilor, rinită sifilitică și congestie nazală. Prezintă tonus muscular normal și fără deficite neurologice focale.

Investigații paraclinice: titru RPR (1/8 - nou-născut și 1/4 - mama) și un TPHA pozitiv pentru amândoi.

- o alcaloză metabolică – Ziua 12
- o hipoproteinemie, hipoalbuminemie
- o raportul urinar proteine/creatinină = 60 mg/g
- o hematurie microscopică; proteinurie
- o uree crescută
- o valoare normală a creatininei
- o RX de oase lungi: normal
- o ETF: hemoragie intraventriculară stadiul I, chist porencefalic în lobul parietal drept
- o Ecografie abdominală: hepatomegalie
- o Examinare LCR: normal, test LCR-VDRL: negativ.
- o Ecografie renală: hidronefroză ureterală stadiul I (dreapta)

o Consult nefrologie: sindrom nefrotic congenital. Afectarea renală predominantă în CS este glomerulonefrită membranoasă, cauzată de un mecanism imun, manifestată clinic cu proteinurie nefrotică. O leziune renală acută este exclusă din cauza valorilor normale ale diurezei și creatininei, împreună cu absența acidozei hiperkalemice.

Tratament:

- Penicilină i.v - 50.000 u/kg/zi la 8 ore pentru un total de 10 zile
- Antibiotice: Meropenem și Ciprofloxacină
- Transfuzie de trombocite
- Albumina

Rezultate: La 12 luni după externare, bebelușul a prezentat o creștere și o dezvoltare normală. Rezultatul analizei urinei a fost normal, un nivel normal de albumină, iar RPR a fost non-reactiv.

Discuții: Luând în considerare rezultatele clinice și paraclinice ale pacientului, pe baza criteriilor de diagnostic menționate mai sus, am diagnosticat nou-născutul cu sifilis congenital și sindrom nefrotic congenital secundar sifilisului. Cu toate acestea, particularitatea cazului a fost dezvoltarea sindromului nefrotic din a 12-a zi de viață, în ciuda tratamentului instituit încă de la naștere. Majoritatea SNC sunt cauzate de mutații genetice, dar infecțiile sunt, de asemenea, o posibilă etiologie, în special în țările în curs de dezvoltare.

Concluzie: Manifestările renale ale sifilisului sunt cunoscute încă din secolul al 18-lea. Afectarea renală semnificativă este rară în cazurile de CS și poate varia de la albuminurie simplă la nefrită sau SN. Rata de incidență a SNC în CS variază de la 0,5% la 2,4%. S-a considerat că aceasta rezultă din invazia directă a rinichiului de către spirochete sau secundară unei reacții de hipersensibilitate. Depunerea de complexe imune a fost implicată în patogeneza SN asociată sifilisului. Dezvoltarea glomerulonefritei complexe imune poate fi afectată de gradul de expunere antigenică și de răspunsul anticorpilor. Eradicarea antigenului după terapia antisifilitică poate duce la dispariția promptă a anomaliilor renale, fără ca ele să reapară.

Manifestările sindromului nefrotic la pacienții cu sifilis congenital sunt rare. Penicilina este încă tratamentul standard al sifilisului până în prezent. Când este tratat devreme, leziunile renale vor fi complet vindecate.

POSTER

RARE CASE OF NEPHROTIC SYNDROM IN A PRETERM NEWBORN WITH CONGENITAL SYPHILIS

M.Ș Trache¹, R.I Bălaș², S. Vlădăreanu^{1,2}

¹*Elias Emergency University Hospital, Bucharest*

²*Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucharest*

Keywords: newborn, preterm, congenital syphilis, congenital nephrotic syndrome.

Introduction: CS is caused by transplacental transmission of *Treponema pallidum* from mother to fetus or during birth by contact with maternal lesions. Untreated syphilis during pregnancy has over 70% probability of transmission rate. Transmission in utero causes the widest dissemination of spirochetes into the fetus and fetal or perinatal death occurs in 40% of affected infants.

Material and method: We present the case of a baby girl born at 34 weeks' gestation through vaginal delivery from a 25 yo pregnant woman with no prenatal care. She had spontaneously ruptured membranes for an hour and painful uterine contractions. Apgar scores were 7/8, birth weight was 2500 gr and a breech presentation.

Clinical examination revealed severe desquamating erythematous papulosquamous lesions over face, upper extremities, trunk and legs, erosive lesion with bleeding and crusting around oral cavity and nostrils, syphilitic rhinitis (snuffles) and nasal congestion. Normal muscle tone and no focal neurological deficits.

Paraclinical investigations: RPR titer (1/8- newborn and 1/4 - mother) and a positive *Treponema pallidum* hemagglutination (TPHA) test for both of them.

- o metabolic alkalosis – day 12
- o hypoproteinemia, hypoalbuminemia
- o urinary protein/creatinine ratio = 60
- o microscopic hematuria; proteinuria
- o high urea
- o normal creatinine value
- o RX of long bones: normal
- o ETF: intraventricular hemorrhage stage I, porencephalic cyst in the right parietal lobe
- o Liver ultrasound: hepatomegaly
- o CSF examination: normal, CSF-VDRL test: negative.
- o Kidney ultrasound: ureter hydronephrosis stage I (right)

o Nephrology consult: congenital nephrotic syndrome. The predominant renal damage in CS is membranous glomerulonephritis, caused by an immune mechanism, clinically manifested with nephrotic proteinuria. An acute kidney injury is excluded because of normal values of diuresis and creatinine together with the absence of hyperkalemic acidosis.

Treatment:

- Penicillin i.v - 50,000 u/kg/ds every 8 h for a total of 10 days
- Antibiotics: Meropenem & Ciprofloxacin
- Platelet transfusion
- Human Albumin

Results: Follow-up at 12 months after discharge, baby showed normal growth and development. His urinalysis result was normal with a normal level of albumin, and the RPR was non-reactive.

Discussion: With the patient's clinical and test results, based on the diagnostic criteria mentioned above, we concluded that the child suffered from congenital syphilis and secondary congenital nephrotic syndrome caused by syphilis. However, the particularity of this case was the development of nephrotic syndrome from the 12th day of life despite the treatment instituted since birth. The majority of CNS are caused by genetic mutations, but infections are also a possible etiology, particularly in developing countries.

Conclusion: Renal manifestations of syphilis have been known since the 18th century. Significant renal involvement is infrequent in cases of CS and may vary from simple albuminuria to nephritis or NS. The incidence rate of CNS in CS ranges from 0.5% to 2.4%. It has been considered to result from direct invasion of the kidney by spirochetes or secondary to a hypersensitivity reaction. Immune complex deposition has been implicated in the pathogenesis of NS associated with syphilis. Development of immune complex glomerulonephritis may be affected by the degree of antigenic exposure and antibody response. Eradication of the antigen after anti-syphilitic therapy may result in prompt disappearance of renal abnormalities and their non-recurrence.

Manifestations of nephrotic syndrome in congenital syphilis patients are rare. Penicillin is still the standard treatment of syphilis so far. When treated early, kidney damage will be completely restored.

POSTER

12. TROMBOZA VENOASĂ RENALĂ NEONATALĂ (CAZ CLINIC)

Pinzari Ludmila¹, Zotea Ana¹

¹IMC R.Moldova or.Chișinău

Cuvinte cheie: N-n,TVR,Heparină cu Greutate Moleculară Mică ,Imagistică Medicală.

Întroducere:TVR neonatală este o afecțiune rară cu mortalitate scăzută, dar cu morbiditate semnificativă din cauza insuficienței renale.Incidența TVR este estimată la 2,2 la 100.00- de vieți sau la 0,5 la 1000 de internări neonatale în secția NICU.

Material și metodă: Prezentarea cazului clinic al unui nou născut care sa internat în secția TIN la vârsta de 12 zile cu acuze la hematurie.În urma investigațiilor efectuate a fost stabilit diagnosticul de TVR și VCI.

Rezultate: Starea generală a copilului foarte gravă ,sindrom dolo, hiperestezii , expresia feții suferinde.Tegumentele pale cu nuanță sub icterică,venestezie,mramoritate , echimoze pe abdomen , părțile laterale a coapselor, bilateral. Abdomenul mărit în volum, semi dur și foarte sensibil în zona iliocecală dreaptă palpator cu masă de flanc drept. Testele de laborator au demonstrat o trombocitopenie,leucocitoză cu deviere spre neutrofiloză .Analiza urinei cu eritrocite nemodificate ce acopereau c/v .Ecografia abdominală a evidențiat rinichiul drept majorat în dimensiuni percentila >97contur neregulat,boselat,abs DCM și vizualizarea piramidelor . RS dim.60x23 mm, parenchimul 9,8 mm.CT contrast a livrat date de tromboza venei renale a RD și VCI. A fost stabilit diagnosticul clinic de Tromboza VCI și VR dr.Tratament: A fost utilizată heparinei cu greutate molecular mica (HGMM).

Concluzii:75% TVR survine până la vârsta de 1lună, poate debuta și prenatal. Factori de risc: suferința fetală în utero, asfixia la naștere, n-n de la mama cu diabet gestațional, anomalii de coagulare.Formarea trombelor poate apărea în leziuni vasculare,flux vascular redus,viscozitate crescută,hiperosmolaritate , trombofilie subacentă.Triada clinică clasică : macro hematuria ,masă de flanc uni /bilateral ,Tb-penei.Imagistica medicală rămîne piatra de temelie a diagnosticului de TVR.

POSTER

MANAGEMENT IN THE CONTEXT OF NEONATAL RENAL VENOUS THROMBOSIS (Clinical case)

Pînzari Ludmila¹ Zotea Ana¹

¹IMC Chisinau, Republic of Moldova

Keywords: Newborn, RVT, Low Molecular Weight Heparin, Medical Imaging.

Introduction: Neonatal RVT is a rare condition with low mortality but significant morbidity due to renal failure. The incidence of RVT is estimated at 2.2 per 100,000 live births or 0.5 per 1,000 neonatal admissions in the NICU.

Material and method: Presentation of a clinical case of a newborn admitted to the NICU at the age of 12 days with complaints of hematuria. Following the investigations conducted, the diagnosis of RVT and IVC was established.

Results: The general condition of the child is very serious, presenting with severe pain syndrome, hyperesthesia and a distressed facial expression. The skin appears pale with a slightly jaundiced hue, and bruising on the abdomen and bilateral aspects of the thighs. The abdomen is enlarged in volume, semi-firm, and tender in the right iliocecal region palpable with a mass in the right flank. Laboratory tests demonstrated thrombocytopenia, leukocytosis with a shift to neutrophilia. The urine analysis showed unchanged red blood cells covering the entire field of view. Abdominal ultrasound showed right kidney enlarged in size, percentile >97, with irregular contour, absence of corticomedullary differentiation, and visualization of the pyramids. The contrast CT scan provided data of thrombosis in the right renal vein and IVC. The clinical diagnosis of IVC and right RVT has been established. Low molecular weight heparin (LMWH) was administered.

Conclusions: 75% of RVT cases occur before the age of 1 month and can even begin prenatally. Risk factors include intrauterine fetal distress, birth asphyxia, newborns from mothers with gestational diabetes, and coagulation abnormalities. Thrombus formation may occur due to vascular lesions, reduced blood flow, increased viscosity, hyperosmolarity, and underlying thrombophilia. The classic clinical triad consists of macrohematuria, flank mass unilaterally or bilaterally, and thrombocytopenia. Medical imaging remains the cornerstone of RVT diagnosis.