TISSUE GNOSTICS
MEDICAL & BIOTECH SOLUTIONS

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE

Doppel herz®

Supliment Urologie

2013 MEDICAL market

STAR international med

Steril ROMANIA

Bionorica®

DANSON 20 ANI
MEDICINE · SCIENCE · EDUCATION

Din sumar

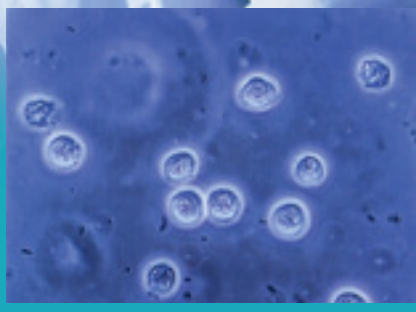
O noua metodă în tratamentul incontinenței urinare de efort 8

Complicațiile postoperatorii specifice nefrectomiei parțiale 20

Scintigrafia renală 22

4 Vaporezecția Laser Thulium

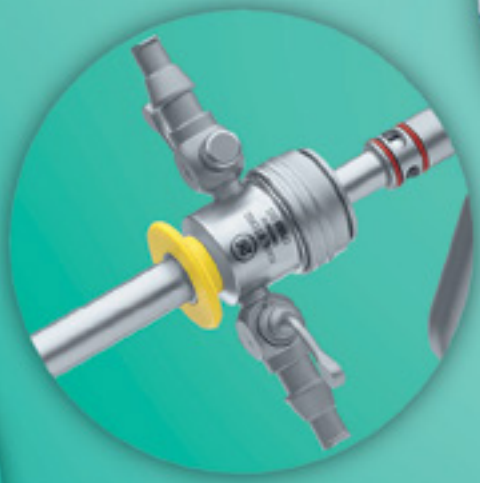
10 Litotriția laser

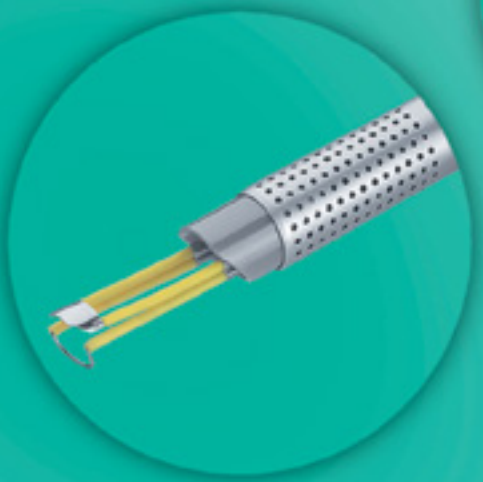


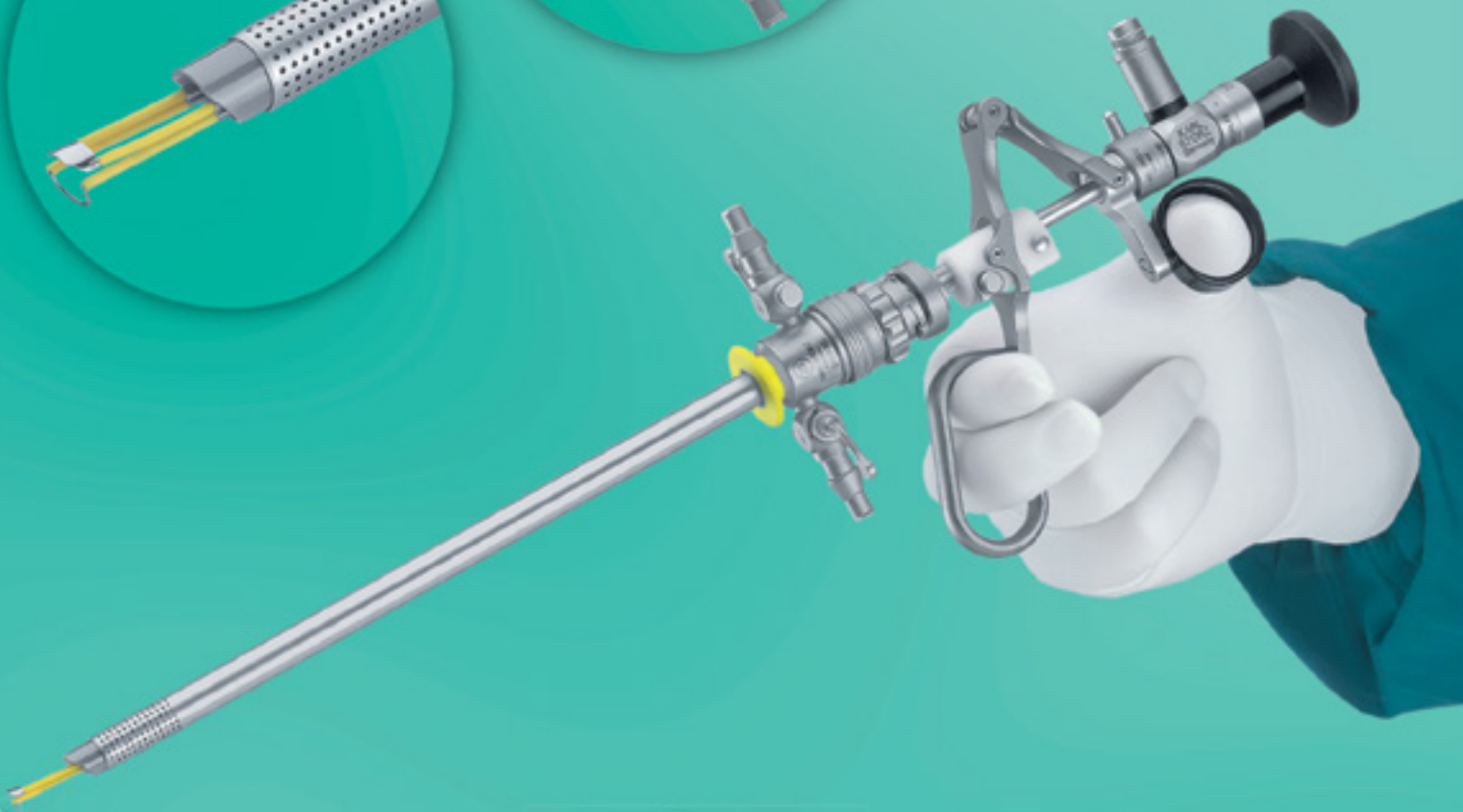
12 Investigații microbiologice în infecțiile tractului urinar

The Revolution in TUR: The KARL STORZ Bipolar System

Controlled, convenient and efficient



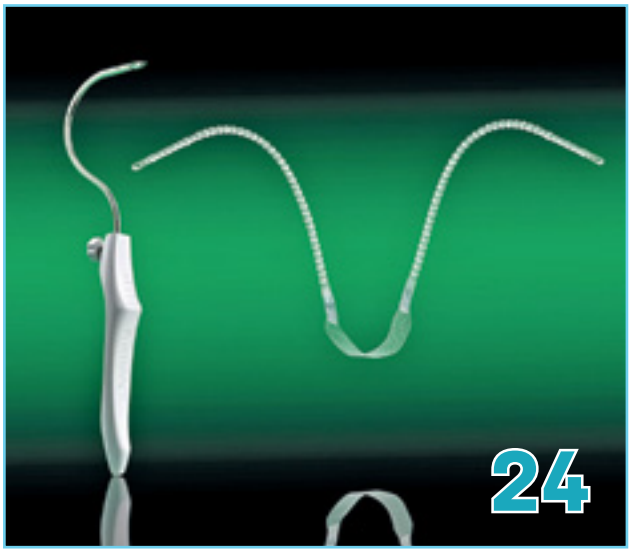




STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE
THE DIAMOND STANDARD

URO 57.1/04/2011/A-RO

KARL STORZ GmbH & Co. KG, Mittelstraße 8, 78532 Tuttlingen/Germany, Phone: +49 (0)7461 708-0, Fax: +49 (0)7461 708-105, E-Mail: info@karlstorz.de
KARL STORZ Endoscopia ROMANIA srl, Str. Prof. Dr. Anton Colorian, nr. 74, Sector 4, Bucuresti, Tel: +40 (0)31-425.08.00, Fax: +40 (0)31-425.08.01, E-Mail: office@karlstorz.ro
www.karlstorz.com



4 Vaporezecția Laser Thulium - alternativă terapeutică pentru tratamentul adenomului de prostată

6 Tratamentul cancerului de prostată localizat

8 O noua metodă în tratamentul incontinenței urinare de efort

10 Litotriția laser

12 Investigații microbiologice în infecțiile tractului urinar

14 Individualizarea tratamentului la pacientul cu cancer de prostată metastazat

16 Adenomul de prostată vs. cancerul de prostată

20 Complicațiile postoperatorii specifice nefrectomiei parțiale

22 Scintigrafia renală – rolul ei diagnostic

24 Bandeleta urinară – cea mai eficientă soluție pentru tratarea incontinenței urinare

EDITOR FIN WATCH
Aleea Negru Vodă nr.6, bl. C3, sc. 3, parter, 030775, sector 3, București
Tel: 021.321.61.23
Fax: 021.321.61.30
redactie@finwatch.ro
P.O. Box 4-124, 030775
ISSN 2286 - 3338

Vaporezecția Laser Thulium

tratamentul adenomului de prostată

Adenomul de prostată reprezintă o patologie comună a bărbatului vârstnic, rezecția transuretrală (TURP) reprezentând tratamentul chirurgical standard. Totuși, rata relativ ridicată a complicațiilor asociate acestei proceduri a determinat apariția unor noi alternative cu invazivitate mai redusă. Introducerea laserului ca sursă de energie pentru managementul hiperplaziei benigne de prostată a produs modificări importante în ceea ce privește morbiditatea, durata spitalizării sau a cateterismului postoperator. După o perioadă inițială caracterizată de un optimism exagerat, impus poate și de firmele constructoare, s-a dovedit că rezultatele pe termen mediu și lung sunt inferioare rezecției clasice, determinând retragerea unor lasere din practică. Progresele științifice și înțelegerea interacțiunii dintre diversele tipuri de lasere și țesuturi a determinat însă introducerea unora noi, urmărindu-se în permanență obținerea unor parametrii postoperatori cel puțin similari cu TURP dar cu o morbiditatea și o durată de spitalizare reduse. Astfel, la acest moment sunt utilizate 4 tipuri de lasere: Holmium (Ho:YAG), KTP (Kalium-Titanyl-Phosphate), Diodă și Thulium (Tm:YAG), care au determinat dezvoltarea mai multor proceduri (tabel 1) (1).

Laserul Thulium (introdus din 2005) este un laser cu emisie continuă cu lungime de undă de aproximativ 2000 nm, cu absorbție puternică în apă, având în consecință o penetrabilitate redusă (penetrabilitate de circa 250 microni). El determină o vaporizare rapidă a țesutului cu o hemostază excelentă. Aceste caracteristici îl apropie de laserul Holmium. Emisia continuă permite o acțiune superioară holmiumului asupra țesuturilor moi, în schimb nu este posibilă litotriția.

Așa cum reiese din tabelul de mai sus, pentru tratamentul adenomului de prostată, în Ghidul EAU 2013 sunt descrise patru tipuri de intervenții. Vaporezecția Thulium a adenomului de prostată a fost introdusă începând cu anul 2007, în literatură fiind publicate numeroase studii prospective care au inclus peste 750 pacienți.

Tabel 1. Tehnicile laser utilizate pentru tratamentul adenomului de prostată

Tip laser	Lungime de undă (nm)	Tehnică	Acronim
Ho:YAG	2140	Holmium laser ablation Holmium laser resection Holmium laser enucleation	HoLAP HoLRP HoLEP
KTP	532	Photoselective vaporisation	PVP
Diodă	940 1318 1470	Vaporisation	DVAP
Thulium	1900 2013	Thulium laser vaporisation Thulium laser vaporesection Thulium laser vapoenucleation Thulium laser enucleation	ThuVAP ThuVARP ThuVEP ThuLEP

În România laserul Thulium a fost introdus începând din februarie 2013, vaporezecția (ThuVARP) fiind folosită la 8 pacienți cu adenom de prostată aflați în tratament cronic cu anticoagulante. S-a utilizat un laser Vela XL de 120 W, cu o lungime de undă de 1,9 µm (fig. 1) și fibre de 550 µm.

Fig. 1. Laser Thulium 120W

Protocolul de diagnostic a inclus tușeu rectal, PSA, IPSS, uroflowmetrie, examen sumar de urină și urocultură. Volumul prostatic și reziduul posmicțional au fost apreciate prin ecografie abdominală. La pacienții cu infecții urinare s-a instituit tratament antibiotic preoperator pentru sterilizarea urinii. Parametrii preoperatori medii sunt sintetizați în tabelul 2.

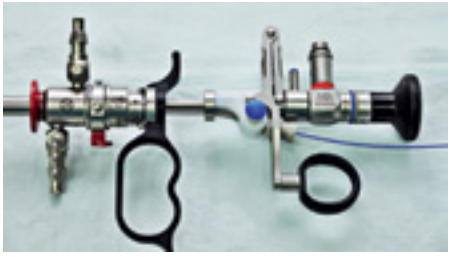
Intervențiile au fost efectuate sub rahianestezie, pentru lavaj folosindu-se soluție salină. S-a folosind un rezectoscop laser Stortz 26CH (Fig. 2).

Tabel 2. Parametrii preoperatori medii

Parametru	Valoare
Qmax (ml/s)	8.5
IPSS	21.9
PSA (ng/dl)	2.8
Volum prostatic (cc)	40
Volum rezidual (90)	90

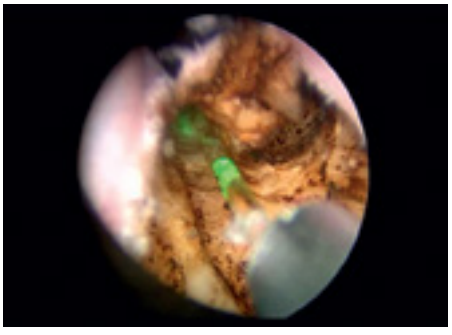
- alternativă terapeutică pentru

Fig. 2 Rezectoscop laser Stortz



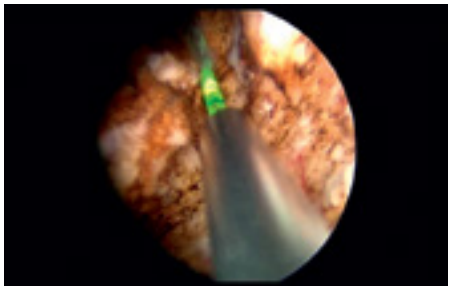
Primul pas al intervenţiei a fost reprezentat de rezecţia lobului median: se practică o primă incizie la ora 6 începând de la colul vezical până la verum montanum, cu expunerea fibrelor capsulei. Ulterior se realizează alte două incizii la orele 5 şi 7, divizându-se astfel lobul median în două piese. Se rezecă ţesutul dintre cele 3 incizii pornind de la verum montanum, prin mişcări transversale ale fibrei laser până când lobul median este detaşat şi ascensionat în vezica urinară (Fig. 3).

Fig. 3 Vaporezecţia lobului median



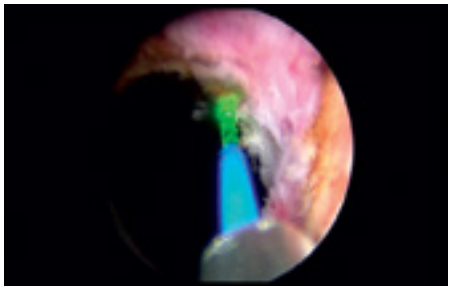
Următorul timp operator este reprezentat de rezecţia lobilor laterali. Se practică demarcaţia lobului lateral prin realizarea unei incizii curbe între ora 5 şi ora 1, la nivelul apexului. Se realizează ulterior o incizie transversală la ora 3 (sau încă două incizii la orele 2 şi 4 dacă lobii prostatici sunt voluminoşi) urmată de disecţia ţesutului dintre aceste incizii şi impingerea lui în vezica urinară (Fig. 4). Prin practicarea inciziilor transversale vor rezulta fragmente suficient de mici, care pot fi evacuate prin teaca externă a rezectoscopului şi care nu necesită morcelator.

Fig. 4 Enucleerea lobului lateral stâng



Ulterior se realizează rezecţia şi vaporizarea ţesutului anterior de la nivelul colului vezical urmată de regularizarea suprafeţei lojei prostatice (Fig. 5). Această tehnică a fost comparată cu exfolierea unei mandarine, fiind cunoscută în literatură şi drept "tangerine technique" (2).

Fig. 5 Vaporizarea ţesutului anterior



La terminarea intervenţiei se poziţionează o sondă uretro-vezicală.

Timpul operator mediu a fost de 60 min (între 30 şi 80 min). Timpul de cateterism postoperator a fost de 24 ore. Scăderea medie a hemoglobinei a fost de 0,80 g/dl, sângerarea intraoperatorie fiind practic absentă datorită proprietăţilor hemostatice ale laserului Thulium. Nu s-au înregistrat complicaţii intraoperatorii şi postoperatorii imediate. Toţi parametrii preoperatori au înregistrat o îmbunătăţire semnificativă la 1 şi 3 luni postoperator (tabel 3).

Tabel 3. Rezultate la o lună postoperator

Parametru	Valoare medie preoperatorie	Valoare medie la o lună postoperator
Qmax (ml/s)	8.5	19.7
IPSS	21.9	10.3
Volum rezidual (ml)	90.5	20.5

Tehnica de vaporezecţie laser thulium a prostatei este o alternativă eficientă cu sângerare minimă. De cele mai multe ori lavajul vezical postoperator nu este necesar (pe lotul studiat s-a folosit la 2 din 8 cazuri).

Studiile clinice randomizate comparative între ThuVARP şi rezecţia monopolară au demonstrat rezultate clinice similare, dar cu avantaje certe pentru tehnica laser: sângerare redusă, rată scăzută de transfuzie, cateterism postoperator minim (3).

Laserul thulium, unul dintre ultimele lasere introduse în practica urologică, permite realizarea unor incizii rapide şi eficiente, cu necroză secundară minimă a ţesuturilor. Spre deosebire vaporizarea KTP, vaporezecţia thulium permite examenul histopatologic al ţesutului prostatic. Lipsa unui morcelator limiteaza utilizarea acestei tehnici pentru adenoamele de prostată sub 50 cc. Pentru aceste cazuri însă, conform recomandărilor Ghidului EAU 2013, ThuVARP reprezintă o alternativă la rezecţia clasică, mai ales la pacienţii cu risc de sângerare sau aflaţi sub tratament anticoagulant.

Bibliografie

1.Herrman TR, Liatsikos EN, Nagele U, Traxer O, Merseburger AS. Guidelines on Laser and Technologies, 2013

2.Xia SJ. Two-micron (thulium) laser resection of the prostate-tangerine technique: a new method for BPH treatment. Asian J Androl 2009, 11:277-281

3.Xia SJ, Zhuo J, Sun XW, et al. Thulium laser versus standard transurethral resection of the prostate: a randomised prospective trial. Eur Urol 2008 Feb;53(2):382-9

Tratamentul cancerului de prostată localizat

În cazul în care cancerul este depistat în timp util prin analize specifice și diagnosticul este confirmat prin intermediul puncției biopsie prostatică, cancerul de prostată poate fi vindecat printr-un tratament adecvat.

De aceea este foarte important să se efectueze periodic analizele specifice: PSA, tușeu rectal, ecografie, în special după vârsta de 50 de ani. La momentul prezentării la medic cu buletinul anatomo-patologic care confirmă cancerul de prostată (adenocarcinom prostatic) pacientul trebuie evaluat pentru a fi siguri că avem de a face cu un cancer localizat (intracapsular). Această evaluare înseamnă de fapt stadializarea bolii (stabilirea nivelului de evoluție).

Evaluarea pacientului

Stadializarea se face cu ajutorul mijloacelor imagistice, unul dintre ele fiind tomografia computerizată pelvină. Tomografia arată în ce stare este prostata, dacă formațiunea canceroasă penetrează capsula, dacă au fost invadați ganglionii sau dacă în aria pelvină și în zonele adiacente s-au format depozite la distanță (metastaze).

O altă soluție imagistică este RMN (rezonanță magnetică-nucleară), care are avantajul de a nu iradia (nu folosește raze X) și cu ajutorul căreia se poate de asemenea stabili dacă formațiunea tumorală a penetrat sau nu capsula și dacă sunt prezente metastaze.

Alte metode complementare pentru stabilirea evoluției cancerului sunt: scintigrama osoasă (se realizează cu ajutorul unor izotopi radioactivi care se fixează în oase și semnalează eventuale leziuni provocate de metastaze) și radiografia pulmonară.

Modalități de tratament

După stabilirea exactă a localizării cancerului se pot stabili modalitățile de tratament. Acestea trebuie să țină cont de vârsta pacientului, istoricul bolilor din trecut și a celor de care suferă în prezent.

Principala metodă de tratament pentru cancerul de prostată localizat este chirurgia, respectiv prostatectomia radicală. Acest tratament se aplică pacienților care nu prezintă riscuri ridicate în cazul operației (probleme cardiovasculare, neurologice, diabet, vârstă înaintată) și presupune înlăturarea pe cale chirurgicală a prostatei în totalitate. Este indicat să se efectueze în cazul pacienților care au o speranță de viață destul de ridicată (minim 10 ani). Această operație poate avea ca efecte secundare impotența și incontinența urinară.

O altă opțiune în tratamentul cancerului de prostată localizat este brahiterapia intestițială.

Aceasta este o terapie minim invazivă și constă în introducerea transperineală, sub control ecografic, a unui număr de granule radioactive .

Procedura are loc sub anestezie generală. După o evaluare volumetrică a prostatei, cu ajutorul ecografiei transrectale, datele obținute sunt prelucrate de computer, care stabilește cu exactitate numărul și poziția granulelor radioactive ce urmează a fi implantate. Scopul final este acela de a acoperi întreg volumul prostatic cu o doză radioactivă adecvată, protejând în același timp organele vecine, uretra și rectul.

În România această metodă este utilizată cu succes la Institutul Fundeni din București, Spitalul Parhon din Iași și Centrul de Brahiterapie din Cluj.

Ultima metodă este radioterapia externă. Aceasta se realizează prin iradierea din exterior a zonei afectate și este o soluție în special pentru pacienții care prezintă un risc ridicat la posibilele efecte ale anesteziei. Radioterapia externă face apel la două tipuri de radiații ionizante: radiații electromagnetice și radiații constituite din particule elementare infime (electroni, protoni, neutroni). Ca și în cazul intervenției chirurgicale, recuperarea funcției sexuale este dificilă.

La pacienții cu risc intermediar și crescut de evoluție a bolii, adăugarea hormonoterapiei (analog LHRH și antiandrogen) la radioterapie crește șansele de supraviețuire a pacienților cu cancer de prostată localizat. Pacientul trebuie informat atât despre toxicitatea genitourinară sau intestinală, cât și despre impactul radioterapiei asupra funcției sexuale. Toate aceste metode este indicat să se realizeze cu ajutorul unor echipe medicale interdisciplinare, formate din: urolog, oncolog și radioterapeut.

Dr. Nicolae Calomfirescu
Medic primar urolog, dr. în științe medicale.

Un nume în urologie

PORGÈS
Coloplast division

Steril
ROMANIA
Grijă, atenție și implicare

Steril România

B-dul Metalurgiei nr.3-5, Sector 4, București • www.steril.ro
Tel: 021.460.07.79, 021.460.07.74; 021.460.07.61 • Fax: 021.460.00.14
Mobil: 0372.750.001; 0372.750.002; 0372.709.459

O noua metodă în tratamentul **incontinenței urinare de efort**

Incontinența urinară reprezintă o problemă majoră de sănătate care afectează în diferite grade aproximativ 10 milioane de pacienți, între 10% si 35% dintre adulți și cel puțin 1.5 milioane dintre persoanele instituționalizate din SUA.

Societatea Internațională de Continență definește tipurile de incontinență astfel:

1. Incontinenţa de efort
2. Incontinenţa prin imperiozitate
3. Incontinenţa mixtă
4. Incontinenţa prin supraplin
5. Incontinenţa extrauretrală

În practica medicală zilnică ne întâlnim cel mai frecvent cu incontinenţa urinară de efort. Aceasta reprezintă pierderea de urină pe uretră care se produce simultan cu activităţi zilnice ce cresc presiunea intraabdominală (strănut, tuse, râs, efort fizic) în afara contracţiilor detrusorului.

Creşterea presiunii intraabdominale se transmite vezicii urinare care forţează uretra, o deschide şi clinic apare incontinenţa urinară de efort.

Dintre factorii de risc implicați în apariția incontinenței urinare de efort enumerăm:

- Naşterea pe cale vaginală
- Vârsta (menopauza)
- Obezitatea
- Constipaţia
- Bolile pulmonare cronice
- Exerciţiile fizice cu efort susţinut
- Intervenţiile chirurgicale pentru incontinenţa urinară de efort ce pot duce la o fibroză periuretrală, denervări sfincteriene etc.

Incontinenţa urinară de efort reprezintă o afecţiune constant abordată de către colectivul clinicii noatre. În rezolvarea acestei afecţiuni am utilizat numeroase tehnici: tehnica Burch, bandelete suburetrale în maniera tension free, colporafia anterioară (operaţia Kelly) etc. Aşa cum ştim, aceste tehnici nu sunt lipsite de riscuri şi complicaţii (hemoragia, perforaţia de vezică şi uretră, fistule uretro-vaginale, tulburări sexuale etc.)

Începând din luna ianuarie 2013 în clinica noastră am abordat tratamentul incontinenţei urinare de efort utilizând implantul cu Urodex.

Acest procedeu a fost utilizat în perioada ianuarie-aprilie 2013 la un număr de 17 paciente cu incontinenţă urinară de efort, 4 dintre acestea având în antecedente intervenţii chirurgicale pentru această afecţiune.

Urodex este un gel steril, vâscos, cu microparticule biocompatibile pentru stimulare tisulară. A fost conceput special pentru tratamentul incontinenţei urinare de efort (IUE). Acesta acţionează ca un agent de substituire a volumului după efectuarea unei injectări simple şi sigure în mucoasa suburetrală.

Succesul acestei metode este asigurat de cele două componente active:

- Componenta vehicul – acidul hialuronic (gel hylan), având cea mai mare puritate existentă pe piaţă
- Componenta activă – microparticule de dextranomer care stimulează ţesutul conjunctiv la locul injectării

Atât gelul hylan cât și microparticulele de dextranomer din Urodex sunt biodegradabile și biocompatibile.

Implantul cu Urodex se efectuează sub anestezie locală a uretrei cu cathejell cu lidocaină și permite utilizarea unei proceduri foarte simple și sigure pentru tratamentul incontinenţei urinare de efort la pacienţii de sex feminin.. După anestezia locală se măsoară lungimea uretrei cu o sondă Foley. Apoi, cu un aplicator atraumatic gradat, conceput special, se efectuează injectarea simetrică și cu mare precizie în patru poziţii (orele 3, 6, 9, 12).

La cele 17 cazuri care au beneficiat de implantul cu Urodex pentru incontinența urinară de efort nu am avut complicații post-implant precum: infecții urinare, retenție acută de urină, hematurie. În cazul a 2 paciente au existat timp de o săptămână simptome iritative care s-au remis sub tratament.

În cele 4 luni de urmărire a pacientelor care au urmat acest tratament gradul de continență urinară a fost bun pentru 16 dintre acestea, o singură pacientă, cu intervenție chirurgicală în antecedente, prezentând rare episoade minore de incontinență în primele 2 săptămâni post-implant.

Deși numărul de cazuri observate până în prezent este mic, precum și intervalul de urmărire, considerăm că atât pentru paciente cât și pentru medicul urolog tratamentul cu Urodex oferă siguranța procedurii, evitarea riscurilor (în special la pacientele cu tare asociate), precum și costurile reduse.

Rezultatele obținute la cele 17 cazuri tratate prin implantul cu Urodex ne fac să credem că reprezintă o opțiune viabilă de tratament în incontinența urinară de efort, în special pentru cazurile care prezintă riscuri majore ale unei intervenții laborioase.

Continenţa poate fi verificată imediat după injectare prin supunerea pacientei la probe de efort. Urodex este foarte uşor de injectat datorită excelentelor sale proprietăţi reologice. Vâscozitatea sa împiedică dispersia de la locul injectării. Particulele sunt extrem de elastice, pentru a furniza o închidere suficientă a uretrei. De asemenea, Urodex prezintă excelente proprietăţi de cicatrizare, cu un răspuns inflamator minim.

Procedeul prezintă câteva avantaje de necontestat:

- Poate fi efectuat sub anestezie locală
- Permite pacientului să se întoarcă acasă în aceeași zi
- Asigură efect de lungă durată
- Este minim-invaziv
- Se realizează în condiţii de siguranţă
- Asigură continenţa imediată

Dr. Vasile Vanea
Medic primar urolog
Medic primar chirurgie generală
Doctor în ştiinţe medicale
Clinica de Chirurgie Generală şi Urologie
Vanimed, Cluj-Napoca, România
www.vanimed.ro

Litotriția laser

Litiaza urinară afectează un procent de până la 3% din populația adultă constituindu-se într-o problemă de sănătate publică. În ultima decadă, o multitudine de inovații ale tehnicilor medicale au dus la terapii minim invazive pentru rezolvarea acestor cazuri.

Litotriția laser este una dintre ultimile adiții în planul tehnicilor urologice adresate litiazei aparatului urinar, de la calculii vezicali până la cei ureterali și mai ales renali.

Laserul Holmium YAG este un laser al cărui mediu activ este un cristal de yttrium, aluminium și garnet (YAG) impurificat cu holmium – un element chimic rar. Lungimea de undă a acestui laser este în spectrul infraroșu și anume de 2140 nm. Acest lucru este de o importanță crucială în exploatarea medicală a laserului întrucât este foarte bine absorbit de apă, energia sa practic se disipează într-un mediu lichid la mai mult de 0.5 mm distanță.

Întrucât este un laser pulsat, emisia de energie nu este continuă ci are o periodicitate de 350 microsecunde este ideal pentru dezintegrarea calculilor. Studii in vitro au confirmat ca laserul HoYAG este capabil să fragmenteze toate tipurile de uroliți. Trauma provocată țesuturilor adiacente este minimă sau inexistentă.

Mecanismul de dezintegrare a calculilor este unul numit photo-thermal și se bazează pe faptul că emisia de laser creează o expansiune rapidă a conținutului de apă din interiorul calculului dezintegrând-ul astfel. Întrucât așa cum am menționat anterior, acest laser este unul pulsat (non continuu) acțiunea repetată duce la fragmentarea până și a celor mai duri calculi întâlniți în tractul urinar.

Energia laser este transmisă printr-o fibra optică (quartz) ce este plasată în contact direct cu calculul. Efectul maxim este obținut în fața fibrei optice. În timpul pulsului energiei laser se formează o bulă microscopică de aer care permite energiei laser să traverseze mediul lichidian și să transmită energia calculului. Această „departajare" a apei a fost numită și „efectul Moise".

Deoarece fragmentarea calculilor se datorează efectului photo-termic, compoziția chimică a fragmentelor rezultate poate diferi de structura inițială a calculului. Litotriția laser poate duce la formarea următorilor compuși adiționali:

- Oxalat monohidrat de calciu – carbonat de calciu
- Struvit – carbonat de amoniu și carbonat de magneziu
- Cystină – cysteină și sulf
- Acid uric – cianați

Studii pe animale au arătat ca fragmentarea unor calculi mari de urați cu laser HoYAG, nu determină o toxicitate clinică la cianați.

Tehnica folosită pentru fragmentarea calculilor este de a pune în contact fibra laser cu aceștia. Contactul dintre fibră și calcul sau țesut este necesar pentru tăiere sau fragmentare. Coagularea vaselor cu laserul holmium se obține declanșând emisia la o distanță de 0.2-0.4 mm. Peste această distanță, laserul HoYAG este disipat în mediu lichidian și nu se obține nici un efect.

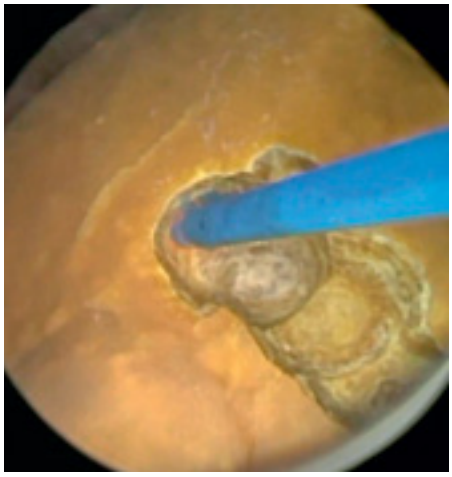
Setările inițiale pot fi de 0.7-0.8 Jouli și o frecvență de 8-10 Hertzi. Dacă calculul este mai dur se poate crește intensitatea. Pentru litiaza ureterală se poate folosi și sonda Dormia, pentru a bloca calculul. În aceste cazuri însă, este nevoie de o atenție crescută, întrucât dacă laserul este acționat pe firul de metal al coșulețului sondei, acesta se poate rupe, făcând extragerea mai dificilă.

În cadrul Centrului de Urologie Laser din Timișoara am fragmentat cu succes calculi vezicali ce ar fi necesitat chirurgia deschisă datorită mărimii acestora. De asemenea am reușit (în premieră națională) fragmentarea unui calcul obstructiv de cca 1 cm în ureterul terminal al unei paciente gravidă în trimestrul al treilea.

Considerăm litotriția laser ca fiind o metodă extraordinar de eficientă și sigură în tratamentul litiazei tractului urinar, indiferent de localizare.

Fig. 1 - aspectul de fragmentare a calculilor sub acțiunea laserului

Dr. Dorin Claici MD, PhD, *Medic Primar*
Urolog Centrul de Urologie Laser Timișoara
Spitalul Athena Timișoara, Asistent Universitar
UMF Tim., Catedra de Urologie
Timișoara – 12.05.2013



TISSUE GNOSTICS

MEDICAL & BIOTECH SOLUTIONS

Systems: The new FAXS Series represents the most elegant and cost efficient way for science and routine laboratories to introduce advanced, automated microscopy, digital imaging and image processing into their workflow.One can choose between the multi-useable devices of the TissueFAXSi plus line, which combine fluorescence, brightfield and life cell imaging or go for the specialized members of the FAXS series. Software modularization has been introduced to specifically design a package for your purposes.

"TissueFAXS" – Fluorescence
(available inverted and upright)

Developed to analyze pixel shift free entire specimens or cell cultures in up to 10 different channels and up to 8 different slides or 2 microtiter plates using all available objectives with and without oil at any magnification. Being used by users all over the globe, TissueFAXS System stands for reliability and high quality but also for real fantastic image processing and FAXS like data analysis.

"HistoFAXS" – Brightfield
(available inverted and upright)

is designed for fully automated high-resolution image acquisition and quantitative analysis of immunohistological stained specimens, cells and TMA's. The HistoFAXS 3.0 system builds upon the successfully introduced former version of HistoFAXS but has in addition features such as real SW stitching, shading correction, high-speed viewer, multi- sample viewer, facs-like quantitative analysis module of cells and of total areas etc.

"TissueFAXSi plus" – Fluorescence and brightfield
(inverted system, also available upright (TissueFAXS plus))

The TissueFAXSi plus system is the flagship of TissueGnostics hard- and software development and combines all types of microscopic techniques with the accuracy and precision of Zeiss Instruments and the elegance and tested accuracy of TissueGostics software products.http://tissuegnostics.com/EN/systems/tissuefaxsplus.php

Software applications:

TissueQuest – Fluorescence Analysis

TissueQuest offers all needed features for optimal viewing in fluorescence stained samples and combines them with qualitative and quantitative image analysis. As a veteran among anaylsis-softwares, being the first software to identify individual cells in their tissue environment worldwide, TissueQuest has transformed into a multi-functional and intuitive tool for all kinds of analysis.

HistoQuest – Brightfield Analysis

HistoQuest 3.0 streamlines all features needed from optimal viewing to accurate image processing as well as batch processing and reporting. HistoQuest 3.0 is built to help you enjoy your work. It offers optimal overview of up to 6 different slides for visual inspection and at the same time a set of precise image analysis algorithms to prepare a quantitative report in a very user friendly but highly accurate and secure form.

TISSUEGNOSTICS ROMANIA SRL
Bulevardul Socola nr. 41, et. 3, 700186, Iași, România
Tel: 0747 776 500; 0332 405 866, **Fax:** 0332 405 867
e-mail: office@tissuegnostics-ro.com

Please visit us www.tissuegnostics.com

Investigații microbiologice în infecțiile tractului urinar

Infecțiile tractului urinar (ITU) înseamnă prezența germenilor microbieni la nivelul tractului urinar, însoțită de evidențierea leziunii gazdei. ITU reprezintă bolile infecțioase cel mai frecvent întâlnite - aproximativ 10-20% dintre femei au cel puțin o ITU în cursul vieții.

ITU se clasifică în: acute/cronice

- simptomatice/asimptomatice,
- înalte (pielonefrita)/joase (cistită, uretrită, prostatită).

ITU pot fi:

- **necomplicate:** cistită, pielonefrită, bacteriuria asimptomatică; apar frecvent la femei și răspund la o terapie minimă antibacteriană;
- **complicate:** apar în condițiile existenței unor factori predispozanți (litiaza urinară, corpi străini, rinichi polichistici, disfuncții neurologice ale vezicii urinare, diabet zaharat, sarcină etc.);
- **recurente:** episoade simptomatice alternează cu intervale fără simptome și sunt frecvent refractare la tratament.

Eliminarea germenilor în urină se definește ca bacteriurie. Ea poate fi consecința unei ITU sau a contaminării probei de urină recoltate. Pentru a diferenția cele două situații se folosește noțiunea de bacteriurie semnificativă, care este definită de următoarele criterii:

- >100 germeni coliformi/ml, respectiv 100000/ml germeni necoliformi la o femeie simptomatică
- >1000 germeni/ml la un bărbat simptomatic
- >100000 germeni/ml la pacienți asimptomatici la două probe consecutive
- orice creștere a bacteriilor la cateterizarea

suprapubiană la un pacient simptomatic.

La producerea ITU participă un mare număr de germeni - 95% din ITU sunt produse de enterobacterii, Streptococcus faecalis (enterococ), Staphylococcus saprophyticus.

Dintre enterobacterii, mai frecvente sunt:

Escherichia coli (determină aproximativ 75% din ITU), Proteus (mai frecvent incriminat în ITU secundare sau infecţii nosocomiale), Klebsiella (în ITU necomplicate/complicate, după manevre la nivelul tractului urinar), Enterobacter (poate determina ITU recurente), Pseudomonas aeruginosa (în ITU obstructive şi cele care apar după cateterizare urinară.

Stafilococii au o incidenţă în creştere în producerea ITU, Staphylococcus saprophyticus (mai frecvent izolat la femei tinere cu cistită) şi Staphylococcus aureus fiind principalii reprezentanţi incriminaţi.

Atunci când nu sunt puşi în evidenţă germeni în urină, în prezenţa simptomelor de ITU, uneori în asociere cu piurie, este probabilă o ITU cu alte microorganisme, cum ar fi: anaerobi, micoplasme, chlamydii, fungi, virusuri, bacilul Koch.

Diagnosticul de laborator este un element deosebit de important în completarea diagnosticului clinic, cu rol în stabilirea etiologiei, a conduitei terapeutice şi monitorizării evoluţiei.

Principalele metode utile în diagnosticul de laborator al unei ITU sunt:

- examenul biochimic al urinei – frecvent, în ITU pot apărea proteinurie, nitriţi pozitivi, modificai ale densităţii urinare;
- sedimentul urinar - apreciază prezenţa leucocituriei, hematuriei, a florei microbiene sau a celulelor epiteliale frecvente;
- investigaţii microbiologice - reprezentate prin urocultura cantitativă, urmată de efectuarea antibiogramei în cazul unei uroculturi pozitive şi de izolarea în urină a altor microorganisme, cum ar fi: Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Chlamydia trachomatis etc.

Transportul probei de urină la laborator

Transportul trebuie să se facă în maximum 2 ore de la recoltare; dacă acest lucru nu este posibil, proba va fi ţinută la +4 grade Celsius. Se recomandă recoltarea urinei pentru urocultură înainte de începerea tratamentului antibiotic, la 48-72 ore de la începerea terapiei antibacteriene şi după 3-5 zile de la terminarea acesteia.

Deoarece eliminarea germenilor microbieni în urină este intermitentă, se recomandă efectuarea a 3 uroculturi succesive, chiar dacă s-a obţinut un rezultat negativ, iar simptomatologia clinică pledează pentru infectei urinară de tract urinar inferior.

Recoltarea probei de urină în cazul unui sugar sau al copiilor mici

Aceasta poate fi dificilă şi, de multe ori, urina este contaminată bacteriologic din cauza greşelilor de recoltare sau transport. Recoltarea se realizează în punga urinară pediatrică furnizată de laborator. După toaleta prealabilă cu apă şi săpun a zonei urogenitale a copilului, punga pediatrică se fixează cu ajutorul benzii adezive.

După recoltare, proba se transportă la laborator în maximum 2 ore, evitând contaminarea ei.

În cazul unei uroculturi pozitive, efectuarea antibiogramei permite stabilirea conduitei terapeutice optime, fiind de un real folos pentru medicul clinician.

Urocultura standard, deşi stabileşte cu exactitate germenele incriminat în apariţia ITU, prezintă dezavantajul unui rezultat după 24-48 ore de la recoltare. De aceea au fost puse la punct metode mai rapide pentru urocultură, prin folosirea sistemelor automate, care permit obţinerea unui rezultat în aproximativ 4 ore şi sunt indicate în special în suspectarea unei ITU cu enterobacterii, urmând instituirea rapidă a tratamentului. Nu se exclude însă urocultura standard, care va fi efectuată ulterior.

În cazul când se suspectează o ITU produsă de Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Chlamydia trachomatis, se folosesc metode de laborator cum ar fi metoda imunocromatografică, metoda Elisa, imunofluorescenţa etc. care permit stabilirea prezenţei acestor microorganisme în urină.

Contribuţia laboratorului la stabilirea diagnosticului şi monitorizarea terapiei în ITU este deosebit de importantă; de aceea se caută permanent îmbunătăţirea metodelor utilizate, iar colaborarea dintre medicul clinician şi medicul de laborator asigură abordarea corectă a unui bolnav cu ITU

Ce este urocultura

Urocultura este o metodă de bază pentru definirea ITU și constă în însămânțarea pe anumite medii de cultură a urinei. Se recoltează prima urină de dimineață, într-un recipient steril de unică folosință, numit urocultor, furnizat de laborator. Foarte importantă pentru calitatea rezultatului obținut este respectarea modului corect de colectare a urinei: se face toaleta regiunii urogenitale cu apă și săpun; nu se folosește prosop pentru uscarea regiunii; se urinează o cantitate mică în toaletă (este urina contaminată cu germenii microbieni prezenți în mod normal în regiunea distală a uretrei) și apoi se colectează urina în urocultor; nu se atinge dopul recipientului cu niciun obiect sau de zona urogenitală.

Dr. Mihaela Dinescu, *medic primar*
Medicina de laborator Sanador.

Individualizarea tratamentului
la pacientul cu cancer de prostată metastazat

Evoluția locală a bolii poate fi independentă de prezența metastazelor. Pacientul poate să nu prezinte metastaze, dar tumora se extinde, blochează orificiile ureterale, bolnavul dezvoltă ureterohidronefroză (insuficiență renală) și starea lui generală se înrăutățește.Ganglionii sau tumora pot produce compresii medulare, iar bolnavul poate deveni paraplegic, caz în care se impun și alte metode de tratament (deviații urinare).

De aceea este foarte important să se stabilească diagnosticul în timp util și prezenţa sau absenţa metastazelor!

Aproximativ 5-10% din pacienţii investigaţi se regăsesc în stadiul IV, iar 85% din metastazele cancerului de prostată sunt osoase. Pentru a identifica aceste metastaze este indicat să se efectueze scintigrama osoasă.

Uneori, pornind de la o metastază, sau o fractură la nivelul metastazei, se stabileste că bolnavul este suferind de cancer de prostată.

Unele metastaze sunt simptomatice şi se pot identifica, în timp ce altele sunt asimptomatice şi se descoperă în perioada de tratament.

Cancerul prostatic poate produce metastaze şi în alte organe, situaţie în care se efectuează radiografii, ecografii sau puncţii biopsice, în funcţie de simptomele acuzate şi localizarea acestora.

Tratamentul

Cancerul de prostată este o tumoră malignă care răspunde în general la tratament .

Este un cancer hormono-dependent, care răspunde eficient la suprimarea testosteronului sau administrarea de antiandrogeni. Terapia hormonală este eficientă o perioadă îndelungată de timp şi ajută semnificativ in tratament, indiferent de stadiul în care se găseşte pacientul şi momentul diagnosticării. Dacă diagnosticarea se realizează în stadii incipiente, terapia poate da rezultate pe o perioadă de până la 5 ani, putându-se obţine chiar o regresie a tumorii.

După apariţia metastazelor se consideră că dependenţa hormonală a cancerului a încetat, tratamentul hormonal devenind ineficient, datorită adaptării celulelor prostatice. În această situaţie se aplică terapii de linia a doua, respectiv administrarea de progesteron sau citostatice. Acestea au de asemenea efect pentru o perioadă de timp limitată.

În încercarea de a trata eficient cancerul de prostată s-au derulat programe privind întreruperea tratamentului hormonal (deşi medicina spune că administrarea unui tratament nu se întrerupe niciodată) şi reluarea acestuia după o perioadă de 1-2 ani, în acest interval cancerul şi celulele prostatice redevenind sensibile la terapia hormonală. Rezultatele obţinute în urma acestor cercetări sunt încurajatoare, dar trebuie efectuată o selecţie foarte atentă a pacientilor în cazul cărora se poate aplica!

În special pentru metastazele osoase se pot utiliza biofosfonaţii. Se utilizează cu succes şi radioizotopii, în special în tratamentul metastazelor dureroase, foarte greu de calmat cu ajutorul analgezicelor, dar care cedează la radioterapie.

Sunt situaţii în care metastazele pot regresa. O nouă clasă de medicamente utilizată în chimioterapie, numită taxani, influenţează semnificativ ţesutul canceros din metastazele osoase.

O altă modalitate de ameliorare a calităţii vieţii, în cazul metastazelor osoase, este reprezentată de intervenţiile ortopedice, pentru consolidarea fracturilor sau a zonelor afectate.

Endotelina, o substanţă ce exercită o acţiune particulară asupra metastazelor osoase dă rezultate foarte bune în prelungirea vieţii bolnavului.

Recomandări

Mestastazele, în special cele osoase, sunt dificil de diagnosticat, fiind frecvent confundate cu alte afecţiuni!

Evoluţia metastazelor osoase nu poate fi pusă în evidenţă decat în cazul celor foarte dezvoltate!

Este foarte important să se depisteze în timp util cancerul de prostată, prin intermediul testărilor specifice: PSA, tuşeu rectal şi ecografie, efectuate periodic de către toţi bărbaţii cu vârsta peste 50 de ani!

Administrarea în timp util a terapiei hormonale măreşte speranţa de viaţă cu până la 10 ani! Terapia hormonală se poate administra indiferent de stadiul bolii!

În stadiile incipiente ale bolii se poate practica prostatectomia radicală în combinaţie cu terapia hormonală, pentru a stopa evoluţia bolii!

Prof. Dr.Stelian Perşu, *medic primar urologie,doctor în ştiinţe medicale*

Bionorica®

Infecție urinară? Calculi renali? Vezică hiperactivă?

Canephron®

- acționează împotriva adeziunii bacteriilor uropatogene la epiteliu urinar
- normalizează PH-ul urinar
- relaxează vezica urinară

Medicamentul natural GERMAN pentru tractul urinar, CONVINGE!

Doze și mod de administrare:
Adolescenți peste 12 ani și adulți: 5 ml de 3 ori pe zi

Bionorica România SRL | Str. Școala Floreasca nr. 21, Sector 1, București | www.bionorica.de | Tel/Fax:+40 21 222 82 32

Adenomul de prostată vs. cancerul de prostată

Împreună cu glandele bulbouretrale, veziculele seminale și ampulele deferențiale, prostata face parte din glandele sexuale accesorii, secreția lor constituind o parte importantă a ejaculatului. Plasma seminală produsă de aceste glande conține, într-o concentrație semnificativă, o serie de substanțe biologic active, cum ar fi: prostaglandine, acid citric, zinc, proteine, fructoză, spermine, imunoglobuline, esteraze, proteaze, fosfataze, etc.

Prostata este formată din acini glandulari şi ducte colectoare cu o dispoziţie asemănătoare ramurilor unui pom. La naştere, majoritatea acinilor glandulari sunt tapetaţi cu epiteliu scuamos şi metaplastic cu activitate secretorie. Stimularea dezvoltării postnatale se găseşte sub controlul steroizilor materni (estrogeni).

Hiperplazia benignă a prostatei (HBP) sau adenomul de prostată reprezintă creşterea benigna (noncanceroasă) a volumului prostatei .

Creşterea în volum a prostatei, odată cu vârsta, poate fi datorată creşterii proliferării celulare combinate cu o scădere a ratei de distrugere a celulelor prostatice.

Deoarece prostata se dezvoltă în jurul uretrei, majoritatea pacienţilor care au o suferinţă prostatică (benignă sau malignă) acuză o simptomatologie urinară de tip obstructiv şi/sau iritativ, care poate fi relativ uşor evidenţiată atunci când este prezentă.

Adenomul de prostată este una dintre cele mai comune patologii ale bărbaţilor trecuţi de 50 ani, care poate duce la apariţia unei simptomatologii a tractului urinar inferior (urinare deasă în timpul zilei, urinare pe timpul nopţii, jet urinar slab, urinare dificilă, senzaţia de golire incompletă , urinare cu picătura). Înaintarea în vârstă şi androgenii testiculari joacă un rol central în apariţia acestei afecţiuni .

Explorările de bază în stabilirea diagnosticul HBP sunt:

- tuşeul rectal
- ecografia transabdominală a prostatei
- dozarea P.S.A.-ului seric

PSA-ul, cel mai valoros marker din biologia umană, este o proteină produsă aproape exclusiv în celulele epiteliale ale prostatei.

Valorile crescute ale PSA semnifică modificări în prostată cauzate de:

- HBP (adenom al prostatei)
- cancer de prostată
- prostatită

PSA-ul creşte, în mod obişnuit, progresiv, existând valori specifice fiecărei decade de vârstă.

Netratat, adenomul de prostată poate duce la o serie de complicaţii, după cum urmează:

Retenţia Acută Urinară (RAU) este una dintre cele mai comune complicaţii şi, de regulă, necesită spitalizarea. În HBP, RAU este considerată indicaţie pentru chirurgie prostatică.

Alte posibile complicaţii sunt: litiaza vezicală, ITU (infecţii de tract urinar inferior), diverticuloza vezicală (afectarea vezicii urinare), uropatia obstructivă (urmată de hidronefroză), insuficienţa renală cronică, hematuria etc.

În prezent, 65% dintre adenoamele de prostată sunt tratate medicamentos, indicaţia chirurgicală fiind stabilită doar în cazurile complicate .

Cancerul de prostată (CP) reprezintă o cauză importantă de morbiditate şi mortalitate în întreaga lume.

Cancerul de prostată este un proces neoplazic (malign) eterogen, cu evoluţie relativ lentă, fiind necesari aproximativ 25 de ani pentru a evolua de la o leziune focală la o formă malignă agresivă.

În anul 2004, incidenţa CP a ajuns la valoarea de 21,01‰, ceea ce plasează ţara noastră printre ţările cu o valoare medie a incidenţei CP, luând în considerare ţările central şi est-europene. În 2006, incidenţa CP a atins o valoare de 22,82 ‰ şi creşterea se înregistrează în continuare.

În anul 2008, incidenţa CP în România a fost de 30,67/100.000 locuitori, cea

mai mare creştere fiind înregistrată la grupa de vârstă 45-64 ani.

În cadrul Clinicii de Urologie a Spitalului Clinic „Prof. Dr. Th. Burghele“ incidenţa CP, comparativ cu alte localizări neoplazice urinare, îl plasează pe locul al doilea după cancerul vezicii urinare şi înaintea tumorilor renale maligne.

În cadrul celor mai frecvente afecţiuni maligne ale sexului masculin CP ocupă în România locul al treilea după cancerul pulmonar (5937 cazuri/an) şi cancerul gastric (2170 cazuri/an) .

În majoritatea cazurilor CP poate determina o simptomatologie urinară (asemănătoare cu adenomul de prostată), ceea ce îndreaptă atenţia medicului către o suferinţă a prostatei .

În ultimele decade ale secolului trecut, o serie de noi metode de diagnosticare a CP dintre care cele mai importante sunt P.S.A.-ul seric şi ecografia transrectală cu puncţie ecoghidată multiplă s-au adăugat la cele considerate deja clasice - tuşeu rectal (TR), fosfatază acidă prostatică . Utilizarea acestora în cadrul unor protocoale de diagnostic au făcut ca numărul cazurilor de CP, diagnosticate în stadiul local avansat sau metastatic, să scadă în mod semnificativ în ultimii 30 de ani.

În conformitate cu protocolul Asociaţiei Europene de Urologie, Asociaţia Română de Urologie şi Consiliul Naţional al Prostatei recomandă ca fiecare bărbat peste 50 ani să aibă, în fiecare an, un examen clinic complet, care să cuprindă tuşeul rectal(TR) şi o dozare serică a P.S.A-ului seric total .

Pentru bărbaţii cu risc crescut de CP (istoric familial de CP înregistrat la rude de gradul I – II) această verificare ar trebui să înceapă la 40 de ani. Dacă la aceşti pacienţi valoarea P.S.A-ului seric este ≤ 1ng/ ml, determinarea poate fi făcută la 2 ani. Dacă P.S.A-ul are o valoare între 1 şi 2,5ng/ml, determinarea se va face anual, iar dacă P.S.A-ul are valori ≥ 2,5ng/ml puncţia biopsie prostatică este indicată .

În ciuda numeroaselor modalităţi de investigaţie existente actual, singura explorare care stabileşte diagnosticul de certitudine în CP rămâne examenul microscopic al ţesutului prostatic obţinut prin puncţie biopsie prostatică. Adoptarea unei atitudini terapeutice este strâns legată de rezultatul acestui examen .

Metastazele osoase apar la aproximativ 65-75% dintre pacienţii, având CP în stadiu avansat, leziunile osoase apărând tipic la nivelul coloanei lombare, coastelor şi pelvisului. Aceste leziuni determină complicaţii importante, incluzând fracturi pe os patologic, compresia coloanei vertebrale şi dureri osoase debilitante. Morbiditatea osoasă este în mod particular problematică pentru pacienţii având CP, deoarece evoluţia clinică a metastazelor osoase la aceşti pacienţi este relativ lungă; după diagnosticarea acestora, pacienţii având CP supravieţuiesc în medie între 12 şi 53 de luni, în funcţie de statusul lor hormonal la prezentare .

Este unanim acceptat faptul că CP diagnosticat în stadiul localizat, atunci când este limitat la glandă, poate beneficia de tratament curativ. În acest scop, noi metode de diagnostic au completat în ultimii ani vechiul protocol investigaţional. Ca urmare, procentajul pacienţilor cu CP diagnosticat în stadiul local avansat şi/sau metastatic, comparativ cu cei în stadiul localizat, s-a modificat.

Dacă în 1960 numai 10% din pacienţii cu CP diagnosticat erau în stadiul localizat, la începutul anilor ’80 acest procentaj ajunsese la 15%. În 1986, acelaşi studiu evidenţia că 40% din CP diagnosticate erau în stadiu localizat . Evaluările efectuate între 1992 şi 1999 au arătat că, în US, 86% din CP au fost diagnosticate în stadiul localizat sau local avansat.

Supravieţuirea la 5 ani, a pacienţilor cu CP, este diferită în funcţie de stadiul în care este diagnosticat. Dacă, pentru stadiile localizate, aceasta poate ajunge la 100%, pentru stadiile avansate supravieţuirea la 5 ani este de numai 33,5% .

Urocalm

Pentru sănătatea aparatului urinar și întărirea căilor urinare împotriva infecțiilor

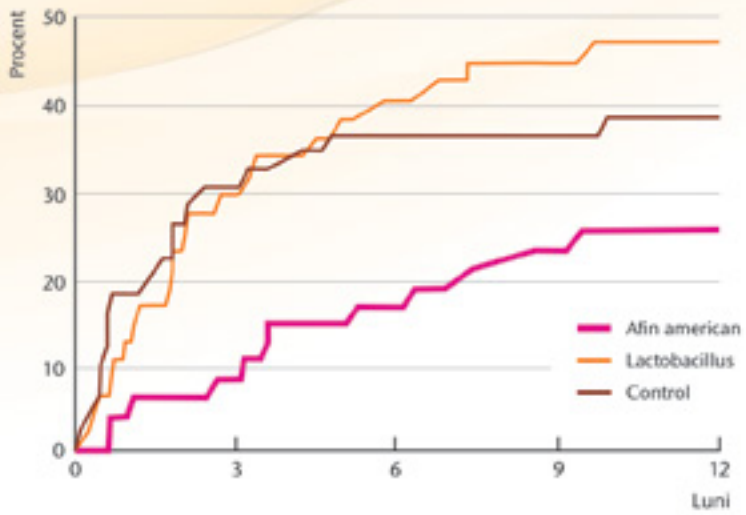
Doppelherz® Urocalm conține o doză concentrată (25:1) de extract din afin american, cu acțiune favorabilă dovedită asupra aparatului urinar, și extract de pulbere de păpădie, ambele având ca efect fortificarea mecanismelor de apărare a căilor urinare împotriva infecțiilor și îmbunătățirea funcționării aparatului urinar.

- Fortifică mecanismele de apărare ale căilor urinare
- Susține funcțiile vezicii urinare
- Împiedică aderența bacteriilor de peretele vezicii urinare, și prin aceasta apariția infecțiilor urinare
- Are rol adjuvant în cadrul tratamentului infecțiilor urinare, contribuie la menținerea sănătății tractului urinar.
- Ajută la diminuarea riscului de apariție a infecțiilor urinare (uretrite, cistite, nefrite).

De asemenea, contribuie la menținerea funcției excretorii ale rinichilor și are efect antioxidant împotriva radicalilor liberi.

Cercetătorii Universității din Oulu, Finlanda, au demonstrat[1] că un consum regulat de afin american sau produse care conțin afin american reduc recidiva infecțiilor urinare la femei cu peste 50%.

Rata cumulativă a primei recidive de infecție urinară pe o perioadă de 12 luni în funcție de substanța administrată



[1] Tero Kontiokari et al: Randomised trial of cranberry/lingonberry juice and Lactobacillus GG drink for the prevention of urinary tract infections in women. BMJ 2001;322:1–5

Afinul american

- Are efect bacteriostatic în căile urinare.
- Cu ajutorul procianidinelor îngreunează fixarea celulelor bacteriene de membranele căilor urinare.

Pulberea de păpădie

- Stimulează producerea de urină și determină eliminarea bacteriilor din căile urinare.
- Îmbunătățește eliminarea produselor toxice ale metabolismului.
- Favorizează purificarea organismului.

1 tabletă / zi

O tabletă conține:
400 mg extract din fructe de afin american 50 mg pulbere din rădăcină de păpădie.

Mod de administrare:
Se administrează 1 tabletă zilnic, în timpul mesei sau imediat după aceasta, cu o cantitate corespunzătoare de lichide. În caz de nevoie, doza poate fi mărită până la 2 tablete pe zi.

Indicație pentru diabetici:
1 tabletă corespunde la < 1,0 kcal/ 4,2 kJ și < 0,001 BE.

Atenționări:
Doza zilnică recomandată nu trebuie depășită.
Suplimentele alimentare nu pot fi utilizate pentru înlocuirea unui regim alimentar variat.
Se recomandă utilizarea unui regim alimentar variat și echilibrat și a unui mod de viață sănătos.
A nu se lăsa la îndemâna și la vederea copiilor mici.
A se păstra la temperaturi ce nu depășesc 25°C.

Ambalaj:
30 tablete

Producător:
Queisser Pharma
Schleswiger Str. 74
24941 Flensburg, Germania
Email: info@queisser.de, www.doppelherz.de

Reprezentanța pentru România Queisser Pharma:
Bulevardul Regina Elisabeta 44, Sc. A, Etaj 6, Apartment 62, Sector 5, București, cod 050018
Tel.: 021 / 311.24.20

Doppel herz® aktiv

Tratamentul naturist în infecțiile urinare

Queisser PHARMA

Complicațiile postoperatorii specifice nefrectomiei parțiale

Nefrectomia parțială (NP) reprezintă tratamentul standard al tumorilor localizate (T1), în prezența unui rinichi controlateral normal atât morfologic cât și funcțional [1]. NP presupune excizia completă a tumorii primare, în limite oncologice, cu prezervarea parenchimului indemn, în vederea menținerii funcției renale.

Deși tehnica NP a fost descrisă încă din 1890, de Czerny, indicațiile acesteia au fost restrânse, din cauza asocierii acestei proceduri cu o morbiditate perioperatorie ridicată. Evoluția tehnologică din ultimele decenii și consecutiv ei, perfecționarea tehnicilor de chirurgie vasculară și imagistica intraoperatorie au condus la creșterea popularității acestei menevre și a rezultatelor oncologice și funcționale, egalându-le pe cele ale nefrectomiei radicale în ceea ce privește rata complicațiilor și supraviețuirea pe termen lung [2,3].

Indicațiile NP sunt urmatoarele:

1) Absolute:

- tumoră pe rinichi unic funcțional, chirurgical sau congenital;
- tumori renale bilaterale;
- insuficiență renală preexistentă.

2) Relative:

- boli care predispun la apariția insuficienței renale;
- boli renale preexistente;
- litiază renală;
- pielonefrită recurentă;
- tumori multifocale asociate unui sindrom genetic.

3) Elective:

în care pacientul nu îndeplinește niciuna dintre condițiile enunțate și are rinichi normal controlateral.

Tehnicile folosite cu cea mai mare frecvență pentru NP, în funcție de mărimea tumorii și localizarea acesteia, sunt:

- enucleorezecția;
- rezecția cuneiformă;
- nefrectomie segmentară (polară);
- nefrectomie extracorporeală cu autotransplant.

Complicațiile specifice NP

Cel mai dificil din punct de vedere tehnic în NP este controlul sângerării, scopul fiind atât minimizarea acesteia cât și prevenirea riscului de leziune ischemică prin clampare îndelungată a pediculului renal [4-6]. Alte complicații importante sunt, în ordinea frecvenței, fistula urinară, insuficiența renală acută și sângerarea postoperatorie [4-9]. Un studiu recent care a comparat abordul laparoscopic cu cel deschis a decelat o rată superioară a apariției acestora în defavoarea tehnicii minim invazive atât intraoperator cât și postoperator (5% versus 0%, respectiv 2% versus 11% și un timp de ischemie caldă mai ridicat (27.8 versus 17.5 minute) [10]. Totuși, acestea variază proporțional cu experiența chirurgului, astfel că, în cazul centrelor de excelență, acestea scad pe măsura depășirii curbei de învățare.

Sângerarea

Riscul cel mai ridicat de sângerare apare intraoperator, odată cu exereza tumorii, patul de rezecție fiind intens vascularizat. Totuși, această complicație poate apărea și postoperator imediat, dar și la distanță. Planificarea operației prin cunoașterea detaliată preoperatorie a anatomiei vasculare este esențială în minimizarea complicațiilor. În trecut, evitarea sângerării, în cazul tumorilor mari sau situate central, se realiza prin chemoembolizare selectivă sau rezecție tumorală extracorporeală, urmată de autotransplant, însă aceste tehnici nu mai sunt de actualitate dacă respectăm regulile de bază ale chirurgiei vasculare și ale reconstrucției renale: ligatura vaselor secționate cu diametru mare, electrocoagularea vaselor mici, închiderea sistemului colector pentru prevenirea fistulei urinare, hemostaza prin compresia parenchimului. Oprirea sângerării se poate realiza și prin clamparea venei sau arterei renale, selectiv sau en-bloc.

În cazul sângerării postoperatorii, tratamentul imediat este conservator, prin transfuzie sanguină și monitorizarea hematocritului. În cazul în care nu se obține controlul hemostazei, se poate lua în considerare angiografia cu embolizare selectivă sau reintervenția.

În cazul sângerării apărute după externarea pacientului, ar trebui efectuată o angiografie, întrucât există riscul de fistulă arteriovenoasă sau pseudoanevrism. Tratamentul eficient al acestora este realizat prin embolizare arterială selectivă.

Infarctul renal

Pentru a preveni această complicație, chirurgul trebuie să cunoască, printr-o evaluare preoperatorie, anatomia vasculară a rinichiului. Vascularizația arterială a rinichiului este de tip terminal, astfel că ligatura arterială ar trebui realizată cât mai distal posibil. De asemenea, incizia tumorală trebuie să fie centripetă față de hilul renal, cu ligatura și/sau coagularea vaselor pe măsură ce disecția avansează în plin parenchim. Infarctul radiar apare,

de regulă, în cazul unei incizii dinspre hil către exterior.

Fistula urinară

Existența unei fistule urinare la nivelul rinichiului operat se obiectivează prin menținerea drenajului pe o perioadă mai mare de 4 săptămâni. Fistula urinară este de obicei tratată conservator, prin menținerea drenajului percutan, montarea unui drenaj urinar intern, prevenirea infecțiilor și a obstrucției ureterale. În cazul fistulei apărute în primele 24 ore postoperator, nu este necesară intervenția chirurgicală, decât în situația suspicionării infecției, creșterii creatininei serice sau lipsei diurezei (rinichi solitar).

Insuficiența renală

Rata apariției insuficienței renale acute (IRA) la pacienții cu rinichi prezenți bilateral este raportată la 4% dintre cazuri, iar cea cronică (IRC), în 2-8%. La pacienții cu rinichi unic aceste complicații se dezvoltă cu frecvență crescută, fiind de 13-38% pentru IRA, respectiv 3-30% IRC. Cauzele apariției insuficienței renale sunt legate de timpul de ischemie caldă și de cantitatea de parenchim rezecat. O serie de manevre au fost propuse pentru a reduce timpul de ischemie renală: administrarea de manitol (diuretic osmotic) înainte de clamparea arterei renale reduce acumularea de radicali liberi de oxigen; răcirea rinichiului în timpul clampării reduce de asemenea lezarea tisulară. În tumorile polare, o altă tehnică folosită este reprezentată de compresia manuală a parenchimului renal.

În cazul rinichiului unic se evită clamparea arterei renale, iar pentru un mai bun control al hemostazei se preferă abordul deschis în detrimentul laparoscopiei.

Riscul înalt de dezvoltare a insuficienței renale este legat de: prezența rinichiului unic, rezecții extensive de parenchim (>50%), ischemie prelungită, insuficiență renală preexistentă și boli vasculare severe asociate. Acești pacienți trebuie avertizați în privința posibilității intrării pe hemodializă temporar sau definitiv.

Margini de rezecție pozitive

Rezecția tumorală oncologică se traduce prin margini de rezecție negative pentru excluderea invaziei tumorale microscopice. S-a demonstrat, în ultimii ani, că radicalitatea oncologică în nefrectomia parțială nu este dată de o anumită adâncime a marginilor de rezecție, ci de lipsa invaziei în marginile de rezecție [11]. De obicei, în cazul tumorilor exofitice se poate efectua o rezecție superficială, prin continuarea în profunzime a inciziei astfel încât să cuprindă întreaga tumoră, iar în cazul celor endofitice, recomandarea este de rezecție segmentară. Totuși, pentru definirea cât mai corectă a marginilor de rezecție, este recomandată ultrasonografia intraoperatorie. Examenul histopatologic extemporaneu din marginile de rezecție are o sensibilitate redusă, nefiind util de rutină.

Concluzii

În ciuda posibilelor complicații, nefrectomia parțială reprezintă o tehnică cu indicație din ce în ce mai largă.
Utilizarea imagisticii preoperatorii, cunoașterea anatomiei renale, evaluarea corectă a pacientului din punctul de vedere al comorbidităților acestuia, identificarea corectă a caracteristicilor tumorii, alături de o tehnică chirurgicală riguroasă sunt elementele-cheie necesare pentru obținerea unor rezultate satisfăcătoare, comparabile din punct de vedere oncologic cu cele obținute prin nefrectomie radicală.
Rata complicațiilor rămâne scăzută, cu condiția respectării dogmelor fundamentale ale chirurgiei.

Bibliografie

1. Nguyen C.T., Campbell S.C., Novick A.C. Choice of operation for clinically localized renal tumor. Urol Clin North Am 2008;35:645–55.
2. Russo P., Huang W. The medical and oncological rationale for partial nephrectomy for the treatment of T1 renal cortical tumors. Urol Clin North Am 2008; 35:635–43.
3. Van Poppel H., Da Pozzo L., Albrecht W., et al: A prospective randomized EORTC intergroup phase 3 study comparing the complications of elective nephron-sparing surgery and radical nephrectomy for low-stage renal cell carcinoma. Eur Urol 2007; 51:1606.
4. Van Poppel H., Da Pozzo L., Albrecht W., et al: A prospective randomized EORTC intergroup phase 3 study comparing the complications of elective nephron-sparing surgery and radical nephrectomy for low-stage renal cell carcinoma. Eur Urol 2007; 51:1606.
5. Filipas D., Fichtner J., Spix C., et al: Nephron-sparing surgery of renal cell carcinoma with a normal opposite kidney: long-term outcome in 180 patients. Urology 2000; 56:387.
6. Polascik T.J., Pound C.R., Meng M.V., et al: Partial nephrectomy: technique, complications and pathological findings. J Urol 1995; 154:1312.
7. Delakas D., Karyotis I., Daskalopoulos G., et al: Nephron-sparing surgery for localized renal cell carcinoma with a normal contralateral kidney: an European three-center experience. Urology 2002; 60:998.
8. Duque J.L., Loughlin K.R., O'Leary M.P., et al: Partial nephrectomy: alternative treatment for selected patients with renal cell carcinoma. Urology 1998; 52:584.
9. Ghavamian R., Cheville J.C., Lohse C.M., et al: Renal cell carcinoma in the solitary kidney: an analysis of complications and outcome after nephron sparing surgery. J Urol 2002; 168:454.
10. Lane B.R., Gill I.S.: 5-Year outcomes of laparoscopic partial nephrectomy. J Urol 2007; 177:70.
11. Yossepowitch O., Thompson R.H., Leibovich B.C., et al: Positive surgical margins at partial nephrectomy: predictors and oncological outcomes. J Urol 2008; 179:2158.

Asistent universitar
dr. Cristian Surcel, MD, PhD

Scintigrafia renală –rolul ei diagnostic

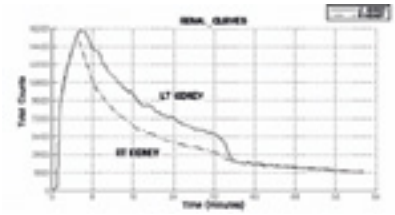
Scintigrafia renală este o tehnică a medicinei nucleare care, prin furnizarea de informaţii cu caracter funcţional pentru fiecare rinichi în parte, joacă un rol important în diagnosticul şi monitorizarea terapeutică a multor afecţiuni renale. Ea se diferenţiază astfel net de celelalte tehnici imagistice: ecografia, urografia, computer-tomografia (CT), imagistica prin rezonanţă magnetică (IRM), care oferă informaţii legate de morfologia renală şi mult mai puţine date despre funcţia renală.

Imaginile scintigrafice sunt realizate după administarea intravenoasă a unui radiofarmaceutic specific cu tropism renal. Angioscintigrafia - studiul perfuziei renale se face prin achiziţia de imagini rapide (2-3 frame/secundă) imediat după injectarea în bolus a radiotrasorului. Pe secvenţele dinamice ulterioare, achiziţionate timp de 20-30 minute cu pacientul în clinostatism, se evaluează funcţia renală-bilateral. Iradierea pacientului este minimă iar informaţiile funcţionale obţinute (perfuzie, funcţia de filtrare glomerulară, drenaj etc) sunt importante.

Se utilizează radiotrasori care se elimină fie prin filtrare glomerulară (tip Tc99m-DTPA), prin excreţie tubulară (tip Tc99m-MAG3), fie radiotrasori care se leagă de proteinele tubulare, oferind informaţii despre morfologia renală (tip Tc99m-DMSA) sau radiotrasori micşti, care îmbină proprietăţile de mai sus (tip Tc99m-GH).

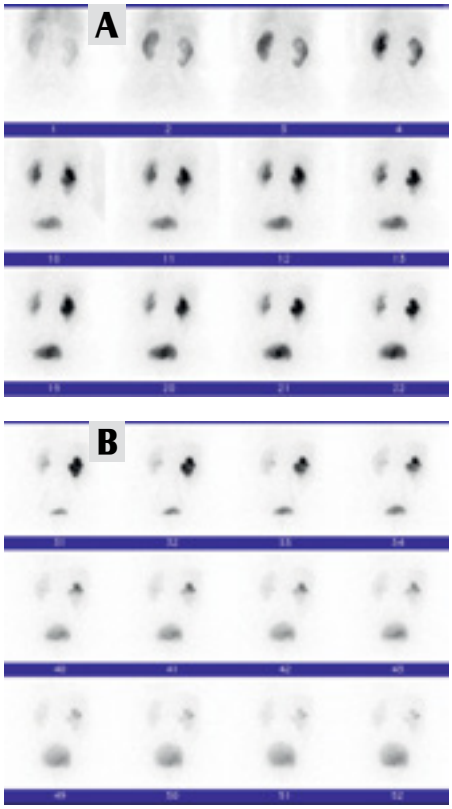
În ceea ce priveşte pregătirea prealabilă a pacientului, trebuie menţionat că acesta trebuie să bea circa 0,5 l apă/ceai cu circa 30 minute înainte de începerea examinării (hidratarea este obligatorie). Înainte de începerea studiului scintigrafic, pacientul este trimis să golească vezica urinară.

Nefrograma izotopică este completată ulterior prin procesarea informaţiilor scintigrafice, iar prin alegerea unor zone de interes ce corespund ariilor renale se obţin curbe nefrografice care relevă evoluţia concentraţiei radiofarmaceuticului la nivel renal. În mod normal peak-ul (concentraţia maximă) se obţine la circa 3-5 minute postinjectare, ulterior începând procesul de drenaj, de excreţie, a radiotrasorului.



Principalele indicaţii ale scintigrafiei renale sunt:

- Evaluarea uropatiilor/nefropatiilor obstructive (scintigrafie cu test diuretic; acesta este administrat în timpul studiului clasic şi se urmăreşte evaluarea răspunsului la diuretic). diagnosticul diferenţial al hidronefrozelor obstructive/non-obstructive şi monitorizarea eficienţei terapeutice.
- Hipertensiunea arterială de cauză renovasculară (scintigrafie cu test farmacologic la IEC - Captopril).
- Evaluare funcţională prechirurgicală - pentru pacienţii care necesită nefrectomie (un rinichi «mut» urografic nu este neaparat şi «mut» scintigrafic; vizualizarea prezenţei funcţiei renale indică oportunitatea unui tratament conservator).
- Evaluare pre şi posttransplant renal,
- Aprecierea funcţiei renale la pacienţii cu insuficienţă renală.
- Evaluarea malformaţiilor congenitale renale.
- Evaluarea infecţiilor renale (pielonefrite acute, cronice), necrozelor tubulare acute şi monitorizarea evoluţiei acestora.
- La copii, această tehnică este utilă deoarece cu o doză minimă de iradiere (cantitatea de radiotrasor utilizată se calculează pe kg/corp) se poate pune în evidenţă prezenţa unui reflux vezico-ureteral (prin cistografia izotopică post-micţională, studiu făcut în continuarea scintigrafiei renale dinamice), se poate stabilii locul unei stricturi uretrale (evaluate ulterior ecografic/computer tomografic), cauza a unei hidronefroze la nou născut şi sugar etc.



Dr. Adriana Rimbu
Medic primar medicină nucleară
Medic specialist radiodiagnostic
Doctor în ştiinţe medicale
Preşedintă a Societăţii Române de Medicină Nucleară

STAR international med

natural@star-ayurveda.ro
www.star-ayurveda.ro

ayurmed

URINOSALM

protector natural al căilor urinare

- Contribuie la menținerea stării de sănătate și a bunei funcționări a aparatului urinar, atât la femei cât și la bărbați;
- Ajută la stimularea diurezei și combaterea infecțiilor și inflamațiilor tractului urinar;
- Contribuie la combaterea litiazei urinare;
- Protejează celulele hepatice.

PROSTATOSALM

Protector natural al prostatei

- Contribuie la buna funcționare a prostatei;
- Ajută la eliminarea inflamațiilor și infecțiilor prostatice;
- Are efecte benefice în litiaza renală și asupra căilor urinare.

Suplimente alimentare 100% naturale din plante medicinale ayurvedice

Bandeleta urinară – cea mai eficientă soluție pentru tratarea incontinenței urinare

Incontinența urinară de efort (IUE) denumită și incontinență urinară de stress afectează milioane de femei din întreaga lume, fiind cea mai frecventă formă de incontinență urinară în rândul femeilor.

Această afecţiune se manifestă prin pierderea involuntară de urină în situaţii care cresc presiunea asupra musculaturii pelvine – cum ar fi efortul fizic, tusea, strănutul, râsul sau anumite poziţii corporale.

"Incontinenţa urinară de efort nu determină probleme majore de sănătate. Cu toate acestea, afecţiunea este resimţită uneori de către paciente ca fiind o adevărată infirmitate. Persoanele care suferă de incontinenţă urinară evită să mai iasă în public şi se confruntă, deseori, cu iritaţii locale vaginale şi infecţii urinare recurente", a declarat Dr. Simona Filip.

Factorii de risc în cazul incontinenței urinare de stress includ:

- obezitatea
- naşterile pe cale vaginală
- vârsta mai înaintată (50+);
- tusea cronică
- menopauza

Deşi frecvenţa creşte cu vârsta, de obicei incontinenţa urinară nu trebuie considerată un proces fiziologic normal. Persoanele care se confruntă cu această afecţiune trebuie să ştie că există soluţii de tratament eficiente la care pot apela.

Bandeleta urinară – cea mai eficientă soluție de tratament

Incontinenţa urinară de efort poate fi tratată în mai multe moduri (prin tratament medicamentos, antrenament de întărire al muşchilor pelvieni, schimbare a stilului de viaţă), însă, cea mai eficientă soluţie de tratament pe termen lung este tratamentul chirurgical. Bandeleta urinară s-a dovedit a fi tratamentul cu cea mai bună rată de vindecare şi cea mai redusă rată de recidivă în rândul femeilor, peste 85-90% dintre acestea fiind vindecate complet. "Prin intermediul acestei proceduri minim-invazive rezistenţa ţesuturilor locale este refăcută. Susţinerea uretrei este realizată prin intermediul unei bandelete din material sintetic, ancorată transobturator sau retropubian." a declarat, Dr. Simona Filip.

Intervenţia de montare a bandeletei suburetrale se face printr-o tehnică cu complexitate relativ redusă. Bandeleta este introdusă pe sub uretră şi se sprijină pe arcada osoasă a găurii obturatorii prin intermediul unei incizii de 2 cm la nivelul peretelui vaginal anterior, şi a altor două incizii de aproximativ 0.5 cm pe labiile mari. Procedura de fixare a bandeletei se face sub anestezie rahidiană sau generală, iar după intervenţie, inciziile sunt suturate cu fire resorbabile. Operaţia durează aproximativ 15-30 de minute iar spitalizarea pacientelor se face pentru o noapte. Timp de 24 de ore după operaţie, pacienta va avea montată o sondă urinară care îi va fi extrasă la externare.

Avantajele bandeletei urinare:

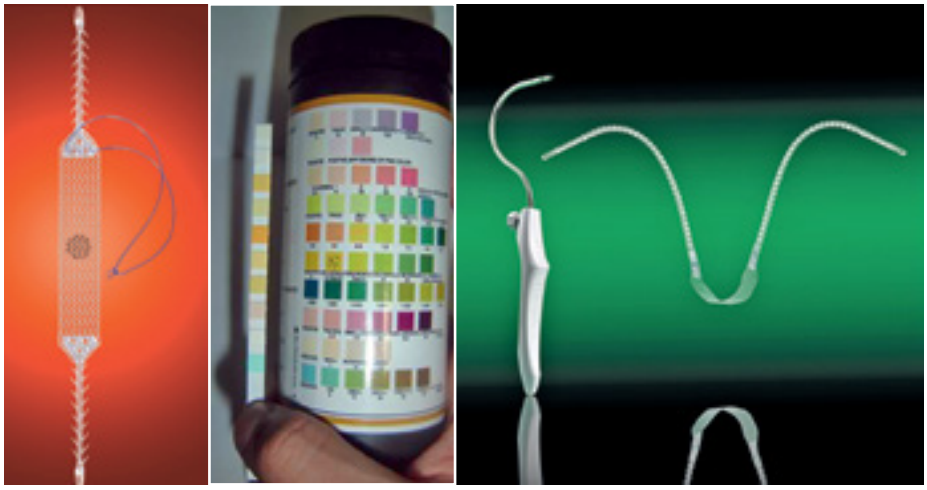
- procedură minim-invazivă (incizie mică pe cale vaginală, fără cicatrici abdominale vizibile)
- intervenţie cu durată scurtă (15-30 de minute)
- anestezie rahidiană
- externare rapidă (în maximum 48 de ore)
- dureri post operatorii minime
- costul bandeletei este compensat integral de către CNAS.

Regimul de viață de după operație

Regimul de viaţă de după operaţie nu implică schimbări majore în viaţa pacientelor. Din punct de vedere alimentar, nu este recomandat un regim special, alimentaţia normală putând fi reluată imediat după operaţie. În schimb, timp de 4-6 săptămâni după intervenţie este recomandat pacientelor să evite:

- eforturile fizice mari
- contactul sexual
- infecţiile urinare/genitale
- răcelile cronice

Dr. Simona Filip,
Specialist ChirurgieGeneală, Delta Hospital.



DANSON oferă APARATE pentru UROLOGIE

R7 –ECOGRAF Doppler Color 3D/4D	**A30 – ECOGRAF DOPLER COLOR 4D/5D**	**R5 - ECOGRAF Doppler Color 2D**
MASA chirurgie medie cod 2074	**MASA uro/gineco/ chirurgie cod 2079-1**	**MASA proctologie cod 2076-1**

Str. Aurel Vlaicu, Nr. 39, Sector 2, Bucuresti
Mobil: 0722 207 608 E-mail: office@danson.ro
www.danson.ro

DANSON

Centre Medicale de Urologie din București

Clinica ExMedica

Str. Dragoș Vodă , nr. 22, sect. 2
Tel: 021-210.84.55 / 021-210.84.42 / 021-210.17.29 / 0756.088.023
Fax: 021-210.84.64

Serviciile medicale urologice oferite de Exmedica :

- consultație medic specialist
- consultație medic primar
- consultație Conf. Dr. Hârza Mihai
- ecografie de tract urinar
- ecografie transrectală a prostatei

Competențe de chirurgie urologică:

- Transplantare renală

- Chirurgie onco-urologică complexă
- Chirurgie vasculară urologică majoră
- Chirurgie reconstructivă aparat urinar
- Endourologie aparat urinar inferior
- Endourologie aparat urinar superior
- Chirurgia litiazei aparatului urinar
- Laparoscopie urologică
- Chirurgie urologică infantilă
- Uro-ginecologie
- ESWL
- Explorări urodinamice
- Andrologie
- Diagnosticul și tratamentul disfuncțiilor erectile
- Imagistică urologică

Preocupările științifice și cele profesionale ale echipei urologice Exmedica sunt materializate în următoarele teme:

- Transplantul renal, recoltarea grefelor renale de la donatorii in moarte cerebrală, protocoale de imunosupresie etc.
- Chirurgia de exereză a cancerului renal inclusiv cu tromboze venoase cavo-atriale
- Chirurgia urologică reconstructivă pentru neoplasmele vezicii urinare cu realizarea neovezicilor de substituție din segment de tub digestiv, anastomozate la uretră
- Endourologia aparatului urinar superior și inferior
- Chirurgia endocrinologică
- Microchirurgia urologică, tratamentul impotenței de cauză vasculogenică prin revascularizări peniene, tratamentul prin chirurgie microscopică al infertilității masculine de cauza obstructivă, autotransplantul testicular etc.
- Angiografia aparatului urinar – diagnostic și tratament
- Tratamentul conservator (nephron sparing surgery) în tumorile renale parenchimatoase
- Tratamentul multimodal al litiazei aparatului urinar (chirurgical, endourologic, extracorporeal și medicamentos)
- Tratament complex (chirurgical, chimioterapic, radioterapic și hormonal) în cancerele testiculare și prostatice.
- Imunoterapia și chimioterapia tumorilor vezicale uroteliale și tumorile uroteliale înalte
- Studii de cercetare și trial-uri terapeutice în cancerul prostatic în stadiul uremic.

Centrul Medical MEDAS

B-dul Corneliu Coposu nr. 2A (în cadrul Unirea Shopping Center, aripa Călărași – demisol)
Call-Center MEDAS: 021.9232

În completarea serviciilor oferite până în prezent prin Centrul de Excelență în Urologie pentru depistarea precoce si tratamentul cancerului de prostată, MEDAS pune la dispoziția pacienților Cabinetul de Chirurgie a penisului și uretrei, pentru diagnostic si evaluare în vederea stabilirii tipului de tratament în următoarele afecțiuni:

- Maladia Peyronie
- Disfuncția erectilă
- Stricturi uretrale
- Hipospadias
- Incontinență urinară

Centrul Medical Bio Terra Med

Bio Terra Med Griviței:
Calea Griviței, nr. 3, sect. 1;
Tel: 021 - 319.85.75 / 021 - 319.65.78 / 0724.262.110;
www.bioterramed.ro.

Bio Terra Med Negulici:

Str. Pictor Ion Negulici, nr. 27, sect. 1;
Tel: 021 - 315.15.93 / 021 - 315.15.96 / 0723.341.001;
www.bioterramed.ro.

Clinicile Polisano

Str. Cuza Vodă nr.53, sect. 4
Bd. Ion Ionescu de la Brad nr.1 A, et.1, sect. 1
Bd. Timișoara nr.26Z, corp C, parter, sect. 6
Tel: 021.9267

Servicii urologie

- aspirația percutanta (cu ac) a vezicii urinare
- cateterism vezical
- circumcizia la bărbat
- cistolitotomie transvezicală
- cistotomia (CISTOSTOMIA)
- cistotomia percutantă

- circumcizie
- dilatarea stricturilor uretrale
- dilatarea uretrală cu bujii
- excizia leziunii tunicii vaginale
- explorarea conținutului scrotal + biopsie
- freneotomie
- hidrocel
- înlocuirea tubului de cistostomie
- înlocuirea tubului de dren pentru nefrostomie
- orhidectomia
- prostata - adenomectomie transvezicală
- nefrectomie
- fimoză
- parafimoză

- Centrul de Dializă Polisano Bistrița
- Centrul de Dializă Polisano București
- Centrul de Dializă Polisano Bucuresti - Sema Parc
- Centrul de Dializă Polisano Mc.Ciuc
- Centrul de Dializp Polisano Odorheiu Secuiesc
- Centrul de Dializă Polisano Roman
- Centrul de Dializa Polisano Sibiu
- Centrul de Dializă Polisano Tg.Jiu

BIO MEDICA

Calea Floreasca 111-113
Tel: (+4021) 311.77.93-96; 031.9101 | +40722.33.83.83

Centrul Medical Mediclass

Str Sfantul Elefterie nr 47-49, Complex Comercial Cotroceni, sect. 5
Tel: 021-4102727 / 021-4120128 / 021-4120129 | 0734100355
servicii medicale
- Adenom de prostată - tratament deschis
- Cistoscopie
- Consult medic primar
- Consult prof. dr.
- Extragere sondă ureterală
- Montare sondă ureterală
- Tratament Fimoză
- Tratament Strictură uretrală
- Tratament Tumoră vezicală
- Tratament Varicocel

Clinica Gral Medical Colentina

Șos. Stefan cel Mare, nr. 19-21,
Telefon: 021-317.83.95, 0730 02.58.18
Fax: 021-317.83.95, 0730 02.58.18
www.gralmedical.ro

Centrul Medical Bio - Medica

Calea Floreasca nr 111-113. București
Telefon: 0402 13.11.77, 0934 02.13.11
Fax: 0402 13.11.77
http://bio-medica.ro/

Spitalul de Urgență prof. Dr. Dimitrie Gerota

Bd. Ferdinand, nr. 50 Bucuresti
Telefon: 021-252.33.34, 021-252.31.10
Fax: 021-252.28.29
http://www.spitalgerota.ro/

Medicover Pipera

Bd. Dimitrie Pompei Nr. 6A
Telefon: 021-232.85.30, 021-310.15.99
http://www.medicover.com/...

Centrul Medical Medicover Unirii

Bd. Mărășești nr. 64-66
Telefon: 021 310.15.99
Fax: 021-335.39.00; 021-335.39.40
http://www.medicover.com/...

Medcenter - Vitan

Str. Brânduşelor nr. 2-4, parter (vis-a-vis Mall Vitan) Bucureşti
Telefon: 021-323.24.17, 031-425.11.84
Fax: 021-323.24.18, 031-425.11.83
http://www.medcenter.ro/...

Centrul Medical de Diagnostic şi Tratament Victor Babeş

Şos. Mihai Bravu nr. 281 Bucureşti
Telefon: 021-317.95.03, 021-317.95.02
http://www.cdt-babes.ro/

Alpha Medical Center

Str. Vlad Judeţu 46 Bucureşti
Telefon: 0751 11.87.77, 0724 97.02.70, 021-326.72.23
http://www.alphamed.ro/

Centrul Medical Hexi Med

B-dul. Octavian Goga Nr. 14, Bl. M61, Sector 3 Bucureşti
Telefon: 021-323.00.34
http://www.heximed.ro

Centrul Medical Romclinic

13 Septembrie (zona Hotel Marriott): 021-410.04.75 / 021-410.04.35
Str. Ardeleni (zona Calea Moşilor): 021-210.40.40 / 021-210.28.45
- Urologie
- Urologie pediatrică

Centre MedLife

Sediu Administrativ - Calea Victoriei Nr. 222, sector 1, Bucureşti
E-mail: office@medlife.ro

Hyperclinica MedLife Băneasa

Şoseaua Bucureşti-Ploieşti, nr 10, Sector 1
Programări – Informaţii: 021.9646
Telefon informaţii: 0371 052 525

Hyperclinica MedLife Favorit

Str. Drumul Taberei, Nr. 24, Sector 6
Programari – Informaţii: 021 9646
Telefon informaţii: 021 440 27 87
Fax: 021 440 27 61

Hyperclinica MedLife Griviţa

Calea Griviţei, Nr. 365, Sector 1
Programări – Informaţii: 021-9646
Telefon contact: 021 209 40 30
Fax: 021-209.40.50/021-209.40.60
E-mail: office@medlife.ro

Hyperclinica MedLife Titan

Str. Liviu Rebreanu, nr 8, Sector 3
Programari – Informaţii: 021 9646
Telefon: 021 34 00 346, 021 34 00 357

Hyperclinica MedLife Unirii

Str. Hans Cristian Andersen, Nr. 1, Sect. 4
Programări – Informaţii: 021 9646
Telefon contact: 0372 185 100

Centre Medsana

Sediu administrativ - Str. Nanu Muscel Nr. 12, Sector 5 – Bucureşti
Tel: (021) 408 78 00
Fax: (021) 402 80 76
E-mail: office@medsana.ro

Clinica Medsana Cotroceni

Adresa: Str. Nanu Muscel Nr. 12, Sector 5
Tel: (021) 9607
Fax: (021) 402 80 76
E-mail: programari@medsana.ro

Clinica Medsana Primăverii

Adresa: Bd. Primăverii Nr. 9, Sector 1
Tel: (021) 9607
e-mail: programari@medsana.ro

Programul clinicilor Medsana:
Luni - Vineri: 07:00 - 21:00
Sambata: 08:00 - 14:00

Programul de recoltari analize medicale in clinicile Medsana este urmatorul:
Luni - Vineri: 07:00 - 18:00
Sambata: 08:00 - 12:00

Sediu administrativ
Adresa: Str. Nanu Muscel Nr. 12, Sector 5
Tel: (021) 408 78 00
Fax: (021) 402 80 76
E-mail: office@medsana.ro
Vezi harta

Centrul Medical Elim

Str. Izvor, nr. 92-96, Forum III, BC,sector 5, Bucureşti
Telefon: 031-432.99.75; 0755.060.992;
Fax: 021.311.00.60
Email: office@cmelim.ro;
www.cmelim.ro;

Centrul Medical EGIPRO MED

Şoseaua Colentina, nr. 23A, bl. 1, sc. 1,et. 1, ap. 2, sect. 2 Bucureşti
Telefon: 031.437.00.82
www.egipromed.ro

Spitalul Militar Central

Str. Mircea Vulcănescu nr. 88, sect. 1
Telefon: 021-319 30 51
Fax: 021 319 30 30
www.scumc.ro
- 4 săli de operaţii, din care 2 cu facilităţi radioscopice
- aparat pentru NLP
- aparatură de electrorezecţie endoscopică ACMI (SUA)
- bloc pentru operaţii clasice
- bloc pentru operaţii endoscopice
- cabinet de radiologie pentru urografii şi cistografii
- departament de radiourologie integrat clinicii
- ecograf de ultimă generaţie cu 3 tipuri de Doppler şi transductor endorectal
- ecograf explorator Siemens Sienna cu toată gama de transductoare, inclusiv transrectal
- ecograf intraoperator Siemens Sonoline
- ecograf performant cu posibilităţi de puncţie renală şi prostatică ecoghidată
- electrocautere
- fluoroscoape cu amplificator de imagine
- gamă completă de instrumente pentru litotriţia de contact (ultra¬sunete, electro-hidraulică, pneumatică, LASER pulsatil), - compatibile cu întreaga gamă de instrumente endourologice (Storz, Olympus, Dornier)
- instrumente rigide şi flexibile (ureteroscoape şi nefroscoape) pentru explorarea întregului aparat urinar (Storz)
- laborator de evaluare urodinamică completă
- linii complete video în toate sălile (Sony)
- litotritor pentru litotriţie extracorporeală ESWL Dornier

- rezectoscoape cu irigație continuă
- sală de operații endoscopice
- săli de cistoscopie cu uretrocistoscop cu lumină rece Olympus
- sisteme de monitoare Sony cu mixer Panasonic
- trusă chirurgie endoscopică joasă și înaltă
- trusă chirurgie laparoscopică
- trusă completă pentru NLP
- trusă chirurgie urologică clasică
- trusă completă de electro-rezecție (Storz, Olympus)
- truse complete nefrolitotomie (Storz)
- truse de uretrotomie optică, litotriție endoscopică (Storz și Olympus)
- uretroscoape

Clinica Laurus Medical

Calea Moșilor nr. 158,et. 2 sect.2
Telefon: 0214077788
Fax: 0214077788
www.proctomed.ro

Clinica URO - ANDRO - MED

Șos. Mihai Bravu, nr. 134, bl. D21, Sect. 2
Telefon: 021 / 252.65.53
Fax: 021 / 252.65.53
www.uroandromed.ro
Programari la telefon 021-252.65.53 sau 0735.530.180

- urologia medicala functionala / uroginecologia / neurourologia / pelviperineologia / sexologia / uroandrologia / patologia /uretrei / reeducarea mictiunii

Spitalul Clinic Fundeni

Șos. Fundeni nr. 258, sector 2.
Telefon: 021-275.07.00 / 021-0275.05.00
Fax: 021-318.04.44

Centrul pentru uronefrologie și transplant renal

Capacitatea și dotarea Clinicii

Centrul de Chirurgie Urologică, Dializa și Transplant Renal este dispus astfel: la etajul I (corpul A II), etajul II (corpurile D1 + E + D2) și etajul IV (corpurile A1, A2, B, C, E, D1 si D2) ale clădirii A din Institutul Clinic Fundeni au o capacitate de 185 de paturi.

Întreg centrul este nou reconstruit și finisat la nivelul anului 2001, prevăzut cu rezerve de 1 și 2 paturi, oferind condiții deosebite de spitalizare (superioare majorității centrelor de specialitate din țările europene occidentale – paturi, mobilier de interior nou, infrastructură modernă).

Sectia I – aflată la etajul II (D1) și IV (A1) are 65 de paturi, Sectia a II-a – de la etajul IV (A2) are 35 de paturi, Secția a IIIa – de la etajul I (A2) are 35 de paturi, Departamentul de Transplant Renal și Dializă – de la etajul II (E + D2) (ce face parte din structura secției I) are 30 de paturi (10 paturi ATI), iar Sectia de ATI proprie – de la etajul IV (E + D1) are 20 de paturi

Unitatea de Transplant Renal și Dializă are în dotare: 2 aparate de dializă (Bellco), 2 aparate de dializă (Baxter) și 6 monitoare (Hewlett-Packard, B-D Electrodyne, Becton Dickinson si Siemens).

Blocul operator ultramodern cu aer condiționat, cu o dotare tehnică completa și de vârf are în compunere:

4 săli de Chirurgie Urologică Deschisă și Transplant Renal

1 sală de Endourologie Joasă (cu 2 mese operatorii)

Unitatea de Fluoroscopie Operatorie (Endourologie înaltă) cu 2 săli operatorii

1 sală de Cistoscopie ambulatorie

Dotarea specifică a blocului operator cuprinde:

4 truse complete de instrumentar complex + 2 linii video pentru operațiile de endourologie înaltă, incluzând 2 litotritoare endoscopice de contact (Störz si Olympus).

6 truse complete + 2 sisteme video pentru operațiile de endourologie joasă (Störz si Olympus).

3 Sisteme radiologice mobile, multifuncționale (Siemens – "Izo C").

Microscop operator pentru operații pediatrice vasculare sau andrologie (infertilitate masculină, impotență organică vasculogenică, revascularizații peniene, autotransplant testicular, etc).

Trusă completă de aparatură + instrumenta și linie video pentru laparoscopie urologică.

Aparate cu argon pentru secțiune și coagulare (intervenții deschise, operații reconstructive, transplant renal, etc).

20 de truse complete de instrumentar chirurgical (inclusiv truse de chirurgie digestivă, vasculară, transplant, etc).

Unitatea de Litotripsie Extracorporeală cu Unde de Șoc (ESWL) dotată cu Litotriptor LITHOSTAR Multiline (Siemens)

Laboratoarele de ecografie (2) sunt dotate cu:

Ecograf Siemens ELEGRA (Siemens) cu transducere de 3,5 și 7 MHz cu posibilitate de examinare Doppler și de puncție biopsie ecoghidată (cu reconstrucție tridimensională).

Ecograf (Brüll & Kjaër) cu 3 sonde (abdominală, uretrală, intra-rectală) și pistol pentru puncție (BiopticGun).

Laboratorul de imunologie și HLA (biologie moleculară) pentru transplant dotat cu Analizor TDX (Abbott) pentru dozarea Ciclosporinei cu toate accesoriile necesare.

Laboratorul de urodinamică, ultramodern, este dotat cu 2 echipamente computerizate de măsurări complexe urodinamice LIBRA MMS+ si DUCT Logic.

Laboratorul de anatomie patologica și imunohistochimie – în curs de dotare.

Laboratorul de informatica are în dotare echipamente ultramoderne pentru prelucrare complexă și proiectare de imagine digitală (preluată din sala de operație), pentru gestionarea bazelor de date de informatică medicală și pentru realizarea comunicărilor și lucrărilor științifice pentru congrese și alte manifestări de specialitate.

Spitalul Clinic de Urologie Prof. Dr. Theodor Burghele

Adresa: Șos. Panduri nr. 20; sect. 5;
Telefon: 021-410.69.10
Fax: 021-411.10.55
Email: thburghele@k.ro
www.burghele.ro/

ARU
ASOCIATIA ROMANA DE UROLOGIE

ROMURO 2013

Centrul de Conferinte si Congrese Romexpo
Bucuresti

15 - 18 MAI 2013

AL XXIX - LEA CONGRES NATIONAL DE UROLOGIE

Probleme cu urinarea datorate adenomului de prostată ?

Prostamol® UNO

Serenoa repens 9-11:1, 320 mg

1 capsulă pe zi timp de cel puțin 3 luni*

- previne creșterea în volum a prostatei[1]
- scade frecvența urinărilor mai ales noaptea[2]
- nu afectează funcția sexuală[2]

Treburi bărbătești, medicament bărbătesc!

www.prostamol.ro

1) Djavan B. et al. World J Urol 2005;23:263-6. 2) Braza J et al. Urologia; 11:6-10 2005

* Prospect Prostamol® uno: Pot trece până la trei luni până la atingerea eficacității complete. Puteți utiliza Prostamol® uno în siguranță chiar pentru mai mulți ani.

Acest medicament se eliberează fără prescripție medicală. Acest material este destinat profesioniștilor în domeniul sănătății. Pentru informații suplimentare vă rugăm consultați RCP al medicamentului.

Berlin Chemie A.Menarini SRL - Floreasca Business Park Corp A, Calea Floreasca 169A, sector 1, București, Tel./Fax: 021 2323432/ 021 2330829. www.berlin-chemie.ro

BERLIN-CHEMIE MENARINI