PlantaMed · ALFASIGMA · BERLIN-CHEMIE MENARINI · BIOTECHNICS · Romania · CD Beauty System · Crisia farm
CYTOGENOMIC MEDICAL LABORATORY · DACORUM · Dermaline Medical Aesthetic Devices · DIAMEDIX Diagnostica www.diamedix.ro · ELTA'90MR More than Technology · LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL
Dr Brown's Natural Flow · ITD ITALTRADE DISTRIBUTION · MagnaPharm One Team. One Solution. · MedAZ · meditrina SOLARTIUM · MEDICAL LOGISTIC MALL · PRISUM
PRIMERA MED TECHNOLOGY · Proton Impex 2000 SRL · RAMIDO STAFF · REOMEDICAL · Stratpharma Switzerland · STORZ KARL STORZ – ENDOSKOPE · TZMO Romania · VAVIAN TRADING

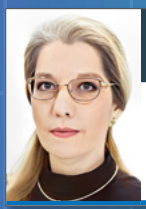
MEDICAL MARKET

Obstetrică Ginecologie

Revista profesioniștilor din Sănătate • 2023 - 2024 • Publicație creditată B+ conform

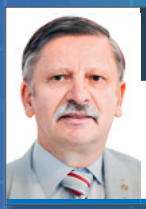
Prof. Univ. Dr. Daniel Mureșan
U.M.F.„Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca, Președinte SOGR

Prof. Univ. Dr. Radu Vlădăreanu
U.M.F.„Carol Davila" București, Președinte SRUOG

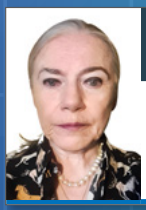


Prof. Univ. Dr. Elvira Brătilă
U.M.F.„Carol Davila" București, Președinte Societatea Română de Uroginecologie

Prof.Univ. Dr. Claudiu Marginean
U.M.F.„George Emil Palade" Tg. Mureș, Co- Președinte SRUOG

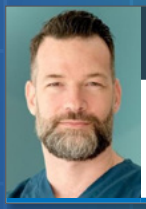


Prof. Univ. Emerit Dr. Mircea Onofriescu
U.M.F.„Gr.T.Popa" Iași, Vice-Președinte SRUOG



Prof. Univ. Manuela Russu
UMF „Carol Davila", București

Prof. Univ. Dr. Ioan Sas
U.M.F.„Victor Babeș" Timișoara



Prof. Univ. Dr. Dominic Iliescu
U.M.F. Craiova, Secretar SOGR

CITOLOGIA ÎN MEDIU LICHID
Noul standard de calitate pentru sănătatea femeii.

Un singur recipient mai multe teste
TESTUL BABES PAPANICOLAU

HPV genotipare
HPV ARNmesager E6/E7
Clamydia trachomatis

Trichomonas vaginallis
Mycoplasma genitalium
Neisseria Gonorrhoeae

O singură recoltare mai multe rezultate.

DIAMEDIX Diagnostica
www.diamedix.ro

HOLOGIC™

AD-GYN-63 GYN 63 3.1 04/2020/A-RO

VITOM® – Alternative Colposcopic Imaging

- 7.5 to 15x magnification
- For use with endoscopic camera systems
- Direct image documentation possible
- Can be expanded for assessment of the endocervix

STORZ
KARL STORZ—ENDOSKOPE
THE DIAMOND STANDARD

KARL STORZ Endoscopia Romania srl, Str. Prof. Dr. Anton Colorian, nr. 74, Sector 4, Bucuresti/Romania
www.karlstorz.com

SKUDEXA® 75 mg/25 mg

Tramadol Hydrochloride + Dexketoprofen

Analgezie multimodală eficace şi reducere rapidă a durerii acute[1, 2, 3, 4]

Analgezic opioid/AINS[5, 6]

Combinație în doză fixă cu administrare orală[5, 6]

Pentru tratamentul pe termen scurt al durerii acute moderate până la severe[5, 6]

Doza recomandată este de 1 comprimat filmat/1 plic cu granule pentru soluție orală

(echivalent la clorhidrat de tramadol 75 mg şi dexketoprofen 25 mg)

până la maxim 3 comprimate / 3 plicuri pe zi

(echivalent la clorhidrat de tramadol 225 mg şi dexketoprofen 75 mg).

Intervalul minim între doze: 8 ore. Skudexa este destinat numai administrării pe termen scurt, nu mai mult de 5 zile.

[1] *Moore RA, McQuay HJ, Tomaszewski J, Raba G, Tutunaru D, Lietuviete N, et al. BMC Anesthesiol. 2016 ian 22; 16:9.*
Studiu multicentric, randomizat, dublu-orb, cu grupuri paralele, controlat placebo si activ, cu doză unică şi doze multiple, de faza III, pe un număr de 606 paciente cu histerectomie totală sau partiala pentru afecțiuni benigne, prezentând dureri de intensitate moderată şi severă (VAS ≥ 40). Pacientele urmau să primească şapte doze consecutive din medicamentul studiului, pe o perioadă de 3 zile. Obiectivul principal de eficacitate îl reprezintă SPID8 (suma diferentelor de intensitate a durerii la 8 h).
[2] *McQuay HJ, Moore RA, Berta A, Gainutdinovs O, Fülesdi B, Porvaneckas N, et al. Br J Anaesth. 2016 feb;116(2):269-76.*
Studiu multicentric, randomizat, dublu-orb, cu grupuri paralele, controlat placebo şi activ, de faza III, cuprinzând o fază cu doză unică şi o fază cu doze multiple. Au fost cuprinşi 641 de pacienți supuşi unor intervenții standard de artroplastie totală de şold primară unilaterală pentru osteoartrită şi care acuzau în repaus dureri de intensitate cel puțin moderată (VAS ≥ 40) în ziua de după intervenție. Medicamentul de studiu a fost administrat pe cale orală, o dată la 8h pe o perioadă de 5 zile. Obiectivul principal de eficacitate îl reprezintă SPID8 (suma diferențelor de intensitate a durerii la 8 h).
[3] *Moore RA, Gay-Escoda C, Figueiredo R, Tóth-Bagi Z, Dietrich T, Milleri S, et al. J Headache Pain. 2015;16:60.*
Studiu multi-centric, randomizat, dublu-orb, cu grupuri paralele, controlat placebo si activ, de faza II, cu un total de 10 grupe de tratament, cu dexketoprofen trometamol (DKP [12,5 mg şi 25 mg]) şi clorhidrat de tramadol (TRAM [37,5 mg şi 75 mg]) administrate sub formă de componente unice şi în patru combinații fixe diferite, un grup martor activ (ibuprofen 400 mg), pe 606 pacienți cu durere moderată şi severă (scala analog vizuală [VAS] ≥ 40 mm şi scala de evaluare verbală cu 4 puncte [VRS] ≥ 2. Obiectivul studiului a fost acela de a evalua eficacitatea analgezică superioară şi tolerabilitatea fiecărui agent unic şi a fiecărei combinații față de placebo.Obiectivul primar a fost reprezentat de proporția pacienților cu cel puțin 50% din reducerea totală maximă a durerii. TOTPAR max. pe un interval de 6 ore după administrarea dozei (≥ 50% TOTPAR max).
[4] *Gay-Escoda C, Hanna M, Montero A, Dietrich T, Milleri S, Giergiel E, et al. BMJ Open. 2019 Feb 19;9(2):e023715. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023715. Studiu de fază IIIb multicentric, randomizat, dublu-orb, controlat placebo şi activ, pe 653 de pacienți sănătoşi cu vârsta de minimum 18 ani programați pentru extracția pe cale chirurgicală a cel puțin unui molar 3 inferior complet sau parțial impactat. Participanților cu durere moderată şi severă [≥4 pe o scară de evaluare numerică (NRS) cu 11 puncte] la patru ore de la intervenție, li s-a administrat oral o doză unică de tramadol/dexketoprofen 75 mg/25 mg (n = 260), tramadol/paracetamol 75 mg/650 mg (n = 262) sau placebo (n = 131). Obiectivul primar l-a constituit TOTPAR6 (reducerea totală a durerii la şase ore de la administrarea dozei).*
[5] *Skudexa®, comprimate filmate, RCP, Mai 2022*
[6] *Skudexa®, granule pentru soluție orală, RCP, Octombrie 2022*

Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF.
Pentru informații suplimentare consultați RCP-ul medicamentului.
Acest material este destinat profesioniştilor din domeniul sănătății.

BERLIN-CHEMIE MENARINI

Berlin-Chemie A. Menarini
Calea Floreasca 169A, Etaj 7, Sector1, Bucureşti
Tel/Fax +4021 232 34 32 / 233 08 26
www.berlin-chemie.ro

RO_SKU-10-2021_V1_Adv
Data pregătirii materialului Oct 2021

SOLUȚIA VERSATILĂ CU AJUSTARE ELECTRICĂ PENTRU EXAMINAREA GINECOLOGICĂ

Medifa 4000 GYN

COMBINAȚIA OPTIMĂ ÎNTRE EFICIENȚĂ, CONFORT ȘI VERSATILITATE

DACORUM
ECHIPAMENTE ȘI INFRASTRUCTURĂ MEDICALĂ
office@dacorumgrup.ro
+40-232-261-950 • +40-723-637-355
Blvd. Chimiei 89, 700361 Iași, Romania
dacorumgrup.ro

medifa
the medical factory
57413 Finnentrop, Germany
+49 (0) 2721 7177 – 0
+49 (0) 2721 7177 – 255
info@medifa.com

Ajustare electrică a spătarului cu până la 50°

Ajustare electrică a înălțimii de la 550 la 900 mm

Ajustare electrică a șezutului cu până la 20°

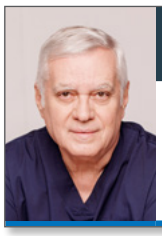
Medifa 4000 GYN este scaunul de examinare ginecologică ce se adaptează pentru confortul optim al pacientului în timpul examinării, dar și pentru eficiența maximă a controlului medicului,dintr-o poziție ergonomică. Tapițeria din piele artificială este ușor de curățat și dezinfectat și oferă pacientului un confort sporit, fiind disponibilă în mai multe nuanțe, iar structura sa durabilă din aluminiu și oțel inoxidabil garantează folosirea acestuia la aceeași performanță înaltă pe termen lung. De asemenea, scaunul este disponibil în trei configurații, cu opțiuni de reglaj manuale, electrice sau mixte, putând fi, totodată, accesorizat într-o varietate mare de modalități, de la suporturi pentru picioarele pacientului la elemente de control, accesorii de depozitare și mobilier adițional.

PROMISIUNEA PENTRU DOCTOR ȘI PACIENT

- Design modern și ergonomic
- Ediție din oțel inoxidabil lustruit de înaltă calitate
- Optim penttru curățare și dezinfectare
- Control din telecomandă și pedale
- Accesibil pentru persoanele cu handicap și persoanele în vârstă
- Memorie pentru 12 poziții și patru conturi de utilizator
- Tapițerie disponibilă în 12 culori
- Tolerează greutăți de până la 200 kg
- Numeroase posibilități de ajustare și accesorizare
- Emisii scăzute de carbon datorită design-ului compact

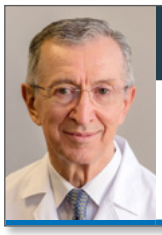
„În acest an SOGR are în plan mai multe activități prin care dorim să creștem calitatea actului medical și să putem oferi pacientelor noastre soluții mai moderne și mai sigure pentru toate aspectele vieții.“ **Interviu realizat cu domnul Prof. Dr. Daniel Mureșan**	8
„Prezența regulată la cabinetul specialistului în obstetrică-ginecologie este esențiala pentru sănătatea mamei și fătului.“ **Interviu cu domnul Prof. Univ. Dr. Radu Vlădăreanu**	12
Inteligenta artificiala – o moașă modernă **Prof. Univ. Dr. Dominic Iliescu**	16
Rolul chirurgiei minim invazive în tratamentul endometriozei profunde **Prof. Dr. Brătilă Elvira, Dr. Andrei Manu**	18
„În ultimii ani, peste tot în lume, diagnosticul a luat-o înaintea posibilităților de terapie“ **Interviu cu prof. univ. dr. Claudiu Mărginean**	22
Screening-ul HPV primar al cancerului de col în România - mai necesar ca oricând **Prof. Univ. Dr. Gheorghe Peltecu Dr. Cezara Diana Mugescu**	26
Evaluarea curbei de învățare în histerectomia robotică **Prof. Univ. Dr. Petre Cornel Brătilă, Dr. Anca Manta, Dr. Alexandra Păun**	30
Diagnosticul adenomiozei - afecțiune frecvent subevaluată. **Prof. Univ. Emerit Dr. Mircea Onofriescu**	38
Controlează efectele refluxului gastroesofagian la gravide	43
Sindromul Lynch în ginecologie	44
Locul colposcopiei în ginecologia modernă **Prof. Univ. Dr. Sas Ioan, Asist. Univ. Dr. Tomescu Larisa**	48
Prezervarea fertilității în cancerele ginecologie **Dr. Marilena Băluță**	52
Ce-i al tău ți-e scris în… gene **Dr. Diana Prepeliță, Dr. Maria Stratan, Dr. Ina Ofelia Focșa, Dr. Danae Stambouli**	53
Abces mamar recurent primitiv non-gestațional prin mycobacterium tuberculosis **Prof. Univ. Manuela Russu, Dr. Cornelius Antonescu, Dr. Adriana Ghelmene, Dr. Daniela Degeratu, Dr. Șef lucrări Șerban Nastasia**	56
Tratamentul cu PRP Plasmogel al cicatricilor postnatale **Dr. Diana Mihai**	60
Aspecte biomedicale ale patologiei de static genital și tratarea lor prin „procedeu Saba Nahedd” **Dr. Saba Nahedd**	64
Screening-ul citomegalovirusului în sarcină - este un instrument util? **Conferentiar Dr. Doru Diculescu**	68

Copierea fără acordul scris al editurii a oricăror elemente de grafică sau conținut editorial apărute în revistele editurii sunt considerate furt de proprietate intelectuală și intră sub incidența legii.



Prof. Univ. Dr. Petre Cornel Brătilă

Medic Primar Obstetrică-Ginecologie



Prof Univ. Dr. Gheorghe Peltecu

U.M.F. „Carol Davila”, București

Conf. Univ. Dr. Doru Diculescu

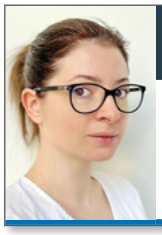
U.M.F. „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

Dr. Marilena Băluță

Medic primar obstetrică-ginecologie

Dr. Saba Nahedd

Medic primar obstetrică-ginecologie



Dr. Cezara Diana Mugescu

Medic rezident obstetrica ginecologie

Consultant medical: Dr. Aurora Bulbuc, medic primar Medicină de familie
Editor
Calea Rahovei, nr. 266-268,
Sector 5, București,
Electromagnetica Business Park,
Corp 01, et. 1, cam. 4
Tel: 021.321.61.23
e-mail: redactie@finwatch.ro
ISSN 2286 - 3443

seni®
www.seni.ro
Lady

Feminitate şi discreţie

Descoperă gama de produse create special pentru femei

Alege varianta care ți se potrivește

ABSORBANTE UROLOGICE

MICRO | MINI | NORMAL | EXTRA

Linia *Slim*

ABSORBANTE UROLOGICE

EXTRA PLUS | SUPER | PLUS

Linia *Clasică*

CHILOT ELASTIC ABSORBANT

MEDIUM / LARGE

Chilot *Elastic*

DISCREET & EFFECTIVE · URO PROTECT · DERMATOLOGICALLY TESTED

- **feminine şi discrete** – se ajustează perfect pe corp, nu foşnesc şi nu sunt vizibile sub articolele de îmbrăcăminte
- **suprafaţă ce permite pielii să respire,** foarte moale şi delicată cu pielea
- **odour control** – proprietate ce reduce mirosul neplăcut
- **senzaţie de uscat** – Sistemul Extra Dry distribuie umezeala pe toată suprafaţa miezului absorbant*
- **gamă completă** – produse potrivite pentru incontinenţa urinară de picătură, uşoară şi medie

Mai multe informaţii pe www.seni.ro și SeniRomania

* Excepție varianta Micro

„În acest an SOGR are în plan mai multe activități prin care dorim să creștem calitatea actului medical și să putem oferi pacientelor noastre soluții mai moderne și mai sigure pentru toate aspectele vieții.“

Interviu realizat cu domnul Prof. Dr. Daniel Mureșan,
președintele Societății Române de Obstetrică și Ginecologie

Stimate domnule profesor, care sunt principalele obiective avute în vedere anul acesta de SOGR prin conferința anuală și prin toate evenimentele conexe ce se vor derula sub egida Organizației dumneavoastră? Avem în vedere și Congresul Național de Medicină Fetală si Neonatologie, programat în luna mai.

În acest an SOGR organizează conferințe pe teme de actualitate care se vor derula numai în format fizic, deoarece în acest mod comunicarea și schimburile de experiențe între toți partenerii implicați este optimă. Prima dintre aceste manifestări va fi Congresul Național de Medicină Fetală și Neonatală care se va desfășura în perioada 11-13 mai la București și care va reuni medici obstetricieni, medici specializați în medicină materno-fetală și neonatologi din țară, precum și personalități științifice din Europa, Israel și SUA. Scopul acestui Congres este de a face cunoscute cele mai noi metode de diagnostic ale patologiilor care pot afecta evoluția sarcinii și a nou-născutului precum si metode moderne de tratament. Congresul va fi precedat de un curs, deasemenea vor exista și sesiuni practice de reanimare neo-natală. Se va mai discuta și pe marginea aspectelor medico-sociale ale diagnosticului prenatal, ale nașterii premature, ale epidemiei de diabet și obezitate precum și al accesului la contracepție pentru adolescente și femei aparținând unor grupuri defavorizate.

Pe măsură ce ne distanțăm de anii pandemiei tabloul se clarifică probabil tot mai mult în ce privește

unele abordări care au făcut mai dificilă relația medic-pacient și au redus adresabilitatea la cabinetele colegilor dumneavoastră de specialitate. Sunt avute în vedere strategii pentru ca o posibilă viitoare criză să fie traversată cu mai puține sincope? Vor exista discuții între Organizația pe care o coordonați și administrațiile de nivel local și national?

Pandemia de Covid a adus disrupții majore în viața noastră și inevitabil a afectat relația medic-pacient. Din fericire, în specialitatea de obstetrică și ginecologie, aceste modificări au fost minime, deoarece activitatea de urmărire a sarcinii, asistența la naștere și asistența nou-născutului nu au fost nici un moment întrerupte. Sigur, au fost reduse, pentru a răspunde riscului epidemiologic pentru mamă și nou-născut, vizitele în spitale ale membrilor familiilor, dar majoritatea acestor restricții au fost deja depășite în mare parte. În această perioadă au existat tot timpul discuții și sincronizări cu Ministerul Sănătății si Direcțiile de Sănătate Publică locale care au permis adaptarea activității noastre la etapa epidemiei. Doresc să menționez implicarea SOGR împreună cu Ministerul Sănătății în campania de vaccinare anti-Covid a gravidelor. Vaccinarea gravidelor a făcut ca formele clinice de Covid la gravide să fie mai ușoare, si să le putem trata mai eficient, cu efecte mai puțin grave asupra mamei și fătului. Din punct de vedere al comunicării medic-pacient situația a fost mai dificilă datorită utilizării mijloacelor de protecție, a timpului mai scurt alocat interacțiunii directe din rațiuni epidemiologice și evident datorită stării de stres atât al pacienților cât si al personalului medical. Pentru a depăși aceste probleme am dezvoltat comunicarea digitala, prin care medicii au informat frecvent familia despre starea mamei si a nou-născutului.

‘’Cel mai puternic argument pentru interdisciplinaritate este chiar faptul că viața nu este împărțită pe discipline’’ spunea J. Moffet, fără să știe cât de potrivită este această cugetare pentru activitatea dedicată sănătății. Cum apreciați că poate fi îmbunătățită colaborarea cu colegii dumneavoastră din alte specialități medicale, de la medicul de familie până la specialistul din imagistica medicală?

În ziua de azi medicina de precizie nu mai este apanajul unei singure specialități și necesită o colaborare între mai multe discipline. Obstetricienii trebuie să dețină cunoștințe din multe domenii conexe: imagistică, genetică, neonatologie, medicină internă, diabet... Pentru cazurile complexe se formează Comisii Prenatale care aduc împreună medici

ABORDAREA INFECȚIILOR DE TRACT URINAR

18+ ANI

Dimineața + Seara

5 zile

Pentru 2 capsule vegetale:

- Extract din fructe de **Afin-american** (Vaccinium macrocarpon) 266,6 mg - din care proantocianidine tip A (PAC) 36 mg
- Extract din vârfuri înflorite de **iarbă neagră** (Calluna vulgaris) 250 mg

Pentru 2 capsule gelatinoase moi:

- Ulei esențial din scoarță de **Scorțișoară** 24 mg
- Ulei esențial din ramuri cu frunze de **Niaouli** 24 mg
- Ulei esențial din vârfuri înflorite de **Rozmarin** 24 mg
- Ulei esențial din vârfuri înflorite de **Cimbru-de-iarnă/Cimbru-de-munte** 24 mg

18+ ANI

Dimineața + Seara

Cu probiotice

Pentru 2 plicuri roșii:

- **D-Manoză** 2000 mg
- Extract din fructe de **Merișor** 263 mg – din care PAC-uri** 36 mg .
- Agent de încărcare: **maltodextrină**
- Tulpini ale bacteriilor benefice 2 miliarde de celule*** incluzând ***Lactobacillus plantarum* LP01** și ***Lactobacillus reuteri* LRE02**

Pentru 1 plic alb în formă de baton:

- Agent de încărcare: **maltodextrină**
- Tulpini ale bacteriilor benefice 2 miliarde de celule*** incluzând ***Lactobacillus plantarum* LP01** și ***Lactobacillus reuteri* LRE02**

**Proantocianidine, exprimate sub formă de proantocianidine de tip A determinate prin metoda DMAC.
***Număr de celule vii măsurate prin citometrie.

Cys-Control Flash și Cys-Control Fort sunt suplimente alimentare. Vă rugăm să citiți prospectul înainte de prescriere.
Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.
Suplimentele alimentare nu înlocuiesc o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos.

MagnaPharm
One Team. One Solution.

MagnaPharm Marketing & Sales ROMANIA SRL
Str. Av. Popișteanu, nr. 54A, Clădirea 2, în incinta Expo Business Park, etaj 7, Sector 1, București, Cod poștal 012095 Tel: +4 0372 502 200, Fax: +4 0372 502 255 | www.magnapharm.eu

MKSLMHC0046/03.2023

din specialitățile implicate pentru a putea alege cea mai bună conduită terapeutică. Este de asemenea foarte importantă colaborarea cu medicii de familie care asigură urmărirea sarcinilor fiziologice și care trebuie să știe când și unde să îndrume gravidele în cazul apariției unei anomalii. Pentru acest scop SOGR și societățile care o compun organizează anual conferințe și cursuri de formare interdisciplinare. Ghidurile pe care SOGR le realizează sunt de asemenea concepute împreună cu colegii din specialitățile implicate.

Semnalele din mai multe țări membre UE în ce privește reducerea alarmantă a fertilitatii par să fi fost recepționate și de autoritățile române. Va avea în vedere actuala conducere SOGR o ajustare periodică a Ghidului de bune practici în infertilitate lansat acum 3 ani? Programul Național de Fertilizare in Vitro și Embriotransfer are nevoie de un feed-back permanent din partea colegilor dumneavoastră de specialitate și nu putem decât spera că factorii responsabili vor ține cont de acesta.

Scăderea natalității în țările dezvoltate are cauze complexe: medicale, sociale și economice. Ghidul de bune practici în infertilitate vine atât cu metode moderne și eficiente de tratare a infertilității dar, poate la fel de important , vine cu recomandări privind un stil de viață sănătos pentru cuplurile tinere. Acestea au nevoie și de ajutorul nostru pentru a evita pe cât posibil situațiile dificile din punct de vedere medical, emoțional și economic. Lansarea Programelor naționale de fertilizare in vitro și embriotransfer va permite multor cupluri infertile să beneficieze de aceste tratamente complexe și scumpe. Considerăm că este la fel de importantă crearea unui Registru National în care aceste proceduri să fie raportate, atât de către unitățile de stat cât și de cele private, pentru a avea o imagine clară a tehnicilor folosite și a rezultatelor obținute.

Creșterea incidenței de cancer de col uterin, a ratei decesului neonatal și decesului matern fac necesare adevărate campanii de conștientizare atât în rândul colegilor dumneavoastră medici cât și al publicului larg. Aveți în vedere astfel de campanii, capabile să sporească adresabilitatea la cabinetele specialiștilor de obstetrică-ginecologie?

Campaniile de conștientizare privind detecția în stadii precoce a cancerului de col uterin si a cancerului de sân au o derulare permanentă, mai ales că încep să se implementeze programe regionale și naționale de screening. Aceste campanii de comunicare au loc prin intermediul personalului medical, prin intermediul mass media clasice și prin canalele social media pentru a ajunge la cât mai multe femei. Un rol deosebit îl au și aici medicii de familie care cunosc pacienții și cărora, cu ocazia vizitelor periodice, le pot face recomandări atât pentru participarea la campaniile de depistare cât și pentru vaccinarea anti HPV a adolescentelor.

Decesul matern si neonatal reprezintă complicații majore ale practicii obstetricale și neonatale. Pentru a le preveni am implementat strategii de recunoaștere precoce a situațiilor cu potențial de evoluție nefavorabilă și de trimitere rapidă a lor către maternitățile de nivel III. Atât maternitățile cât și secțiile de neonatologie sunt dotate cu aparatură performantă iar noi ne ocupăm de perfecționarea profesională a medicilor și asistentelor prin participarea la cursuri și congrese.

Ca o continuare a ideii precedente, credeți că ar fi necesară o suplimentare a programelor naționale de sănătate, care să asigure fonduri capabile să mute și mai mult centrul de greutate al activității dumneavoastră în direcția prevenției?

Sigur, metodele de prevenție sunt întotdeauna preferabile. Primul pas trebuie să fie reprezentat de educația pentru sănătatea reproductivă, care trebuie începută din școală. De asemenea, activitatea de prevenție efectuată de medicii de familie este foarte eficientă și aici poate ar fi locul unei finanțări suplimentare. Considerăm importantă și revigorarea cabinetelor de planificare familială și contracepție, cărora să li se aloce fonduri suplimentare destinate unei activități educative adresate atât populației în general cât mai ales adolescentelor și femeilor din grupurile vulnerabile. Ideal, programele de sănătate existente trebuie să fie permanent funcționale și să cuprindă toată populația feminină. Un exemplu de program revigorat este cel de vaccinare anti HPV a adolescentelor, pentru prevenția cancerului de col uterin. Acesta a avut un debut dificil, dar a ajuns azi în urma unei campanii de informare eficientă să țină greu pasul cu cererea de vaccinare.

Vă rugăm să încheiați cu câteva cuvinte adresate direct tuturor membrilor SOGR, care vor participa la viitoarele acțiuni organizate de Societatea pe care o coordonați.

În acest an SOGR are în plan mai multe activități prin care dorim să creștem calitatea actului medical și să putem oferi pacientelor noastre soluții mai moderne și mai sigure pentru toate aspectele vieții. Astfel, organizăm Congresul de Medicină Fetală și Neonatală în mai, organizăm în luna iunie Congresul de HPV și de Endometrioză (o patologie frecventă, incomplet cunoscută și incomplet tratată) și în luna septembrie se va derula Congresul de Ultrasonografie în Obstetrică și Ginecologie.

Pentru rezidenți organizăm în luna iulie a doua ediție a școlii de vară, în care avem pregătite activități bogate: cursuri, programe de hands-on, ateliere de simulare în histeroscopie și FIV.

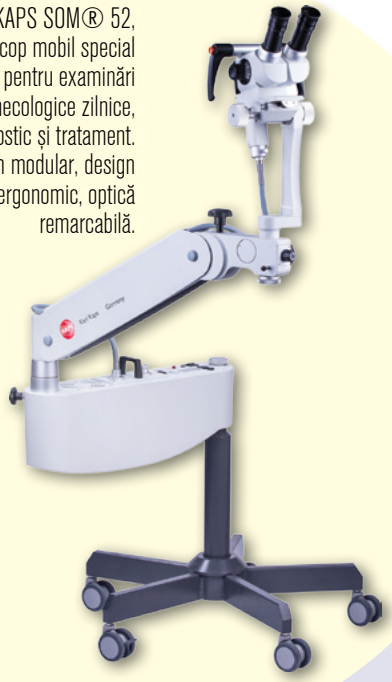
Îi îndemn pe colegii mei să urmărească site-ul SOGR – www.sogr.ro – prin care ținem permanent legătura între membrii societății și unde avem postate toate aceste activități, precum și cele mai interesante activități internaționale de profil.

Îi invit pe colegii din țară să participe la cât mai multe dintre activitățile organizate. Acestea ne ofera, pe lângă bucuria de a ne întâlni periodic, oportunitatea de a schimba experiențe și de a învăța unii de la alții, pentru ca în final să putem oferi pacientelor noastre cele mai bune și mai moderne îngrijiri medicale.

TEHNOLOGIE MEDICALĂ PENTRU VIITOR
SERVICE ECHIPAMENTE MEDICALE

PRIMERA MED TECHNOLOGY

KAPS SOM® 52, colposcop mobil special adaptat pentru examinări ginecologice zilnice, diagnostic și tratament. Sistem modular, design ergonomic, optică remarcabilă.



Scaun ginecologic FG-04 cu acționare electrică, fabricat din materiale care au proprietăți antimicrobiene / antibacteriene. Gama largă de accesorii permite utilizatorului să configureze versiunea optimă a scaunului.

Sistemul GyneLase™ cu tehnologie CO2 cu laser. Această platformă revoluționară combină puterea fototermică a laserului unic CO2 cu delicatețea necesară într-o zonă atât de sensibilă cum este cea interioară a vaginului. GyneLase™ este o soluție eficientă fără riscuri sau efecte secundare care îmbunătățesc calitatea vieții femeilor în care sarcina, nașterea sau menopauza și-au lăsat urme.

Lampa de examinare telescopică Astralite® HD-LED, stand mobil cu înălțime reglabilă,cu două opțiuni disponibile pentru intensitatea luminii: 70.000 Lux și 100.000 Lux.

FREYA, combinația uimitoare dintre patul de maternitate și patul ATI. Multi-funcțional și ușor de utilizat. Variante multiple de poziționare, comfortabile, sigure și eficiente.

DISTRIBUITOR EXCLUSIV

care of sweden · entermed · Brandon Medical · FAMED Żywiec · FreMon Scientific · NIHON KOHDEN

Mioveni-Argeș • Tel: +40 348 451 038 • E-mail: office@primeramed.ro • Web: www.primeramed.ro

„Prezența regulată la cabinetul specialistului în obstetrică-ginecologie este esențială pentru sănătatea mamei și fătului."

Interviu realizat cu domnul Prof. Univ. Dr. Radu Vlădăreanu, Președinte al Societății Române de Ultrasonografie în Obstetrică și Ginecologie, al Societății Române de Human Papilloma Virus, al Asociației de Reproducere Umană din România și al Societății de Endometrioză și Infertilitate Est-Europeană.

Stimate domnule profesor, Societatea Română de Ultrasonografie în Obstetrică și Ginecologie este în prima linie când vine vorba despre diagnosticarea timpurie a afecțiunilor specifice. Cât depinde de medici și cât de sistemul medical o reușită la acest capitol important?

Colegii specialiști fac tot ce depinde de ei. Când au o pacientă în față isi iau toate măsurile necesare si investighează preventiv pentru patologiile cele mai frecvente, cum ar fi cancerul de col uterin. Fac investigațiile care se impun, fără abatere, fac ecografie pentru cancerul de ovar sau de endometru și sigur, dacă nu sunt specializați pe sân trimit pacientele la un consult senologic. Problema este alta și nu ține de medic ci de paciente. Cele care se adresează specialistului pentru controale periodice beneficiază de profilaxia necesara. Cele care evită prezenta regulată la cabinet se expun pericolului unui diagnostic tardiv, cu toate consecințele care decurg de aici. Întrucât medicul nu poate trage de mânecă pacienta la cabinet, statului ii revine misiunea de a crește adresabilitatea către specialiști prin programe de sănătate gratuite și prin acțiuni de informare și educare a publicului privind importanța prevenției. În ce măsură statul ar putea face mai mult...aceasta este o întrebare pentru cei care organizeaza și coordonează activitățile de sănătate publică la nivel guvernamental și în teritoriu.

Care sunt ultimele noutăți din partea Societății Române de Ultrasonografie în Obstetrică și Ginecologie pe care o prezidați?

Reușim să facem congresul național al Societatii an de an, suntem la a 11-a ediție anul acesta și noutățile vin din experiențele pe care sute de ginecologi care practica ultrasonografia le împărtășesc cu colegii lor. Este clar astăzi că nu mai poți fi specialist în obstetrică-ginecologie fără să știi ecografie. Sondele sunt o prelungire a mâinilor și ochilor noștri iar experiența colegilor mei a crescut exponențial în cei 10 ani de când am început manifestările. Putem spune cu mândrie că marea majoritate a colegilor noștri s-a perfecționat considerabil atât în ce privește modul cum evaluează gravida dar și fătul, pentru ca tot vorbeam despre prevenție și diagnosticare timpurie. Este remarcabil modul în care se depistează astăzi și cele mai mici anomalii ale fătului, fapt ce ne permite

MedAZ

Consumabile Medicale de la A la Z

WWW.MEDAZ.RO | 0726.706.309

CONSUMABILE GINECOLOGICE

CONSUMABILE LABORATOR

CONSUMABILE GENERALE

CONSUMABILE CHIRURGICALE

CONTROLUL SĂNĂTĂȚII

PRODUSE DEZINFECȚIE

MOBILIER MEDICAL

PRODUSE CURĂȚENIE ȘI IGIENĂ

Un act medical de cea mai bună calitate este dependent şi de aparatura şi consumabilele medicale utilizate. De aceea, la MedAZ vă punem la dispoziție o ofertă generoasă de produse şi consumabile medicale de cea mai bună calitate. Suntem o firmă de distribuție consumabile medicale şi de laborator cu experiență. Echipa noastră vă oferă tot suportul necesar pentru achiziționarea produselor de care aveți nevoie. Vă punem la dispoziție servicii sigure, eficiente şi complete, pentru a susține eficiența şi calitatea actului medical.
Asigurăm calitatea şi diversitatea produselor, prețuri accesibile şi oferte avantajoase.
Suntem atenți la nevoile şi la dorințele tale şi venim în sprijinul actului medical cu o gamă variată de produse şi consumabile medicale de calitate excepțională. Răspundem cu promptitudine şi eficiență solicitărilor dumneavoastră şi vă oferim cele mai bune soluții pentru reuşita în activitatea desfăşurată.
La MedAZ – consumabile medicale de la A la Z, găsiți, aşa cum sugerează şi numele, consumabile medicale de la A la Z. Fie că vorbim de dezinfectanți, mânuşi examinare latex, plasturi, fire sutură, produse chirurgicale, măşti de protecție, halate medicale, recipiente pentru prelevarea şi depozitarea probelor biologice, seringi, ace sau branule, aici găsiți soluția integrată. Dispunem de consumabile medicale pentru orice fel de spațiu, domeniu medical.
Asigurăm promptitudine în preluarea comenzilor, tot suportul de care ai nevoie la alegerea produselor şi realizarea comenzii, disponibilitatea produselor, seriozitate şi profesionalism.
Vă invităm să consultați portofoliul nostru de produse pentru a vă convinge de calitatea şi diversitatea produselor noastre şi vă aşteptăm cu drag comenzile.

Contact:
www.medaz.ro
office@medaz.ro
0771 449 961

să luăm măsuri pentru a diminua riscurile atât în perioada sarcinii cât și la naștere. Dar iarăși, prima condiție a succesului este să vină gravida către medic în mod regulat. Veriga slabă rămâne adresabilitatea către medicul de familie și apoi specialist pentru investigații, chiar dacă serviciile medicale sunt oferite gratuit pe toată perioada sarcinii. Aceasta este problema cea mai spinoasa.

Există dialog și colaborare între medicii de familie și specialistii în obstetrică-ginecologie pentru a încuraja prezența gravidelor la controale regulate?

Există și dorintă de colaborare și dialog de câte ori este solicitat, dar una este ce vorbim la nivel de asociații și alta ce se întâmplă efectiv în orășelul nu știu care, sau la nivel de comună. Este mare diferență între teorie și practică.

Care este situatia la zi în ce privește promovarea măsurilor de reducere a infecției cu HPV în România? Există statistici privind incidența HPV la nivel național?

Din păcate singurele statistici existente și la care ne putem raporta nu au în vedere incidența răspândirii virusului (ar fi greu, imposibil de făcut o asemenea statistică fără un screening al întregii populații) ci balanța vaccinării împotriva HPV. Se poate analiza, să spunem, balanța vaccinării anti-HPV, știm cu cât a crescut vaccinarea în ultima perioadă. Și aici problema principală este creată de o adresabilitate scăzută la cabinete pentru aceasta imunizare și mai puțin de sistemul medical care este tot mai pregatit să ofere serviciile necesare. Putem spune că în ultimii doi ani a crescut semnificativ numărul persoanelor care au primit vaccinul, dar asta daca ne raportăm la trecut si nu la nevoile prezentului. Cu alte cuvinte, sunt mai mulți vaccinați azi față de numărul redus al celor care erau deja imunizați, dar comparativ cu necesarul real mai sunt multe de facut. Statul a achiziționat un număr tot mai mare de doze anti-HPV dar nu pot spune cu precizie cât de accesibile sunt acestea publicului larg, având în vedere birocrația de la noi. Stiu că era necesară o solicitare de la medicul de familie care făcea o adresă către DSP-ul din teritoriu, care la rândul ei trebuia să facă o solicitare către Minister pentru un număr de doze... cum spuneam multă bataie de cap. Am înțeles că procedurile s-au simplificat în ultima perioadă și vaccinurile au devenit mai disponibile, pot fi achiziționate chiar de la farmacie în baza unei rețete compensate. Dar accesibilitatea e una, adresabilitatea la cabinete e alta. Și aici este nevoie de o informare susținută, care să atragă atenția atât părinților cât și tinerilor despre necesitatea unei imunizari. Trebuie gândite o serie de campanii la nivel național care să explice de ce atât fetele cât și băieții au nevoie de această imunizare, cu prezentarea clară a beneficiilor vaccinării și a riscurilor presupuse de infectarea cu HPV.

În ce privește Societatea Română de HPV, noi am demarat în toamna trecută o amplă campanie (ce continuă și în această primăvară) de conștientizare privind necesitatea vaccinării anti-HPV. Am fost în mai multe județe din Moldova care nu au beneficiat niciodată de asemena traininguri și am discutat cu medici de familie, prin intermediul DSP-urilor locale, despre necesitatea unei acțiuni de imunizare, în special a tinerilor. Aceste întâlniri cu medicii de familie au avut loc în orașe cheie din acele județe, nu neapărat cele mai mari și au fost foarte bine primite. Cam asta poate să facă Societatea noastră prin întâlniri directe. Pentru relația cu parinții avem în vedere crearea în scurta vreme a unui site care să aducă toate aceste idei în atenția publicului larg, nu numai a colegilor medici.

Specialiști din Germania, Franța și alte state europene au anunțat cu îngrijorare o scădere semnificativă a natalității în ultimii ani. Se alătură acestor avertismente și Societatea Română de Reproducere Umană?

Da, și la noi sunt tot mai multe nașteri obținute prin fertilizare în vitro. După cum știm acest programul al Ministerului Familiei reprezintă un adevarat succes, pentru că sunt foarte multe înscrieri. Sigur că nu merge foarte repede, dar așteptăm voucherele necesare astfel încat cuplurile să vină către clinicile unde s-au înscris pentru a începe procedurile. Important este ca această opțiune a devenit mult mai accesibilă. Tot mai multe cupluri, cărora poate acum un an-doi nici nu le trecea prin cap să facă asta, sunt foarte deschise la aceasta varianta medicala. Sigur, contribuie aici și sumele pe care statul le investește în această procedură.

Se poate vorbi despre o situație îngrijorătoare în ce privește fertilitatea și reproducerea umană în România?

Este o situație îngrijorătoare pentru România atât scăderea natalității cât și creștea mortalității neonatale și mortalității materne... mai ales cea din urmă care a crescut cu 60% în anii de pandemie. Am în vedere atât cazuri asociate bolii Covid cât și pe cele care au apărut în urma restricționării accesului la servicii spitalicești pe fondul pandemiei.

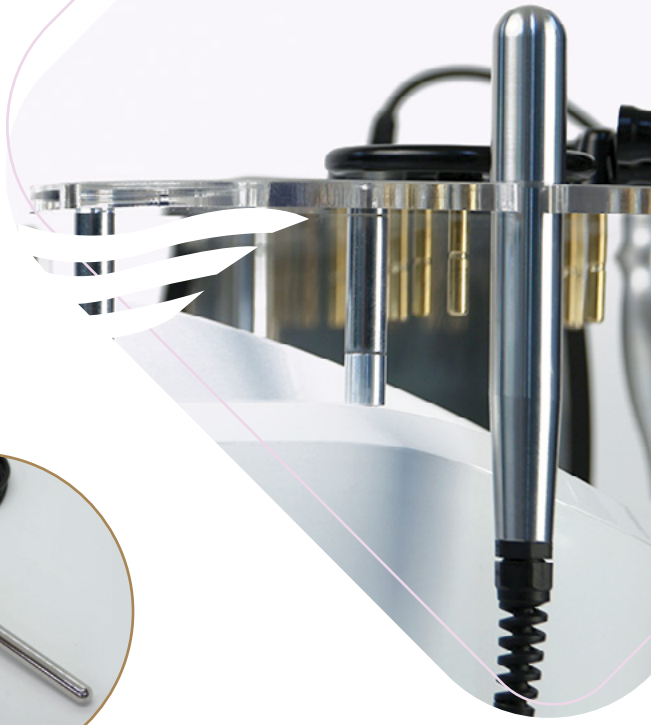
Ca profesor și specialist care ar fi recomandarea dumneavoastră între nașterea naturală și cea prin cezariană?

Conform tuturor studiilor și părerilor specialiștilor din lume nașterea naturală este de preferat. Trebuie să înțelegem, pe de altă parte, că opțiunea pentru o naștere prin cezariană este un fenomen cultural si social la nivel global, iar România nu este în afara acestui fenomen. În întreaga lume a crescut semnificativ numărul nașterilor prin cezariană . Puține țări se mențin cu o rată mică de nasteri prin cezariană iar România , din păcate, este cu o rată foarte mare. Ce pot să vă spun este că mamele solicită în proporție de 90% acest tip de naștere și este foarte greu pentru ginecolog să refuze aprioric. De cele mai multe ori nașterea se va defășura în altă clinică în care cezariana nu este refuzată. Sfaturile specialiștilor se îndreaptă către naștere naturală și femeile înteleg, dar „epidemia" de cezariene rămâne semnificativă.

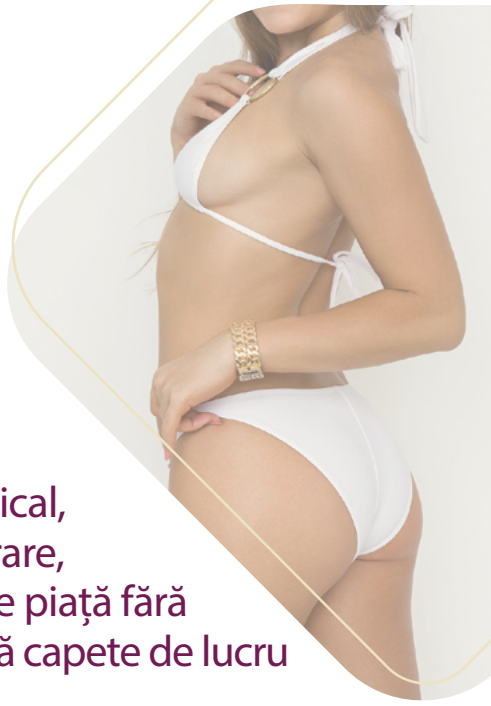
Dermaline
Medical Aesthetic Devices

SINESON

VAGINAL RF



- Îmbunătățește tonusul, lubrifierea vaginului și vulvei
- Tratează incontinența urinară de efort și de stress
- Tratează prolapsul genital incipient
- Ameliorează responsivitatea sexuală



SIGUR & FĂRĂ DURERE

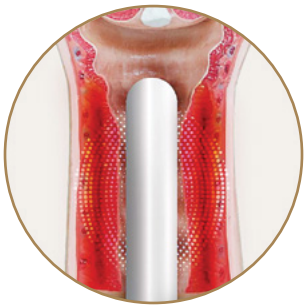
Fără anestezie,
Tratament nechirurgical,
Fără timp de recuperare,
Singurul aparat de pe piață fără consumabile, cu două capete de lucru

Timp de terapie: 20 min

Rezultate vizibile de la prima ședință

Este indicat oricărei paciente și nu este agresiv cu țesuturile

CET
Tratamentul de suprafață

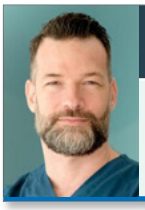


RET
Tratament în profunzime

0771 224 871 sales@dermaline.ro www.dermaline.ro

Inteligența artificială – o moașă modernă

Inteligența artificială (artificial intelligence, AI) este un instrument puternic capabil să ajute pacienți din toate specialitățile, inclusiv domeniile obstetricii, de la preconcepție până la naștere. Practic, AI transformă lumea. Iar medicina nu face excepție, este un domeniu în care AI ar putea ajuta profesioniștii din domeniul sănătății și pacienții acestora, inclusiv în ceea ce privește preconcepția, fertilitatea și sarcina. Pentru obstetricieni și specialiștii în infertilitate, AI poate oferi avantaje considerabile, contribuind la sarcini mai sănătoase, rezultate mai bune și nașteri mai sigure.



Prof. Univ.
Dr. Dominic Iliescu

Medic primar Obstetrica-Ginecologie, UMF Craiova, Facultatea de Medicină

AI, preconcepție și fertilitate

Ce ar putea face AI pentru cineva care vrea să conceapă? AI este deja bine implicată în mai multe domenii de reproducere umană, iar procedurile de reproducere umană asistată nu fac excepție AI poate ajuta la identificarea embrionilor viabili și sănătoși. Un studiu din 2022 publicat în Current Opinion in Obstetrics and Gynecology a afirmat că AI poate fi folosită cu succes pentru a selecta embrionii cu potențial bun de implantare și cu genetică adecvată. De asemenea, AI poate prezice dezvoltarea ulterioară a embrionului și astfel poate fi utilizată pentru creșterea ratei de obținere a sarcinii și a nașterilor cu feți normali.

AI poate fi folosită în diferite moduri în tratamentul infertilității. AI poate fi folosită în modelarea predictivă pentru a analiza datele pacientelor și pentru a prezice probabilitatea de succes pentru diferite tratamente adresate infertilității. Prin analiza imaginilor dezvoltării embrionare, AI ajută la identificarea celor mai buni embrioni pentru implantare, în urma analizei, obținute în cadrul procedurilor de fertilizare in vitro (FIV). AI poate fi folosită cu succes pentru a crea planuri de tratament personalizate, în funcție de caracteristicile individuale și istoricul medical. AI este eficientă pentru a monitoriza efectele tratamentelor de fertilitate. AI îmbunătățește eficiența procesului de investigații prin automatizarea anumitor proceduri, precum programarea consultațiilor sau comandarea de teste. În cercetarea clinică, AI poate fi folosită pentru analiza cuantumului mare de date din studiile clinice în scopul identificării de modele și perspective care ar putea eficientiza tratamentele pentru infertilitate.

Toate aceste aplicații sunt la început și, deși există un număr important de centre care lucrează la aceste aspecte, niciunul dintre ele nu reprezintă încă standard de îngrijire. Totuși, datele obținute sunt încurajatoare cu privire la rolul esențial pe care AI îl va juca în viitorul îngrijirii fertilității.

Călătorind în sarcină cu ajutorul inteligenței artificiale

În pofida progresului în diagnosticul medicinii prenatale, totuși, o mare parte din malformațiile majore rămân nedetectate, iar îngrijirea standard în estimarea rezultatului nașterii se bazează pe monitorizarea clinică „oarbă" a travaliului. Literatura publicată privind utilizarea AI sugerează îmbunătățiri semnificative în aceste domenii.

Împreună cu buna mea prietenă și partener de cercetare, Smaranda Belciug, am cercetat și explorat beneficiile utilizării inteligenței artificiale în monitorizarea sarcinii, travaliului și lehuziei. În monografia „Sarcina cu inteligență artificială: o călătorie de 9 luni și jumătate de la preconcepție la naștere", publicată la prestigioasa editură Springer-Nature, 2022, am ilustrat modul în care datele AI ar putea ajuta furnizorii de asistență medicală într-o varietate de situații, cum ar fi identificarea structurilor anatomice normale ale fătului, semnelor de afecțiuni congenitale, determinarea riscului de naștere prematură sau diagnosticarea caracteristicilor mecanismului travaliului, precum poziția și progresia craniului fetal în canalul de naștere. Am descoperit astfel multe studii și aplicații prin care inteligența artificială poate alerta în timp real furnizorii de asistență medicală dacă sunt detectate semne îngrijorătoare în timpul monitorizării sarcinii și travaliului.

În cursul cercetării noastre din cadrul proiectului PARADISE https://www.paradise-pce.ro/ descoperim pas cu pas cum detecția structurilor fetale poate fi realizată cu succes de rețele neuronale specializate și astfel poate reprezenta un veritabil "second oppinion" care ajută permanent imagistul în timpul scanării. Urmărirea sarcinilor cu inteligență artificială poate ajuta la obținerea unor rezultate superioare evaluării clinice, cu privire la prezicerea riscurilor și la evitarea complicațiilor în timpul travaliului (Abimbola Famuyide, Clinica Mayo. din Rochester, Minnesota). Algoritmul poate funcționa în timp real, ceea ce înseamnă că fiecare introducere de noi date în timpul travaliului recalculează automat riscul nașterii. În cadrul proiectului multinațional intercontinental ISLANDS, centrul din Craiova se numără printre principalii participanți care ajută la dezvoltarea unor metode de AI care să determine automat poziția și progresia craniului fetal în timpul travaliului, în raport cu bazinul matern (https://doi.org/10.1002/uog.23739).

Provocări și beneficii ale utilizării inteligenței artificiale în domeniul sănătății

Inteligența artificială nu va înlocui profesioniștii din domeniul medical. În schimb, medicii și întregul sistem medical ar putea beneficia de îmbunătățirea rezultatelor, reducerea volumului de muncă și reducerea costurilor de asistență medicală.

Există provocări care sunt inerente tuturor tehnicilor noi propuse pentru practica generală, aspect care nu ocolește utilizarea inteligenței artificiale. În general, este dificil pentru medici să accepte schimbări majore în practica lor generală. Implementarea noilor abordări AI poate depăși aceste probleme dacă aceste abordări își vor demonstra superioritatea prin date clare publicate în jurnale semnificative. Pentru astfel de concluzii AI necesită o cantitate mare de date care să ofere rezultatele scontate și să verifice eficacitatea noilor tehnici IT. În plus, pentru ca noile tehnici să funcționeze, ele trebuie implementate cu o pregătire extinsă a furnizorilor de servicii medicale și cu investiții în echipamente și software.

Stratacel este conceput pentru o vindecare mai rapidă și o reducere semnificativă a timpului de recuperare.

Stratacel este cu 50% mai eficient în reducerea timpului de recuperare, cu rezultate vizibile începând cu ziua 2.[1]

ro.stratacel.com

Stratamed este conceput pentru o vindecare mai rapidă și pentru prevenirea precoce a cicatricilor anormale.

Stratamed ajută rănile să se vindece mai repede și ajută la prevenirea infecțiilor.[3,4]

ro.stratamed.com

Strataderm este un gel profesional de terapie a cicatricilor pentru prevenirea și tratarea formării anormale și excesive a acestora.

Strataderm este cel mai de încredere gel de terapie a cicatricilor din Australia.[6]

ro.strataderm.com

Stratamark este dovedit clinic pentru prevenirea și tratamentul vergeturilor.[8,9]

Stratamark poate fi utilizat și în combinație cu alte tratamente pentru vergeturi, inclusiv terapia cu laser, doar cu recomandare medicală.

ro.stratamark.net

Stratacel®

pansament inovator pentru proceduri fracționale

Resurfacing laser corectiv - Față[2]

Dr. Marini, SDC The Skin Doctors Center, Trieste, Italy

Înainte de procedură | Post procedură, începerea tratamentului cu Stratacel | După 9 zile de tratament cu Stratacel

Stratamed®

pansament avansat tip film pentru plăgi

Chirurgie MOHS[5] - Buza superioară

Monoterapie cu Stratamed

Începerea tratamentului cu Stratamed | După 2 luni de tratament cu Stratamed

Strataderm®

gel pentru terapia cicatricilor

Cicatrice hipertrofică liniară după excizia chirurgicală a unui nev[7] - Torace

Vârsta cicatricilor înainte de tratament: 14 luni
Cicatricea din stânga a rămas netratată, cicatricea din dreapta a fost tratată timp de 2 luni.

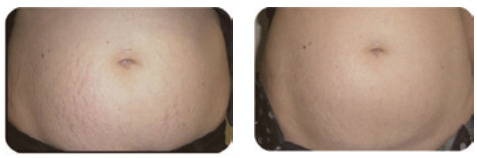
Începerea tratamentului cu Stratamderm | După 2 luni de tratament cu Strataderm

Stratamark®

pentru prevenirea și tratamentul vergeturilor

Stratamark a fost aplicat de la naștere, până la 6 luni post-partum.[8]

Pacientul avea atât antecedente personale, cât și familiale de vergeturi.



2 luni post-partum, 2 luni de tratament cu Stratamark | 6 luni post-partum, 6 luni de tratament cu Stratamark

Atenție: Citiți întotdeauna prospectul, utilizați numai conform instrucțiunilor. Numai pentru uz extern. Nu trebuie aplicat peste alte tratamente pentru piele fără sfatul medicului dumneavoastră. Dacă apare iritația, întrerupeți utilizarea și consultați medicul dumneavoastră. Poate păta hainele dacă nu este complet uscat. În cazul în care apar pete, curățarea chimică ar trebui să fie capabilă să le îndepărteze fără a deteriora țesătura. Pentru o depozitare corectă, vă rugăm să închideți tubul bine cu capacul. A nu se lăsa la îndemâna copiilor. Nu utilizați după data de expirare (EXP) imprimată pe tub. Data de expirare (EXP) nu se modifică odată ce tubul a fost deschis. A se evita contactul cu ochii. Nu este adecvat pentru plăgi umede, foarte exsudative, răni tunelizate sau arsuri de gradul 3. În cazul în care rana dumneavoastră prezintă semne de infecție sau nu se vindecă după 30 de zile, consultați medicul dumneavoastră. Nu necesită metode speciale de eliminare. Vă rugăm să respectați reglementările locale de eliminare la deșeuri a materialelor de ambalare.

Referințe: 1. Gold, M., et al. (2019). J of Cosmetic Dermatology, 18(2), pp. 524-529. 2. Prin amabilitatea lui Leonardo Marini, MD - SDC The Skin Doctors Center Trieste, Italia, 2017. 3. Lucattelli, E., et al. (2021). Annals of Burns and Fire Disasters, 34(1), pp. 53-57. 4. Sandhofer, M., Schauer, P. (2012). SKINmed, 10, S1-S7.
5. Prezentat în cadrul Societății Internaționale de Chirurgie Dermatologică (ISDS) 2015 (primăvară) de Dr. Benedetto, Cartagena (Columbia). 6. Date Iqvia MAT Nov 2021. 7. Date la dosar, 2010 (Studiul Dr. A. Irwin). Stratpharma AG. 8. Malkova, S. (2014). Noua revistă de medicină a UE, 1-4/4, pp. 1-7. 9. Hughes, CD, Hedges, A. (2018). Australasian Journal of Dermatology, 60(1), pp. 78-80.

Fabricat de: Stratpharma AG, Aeschenvorstadt 57, CH-4051 Basel, Elveția
Distribuit în România: Meditrina Pharmaceuticals SRL, Intrarea Măgurice Nouă, nr. 7-7A, Sector 1, Bucuresti, Romania, tel: +4 021 211 71 83

CE Stratacel și Stratamark sunt dispozitive medicale de clasa I, cu marcaj CE pentru Europa, înregistrate TGA și FDA.
Stratacel și Stratamed sunt dispozitive medicale de clasa IIa, cu marcaj CE pentru Europa, înregistrate TGA și FDA.

Urmăriți-ne pe rețelele sociale Stratpharma Romania stratpharma_romania

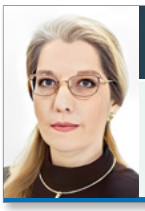
meditrina Stratpharma Switzerland

SD-SM-SC-SK-RO-022-1-0123

Rolul chirurgiei minim invazive în tratamentul endometriozei profunde

The role of minimally invasive surgery in the treatment of deep infiltrating endometriosis

Endometriosis is a very common gynaecological condition associated with chronic pelvic pain and a negative impact on fertility. Surgical treatment of endometriosis is superior to medical treatment in terms of recurrence of symptoms and complete cure of the disease. Laparoscopic or robotic surgery is preferred to the open approach. Total excision of the peritoneal lesions is preffered in order to a complete cure of the endometriosis. Ovarian endometriomas are best treated with excision of the cyst wall rather than ablation. Surgical treatment must be performed within a multidisciplinary team led by a gynecologist who knows this complex surgery. Minimally invasive surgical techniques have a well-established role in the diagnosis and treatment of pain related and infertility related endometriosis.



Prof. Dr. Brătilă Elvira

Spitalul Clinic de OG
„Prof. Dr. Panait Sârbu", UMF
„Carol Davila", Bucuresti

Dr. Andrei Manu

Spitalul Clinic de OG
„Prof. Dr. Panait Sârbu", Bucuresti

Introducere: Femeile din toate grupurile etnice și sociale, predominant de vârstă reproductivă, pot fi afectate de endometrioză. Această boală ginecologică des întâlnită este definită ca prezența țesutului de tip endometrial în afara uterului, care induce o reacție cronică, inflamatorie. Tratamentul optim pentru endometrioză este încă neclar, cu o întârziere în diagnosticarea bolii citată la aproximativ 6,7 ani. Boala afectează între 5 și 15% dintre femeile de vârstă reproductivă, cu prevalență variabilă între populații.[1,2,3] Simptomele endometriozei variază de la lipsa durerii până la durerea pelvină severă debilitantă, cronică, incapacitantă, care afectează negativ calitatea vieții, sănătatea mintală și interacțiunile sociale. Pacienții care suferă de endometrioză raportează o deteriorare a productivității vieții profesionale la o medie de aproximativ 10 ore pe săptămână.[4] Există o corelație slabă între leziunile descoperite în cadrul unei intervenții chirurgicale cu simptomele bolii, care nu sunt direct reprezentative pentru severitatea bolii. O proporție de femei sunt diagnosticate întâmplător în momentul laparoscopiei pentru alte afecțiuni pelvine. Unele femei cu boală minoră sunt suprainvestigate, tratate și chiar supuse unei intervenții chirurgicale, în timp ce o parte dintre femeile cu boală gravă trec neobservate. Cu orice formă de management, recurența durerii și ratele reoperatorii în chirurgia conservatoare sunt mari și adesea subestimate. Experiența și nivelul de calificare al chirurgului operator influențează rezultatul tratamentului.[5,6,7]

O gamă largă de abordări medicale și chirurgicale au fost practicate pentru managementul endometriozei. Tratamentul medical care are ca scop suprimarea ovulației cu agenți hormonali este eficient în reducerea durerii la 80-90% dintre femei; Cu toate acestea, reapariția durerii este frecventă după întreruperea tratamentului. Laparoscopia sau chirurgia robotică este acum considerată alegerea preferată de management pentru endometrioză datorită progreselor în tehnologia chirurgiei minime invazive și limitărilor tratamentului medical.[8] Tehnicile laparoscopice pentru tratamentul endometriozei depind de localizarea leziunilor, de severitatea simptomelor și de scopul tratamentului.

Rolul și avantajele chirurgiei minim invazive

Endometrioamele ovariene pot fi tratate fie prin excizia capsulei chistului, fie prin drenaj și electrocoagularea peretelui chistului. Tratamentul chirurgical al endometrioamelor s-a dovedit a fi superior tratamentului medical și, în comparație cu laparotomia, laparoscopia este metoda de elecție, deoarece s-a demonstrat că este asociată cu spitalizare mai scurtă, recuperare mai rapidă, costuri mai mici și incidență mai scăzută a dezvoltării de noi aderențe.[9,10]

Au fost identificate două RCT (studii randomizate controlate) care compară excizia laparoscopică a peretelui chistului cu drenajul și ablația prin diatermie bipolară. Excizia chistului a fost asociată cu o recurență mai scăzută a endometriomului, scăderea durerii la menstruație, act sexual mai puțin dureros, mai puține dureri pelvine non-menstruale și o rată ulterioară crescută a obținerii unei sarcinii spontane la femeile cunoscute anterior ca fiind infertile.[11]

Excizia laparoscopică extensivă a endometriozei infiltrative profunde este o abordare eficientă pentru a atenua durerea asociată bolii și pentru a ajuta femeile care suferă de infertilitate. Trebuie făcută disecția meticuloasă a țesuturilor și îndepărtarea tuturor leziunilor endometriozice identificabile. Leziunile de endometrioză infiltrativă profundă localizate în zona uterosacrală, zona retrocervicală, zona rectovaginală, compartimentul vezicouterin și vezica urinară, ansa rectosigmoidiană și ileonul terminal trebuie disecate din țesutul normal din jur, păstrând în același timp structuri importante precum ureterul, vasele uterine și nervii pelvini.[12] Într-o revizuire sistematică Cochrane a unor studii randomizate controlate (RCT) pentru a evalua eficacitatea și siguranța intervenției chirurgicale laparoscopice în tratamentul durerii și infertilității asociate cu endometrioza s-au analizat zece RCT cu un total de 973 de pacienți. Chirurgia laparoscopică a fost asociată cu scăderea durerii generale în comparație cu laparoscopia diagnostică, atât la șase luni, cât și la 12 luni. Chirurgia laparoscopică a fost, de asemenea, asociată cu o rată crescută a obținerii unei sarcinii la femeile infertile. Un RCT a arătat că excizia laparoscopică a leziunilor de endometrioză a fost mai eficientă decât placebo (80% față de 32%) în ceea ce privește reducerea durerii și îmbunătățirea calității vieții.[13,14,15,16]

Opțiunile de tratament chirurgical pentru endometrioza profundă colorectală includ shaving intestinal, rezecția discoidă și rezecția colosegmentară a intestinului cu anastomoză mecanică laparoscopică. O revizuire sistematică a concluzionat că rezecția intestinală segmentară pentru endometrioza colorectală a fost urmată de o excelentă ameliorare a durerii pentru primul an după intervenție chirurgicală. Recurența durerii care necesită o altă intervenție chirurgicală a fost raportată la 61 din 314 femei. Rezecția intestinală părea a fi o opțiune acceptabilă pe scară largă. Într-un RCT care a comparat rezecția colorectală asistată laparoscopic cu cea deschisă a arătat faptul că laparoscopia a fost asociată cu o rată mai mare a sarcinii spontane. Ei au raportat

MEDICAL®
LOGISTIC MALL

Echipamente Medicale Specializate
Mobilier & Sisteme de Gaze
Management Spitalicesc

FOTOLIU GINECOLOGIC GYNEX & TABURET SPECIALIST SPECIALIST (EUROCLINIC - Italia)

Eleganță & robustețe

GYNEX – Fotoliu ginecologic pentru examinări și mici intervenții chirurgicale. Acționat cu unul, două sau trei motoare (în funcție de model) pentru reglarea înălțimii și a înclinării secțiunilor.
Ajustarea electrică se face de la panoul cu pedale de pe podea sau prin telecomandă (în funcție de model).
În funcție de configurație, poate dispune de:
• suporturi ginecologice Goepel reglabile și detașabile; • recipient din inox pentru colectare secreții, culisant pe șine; • suport metalic pentru rolă de hârtie; • roți cu sistem de frânare; • posibilitate atașare colposcop; • diverse alte accesorii disponibile.

SPD/A – Taburet specialist
- Structură solidă din oțel, bază de susținere pe cinci picioare cu roți pivotante.
- Inel metalic pentru sprijinirea tălpilor.
- Înălțime reglabilă cu arc pneumatic.
- Spătar cu rotire de 180° și înălțime reglabilă.

Caracteristici set fotoliu & taburet:
- capitonat cu material rezistent la soluții acide și agresiuni mecanice;
- disponibil în 24 de culori mate și 10 metalizate.

Lampă ACEMST1 (ACEM – Italia)

ACEMST1 are un design compact și funcțional. Aceasta are o suprafață netedă, fiind ușor de curățat, dezinfectat și de întreținut.
Lampa este ușor de manevrat, iar cu ajutorul sistemului dublu de echilibrare, odată poziționată, asigură stabilitate și precizie pe toată durata de utilizare. ACEMST1 are o rază mare de rotație și mișcare

Prin panoul de control tactil (sau modul "Gesture Control" disponibil la varianta ACEMST1.3) este posibilă gestionarea tuturor funcțiilor lămpii:
- Pornit / Oprit
- Reglarea intensității luminii (continuă, fără trepte fixe)
- Reglarea temperaturii de culoare (continuă, fără trepte fixe, disponibilă la varianta ACEMST1.3)

Disponibilă cu TEMPERATURA DE CULOARE fixă (4.300K – varianta ACEMST1.1) sau ajustabilă între 3.000 K si 5.500 K.
Intensitate mare: 60.000 lux @ 50cm
Lămpile ACEMST1 sunt disponibile într-o varietate de culori, în configurații cu fixare pe troliu mobil, pe tavan, pe perete, pe birou/masă sau pe șina de accesorii euro-rail.

FOTOLIU GINECOLOGIC SUPREMA (EUROCLINIC - Italia)

Confort & performanță

SUPREMA G-200 este un fotoliu ginecologic profesional destinat utilizării în cabinete sau clinici cu cerințe foarte înalte de performanță și confort, atât pentru pacient cât și pentru medic.
Construcție solidă și stabilă, cu aspect elegant.
4 motoare de putere mare ce operează electric și individual mișcările sus/jos și mișcările pentru secțiunea spate, șezut și picioare, inclusiv poziționarea Trendelenburg (-20°).
Pentru fiecare mișcare a fotoliului, acționarea se face de la pedală (opțional wireless).

Memorarea a 4 poziții, dintre care 3 alese de către utilizator, iar a patra fiind poziția 0.
Mișcările sunt însoțite de semnale acustice.
Dispune de: • suporturi ginecologice anatomice multi-reglabile pentru picioare; • pedală multifuncțională (opțional wireless); • suport pentru montare colposcop; • șine laterale pentru accesorii; • suport metalic pentru rolă de hârtie; recipient din inox pentru colectare secreții, culisant pe șine; • stativ IV.
Capitonat cu material rezistent la soluții acide și agresiuni mecanice. Disponibil într-un număr mare de culori mate și metalizate.

Pat de nașteri cu 4 motoare (OPTIUM – Turcia)

Pat de nașteri cu 3 secțiuni pentru un confort deosebit. Piesele metalice sunt acoperite cu fosfat de zinc și sunt vopsite în câmp electrostatic. Suprafața saltelei este laminată și compactă, în 3 secțiuni ușor de curățat. Patul este dotat cu roți pivotante având diametrul de 125 mm, cu sistem de blocare centralizată și blocare direcțională. Poziția spătarului, suportul pentru picioare și întâlțimea se reglează electronic. De asemenea, pozițiile Trendelenburg se actionează și ele electronic, variind între 0°-12°. Patul este echipat cu 4 motoare puternice, marca Linak. Accesoriile sunt fabricate din oțel inoxidabil pentru prevenirea coroziunii. O dotare importantă o reprezintă bateria de rezervă pentru funcționarea optimă și continuă în caz de întrerupere a curentului. Patul se livrează cu suport separat pentru accesorii. Greutatea maximă suportată este de 250 kg.

București, Str. Giuseppe Garibaldi nr. 8-10 sector 2, 020223
Tel.: +40 314 250226/27
Fax: +40 372 560250
office@medicalmall.ro
www.medicalmall.ro

Timișoara, Str. Martir Cernăianu, nr. 18, jud. Timiș, 300361
Tel.: +40 720 393269
Fax: +40 256 110233
office@medicalmall.ro
www.medicalmall.ro

Iași, Aleea Al. O. Teodoreanu nr. 55A, Bloc 1, Demisol, Iași, 700155
Tel: +40 725 119393
Fax: +40 372 560250
office@medicalmall.ro
www.medicalmall.ro

că laparoscopia a necesitat mai puțină analgezie postoperatorie și este o opțiune sigură cu complicații mai puțin severe.[17,18,19]

Endomedicare Academy

Endomedicare Academy, București, România, coordonat de Prof. Dr. Elvira Brătilă este un centru certificat internațional de EuroEndoCert și European Endometriosis League la cel mai înalt nivel de expertiză în diagnosticul, tratamentul și chirurgia endometriozei, fiind centrul care a pus bazele formei comunității medicale. din România în educarea, ghidarea și managementul terapeutic al pacientului cu endometrioză. Încă de la înființare, din 2017, Endomedicare Academy a propus comunității medicale din România o nouă viziune asupra acestor patologii complexe-endometrioza-ce impune o perspectivă 360 de grad și o abordare pluridisciplinară, care să asigure complementaritatea, integrarea conduitei terapeutice și oferirea de soluții. de tratament personalizate fiecărei pacient care nu se adresează. Ne-am propus schimbarea paradigmelor patologiei, impunând noul standard chirurgical-chirurgia minim invazivă în peste 99% dintre cazurile de endometrioză profund infiltrativă- abordând chirurgia laparoscopică și robotică, tehnologie de ultimă generație pe care doamna profesor a inițiat-o în chirurgia ginecologică din România. Este foarte important ca managementul chirurgical al pacientului să fie realizat corect și complet încă de la prima intervenție chirurgicală, ceea ce am numit: „one-stop-shop surgery"- eradicarea leziunilor de endometrioză într-o singură intervenție, astfel încât pacientul să nu sufere intervenții chirurgicale repetate cu risc mare de recidivă. Endomedicare și-a dedicat activității educației și formării specialiștilor și formării profesionale, integrând programe de mentorat dedicat patologiei, oferind specialiștilor oportunitatea de a se instrui și a comunității dezvoltării abilităților chirurgicale, pornind de la premisa că numai și constant standardității profesionale la nivelul comunității, putem evolua impreună.

Cu o expertiză de peste 650 de intervenții în cazuri complexe de endometrioză profund infiltrativă, centrul nostru a devenit un centru-reper în managementul acestor cazuri care exced zona pelvină, necesitând echipă multidisciplinară, constituind un model de urmat pentru alte centre dedicate endometriozei din România și un suport de Mentorship Advice în intervenții complexe.

Chiar din momentul diagnosticului, un ginecolog format în această supra-specializare are o contribuție esențială, pentru că un diagnostic corect pleacă de la o anamneză corectă și un examen ginecologic completat printr-un mijloc imagistic foarte accesibil și ieftin, ecografia transvaginală, care realizată de un ginecolog specializat și cu training specializat in endometrioză poate aduce date suficiente pentru a inița calea terapeutică optimă. Un studiu publicat de un membru al academiei susține faptul că leziunile de endometrioză profundă sunt identificate mai frecvent preoperator de către specialiștii în endometrioză cu un background substanțial în managementul și terapia afecțiunii, iar un un ginecolog care a fost instruit și are experiență în endometrioza profundă poate identifica leziunile de endometrioză mai precis și mai eficient decât un ginecolog care nu interpretează în general leziunile de endometrioză. Astfel, experiența examinatorului este cel mai important factor de luat în considerare când vine vorba de diagnosticarea endometrioziei profunde. Același studiu arată faptul că în ceea ce privește acuratețea diagnosticului dintre ecografia transvaginală și examen IRM pentru detectarea leziunilor de endometrioză profundă, inclusiv cele care care implică rectosigmoidul, sensibilitatea și specificitatea celor două tehnici sunt fost similare.[20]

Excizia completă și corectă a leziunilor de endometrioză profundă, fie că vorbim de chisturile endometriozice, de leziunilor de endometrioză profundă de la nivel pelvin sau endometrioza vezicii urinare și a intestinului, aduce o îmbunătățire a calității vieții. Acest lucru s-a demonstat și în experiența academiei. Un studiu realizat pe o parte din pacientele operate, publicat de un membru al academiei arată faptul că în urma intervenției chirurgicale, a existat o ameliorare semnificativă a dismenoreei, dispareuniei, durerilor pelvine cronice, durerilor la defecație și durerilor abdominale non-menstruale. S-a observat o îmbunătățire a scorului pentru calitatea vieții evaluat prin chestionarul SF-36 și prin chestionarele GIQLI, KESS și ROMA. Astfel, am înregistrat o îmbunătățire remarcabilă în toate aspectele sănătății mentale și fizice în cadrul pacientelor care au fost supuse unei intervenții chirurgicale în care s-au excizat leziunile de endometrioză profundă și a fost efectuată rezecția rectosigmoidiană cu anastomoză terminoterminală mecanică laparoscopică.[21]

Concluzie: Endometrioza este o afecțiune ginecologică frecventă, caracterizată prin prezența țesutului endometrial ectopic în afara uterului care provoacă dureri pelvine cronice, aderențe pelvine și afectarea fertilității. Poate afecta negativ calitatea vieții celui care suferă și poate provoca depresie și anxietate. Până la 50% dintre femeile care suferă de dureri pelvine au endometrioză. Tratamentul chirurgical al endometriozei este superior tratamentului medical în ceea ce privește reapariția simptomelor și vindecarea completă a bolii. Tratamentul chirurgical definitiv al endometriozei necesită excizia radicală a tuturor leziunilor identificabile. Tratamentul chirurgical trebuie efectuat în cadrul unei echipe multidisciplinare conduse de un medic ginecolog care cunoaște această chirurgie complexă și care să stabilească pe timpi și pași rolul fiecărui membru al echipei. Chirurgul specializat pune în practică un act medical integrator, cunoscând în detaliu anatomia pelvisului, dar și inervația pelvisului, asigurând o chirurgie de excizie corectă și completă a leziunilor de endometrioză, dar cu mare finețe în prezervarea filetelor nervoase și structurilor care asigură sensibilitatea și reflexele normale, chirurgia fiind fină și conservatoare, fără să invalideze pacienta post-chirurgical.

Bibliografie

1. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. Fertil Steril 2011; 96:366e8-373e8
2. Witz CA, Burns WN. Endometriosis and infertility: is there a cause and effect relationship? Gynecol Obstet Invest 2002; 53 (Suppl 1):2–11.
3. Burney R O, Giudice L C (2012) Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. Fertil Steril 98(3): 511-519
4. Fourquet J, Baez L, Figueroa M, et al. Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. Fertil Steril 2011; 96:107-112
5. Wanyonyi SZ, Sequeira E, Mukono SG. Correlation between laparoscopic and histopathologic diagnosis of endometriosis. Int J Gynaecol Obstet 2011; 115:273–276.
6. Vercellini P, Fedele L, Aimi G, et al. Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients. Human Reproduction 2007; 22:266–271.
7. Vercellini P, Crosignani PG, Abbiati A, et al. The effect of surgery for symptomatic endometriosis: the other side of the story. Hum Reprod Update 2009; 15:177–188
8. Kenney N, English J (2007) Surgical management of endometriosis. The Obstetrician & Gynaecologist, 9 (3): 147-152.
9. Farquhar C, Sutton C (1998) The evidence for the management of endometriosis. Curr Opin Obstet Gynecol 10(4): 321-332.
10. Luciano AA, Lowney J, Jacobs SL (1992) Endoscopic treatment of endometriosis-associated infertility. Therapeutic, economic and social benefits. J Reprod Med 37(7): 573-576.
11. Hart RJ, Hickey M,Maouris P, Buckett W (2008) Excisional surgery versus ablative surgery for ovarian endometriomata. Cochrane Database Syst Rev 16(2).
12. Bianchi, P. H. M., Pereira, R. M. A., Zanatta, A., Alegretti, J. R., Motta, E. L. A., & Serafini, P. C. (2009). Extensive Excision of Deep Infiltrative Endometriosis before In Vitro Fertilization Significantly Improves Pregnancy Rates. Journal of Minimally Invasive Gynecology, 16(2), 174–180. doi:10.1016/j.jmig.2008.12.009
13. Duffy JMN, Arambage K, Correa FJS, Olive D, Farquhar C, et al. (2014) Laparoscopic surgery for endometriosis. Cochrane Database Syst Rev 3(4).
14. Wright J, Lotfallah H, Jones K, Lovel (2005) A randomized trial of excision versus ablation for mild endometriosis. Fertility and sterility 83(6): 1830-1836.
15. Healey M, Ang W, Cheng C (2010) Surgical treatment of endometriosis: a prospective randomized double-blinded trial comparing excision and ablation. Fertil Steril 94(7): 2536-2540.
16. Abbott J, Hawe J, Hunter D, Holmes M, Finn P, (2004) Laparoscopic excision of endometriosis: a randomized, placebo-controlled trial. Fertil Steril 82(4): 878-884.
17. Meuleman C, Tomassetti C, D'Hoore A, Van Cleynenbreugel B, Penninckx F, et al. (2011) Surgical treatment of deeply infiltrating endometriosis with colorectal involvement. Hum Reprod Update 17(3): 311-326
18. De Cicco C, Corona R, Schonman R, Mailova K, Ussia A, et al. (2011) Bowel resection for deep endometriosis: a systematic review. An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 118(3): 285-291.
19. Daraï E, Dubernard G, Coutant C, Frey C, Rouzier R, et al. (2010) Randomized trial of laparoscopically assisted versus open colorectal resection for endometriosis: morbidity, symptoms, quality of life, and fertility. Ann Surg 251(6): 1018-1023.
20. Bauşic A, Coroleucă C, Coroleucă C, Comandașu D, Matasariu R, Manu A, Frîncu F, Mehedințu C, Brătilă E. Transvaginal Ultrasound vs. Magnetic Resonance Imaging (MRI) Value in Endometriosis Diagnosis. Diagnostics (Basel). 2022 Jul 21;12(7):1767. doi: 10.3390/diagnostics12071767. PMID: 35885670; PMCID: PMC9315729.
21. Coroleucă CB, Munteanu R, Ihciman A, Răpeanu L, Coroleucă CA, Manu A, Bauşic A, Brătilă E, Vlădăreanu R. Quality of life in patients with deep endometriosis and laparoscopic colorectal resection. Ginecologia.ro. 2021;32(2):30-35.

Dear ladies,

CD Beauty System

"Nature gives you the face you have at twenty. Life shapes the face you have at thirty. But at fifty you get the face you deserve." Coco Chanel

How can we improve the quality of life after menopause?

After the installation of menopause, due to the low level of estrogen, vulvovaginal atrophy is occurring. The new term for vaginal atrophy is *genitourinary syndrome of menopause* or *GSM*, which includes more symptoms such as dyspareunia, dryness, itching/burning, pain, sexual disfunction, dysuria, urinary frequency and urgency. Topical hormonal treatment is considered the gold standard therapy for postmenopausal vaginal symptoms, restoring the epithelial integrity, vaginal flora and improving vulvovaginal atrophy symptoms. However, this treatment is associated with poor compliance due to multiple and inconvenient self-applications and increased vaginal discharge. The prescription of estrogens should be avoided in women with history of breast cancer, estrogen-sensitive tumors and thromboembolism. In these cases, alternative treatment is needed, such as lubricants and moisturizers, but they are not enough to improve the symptoms. In these cases, laser rejuvenation is the treatment of choice.

Why LadyLift? – Because LadyLift can improve the quality of life

It is indicated in vaginal atrophy, wide vagina, stress urinary incontinence, vaginal itching, intimate burning and laxity. According to the particular condition and severity of the patients, different medications and therapies can be used. After a correct assessment of the specialist, the treatment can be topical or with general medication, surgical or cosmetic gynecologic techniques (which include laser, PRP or hyaluronic acid local therapy), on selected cases.

Why Eufoton LadyLift?

- because this laser uses a wavelength with a proper mix between water absorption and tissue penetration without creating ablation; the penetration is reaching the layers of collagen fibres, avoiding the damage of mucosal surface;
- because you can use a handpiece with a larger spot size to increase the penetration;
- because it has a 360-degree emission for faster treatment.

When using in surgical procedures, the Eufoton Lasemar can selectively coagulate tissues at a microscopic level and treat the area sterile, bloodless, reducing the postoperative course.

What are the expectations?

After four laser treatments, you can expect:

- to obtain a vaginal tightening;
- to restore vaginal elasticity;
- to rectify vaginal structures;
- to improve stress urinary incontinence and urgency;
- to improve the sexual intercourse.

My personal clinical experience with LadyLift was very promising.

- In women with installed menopause less than five years, the clinical response appears after the second therapy and four therapy sessions were enough for restoring vaginal wellness.
- In menopause installed more than six years or in breast cancer with induced menopause, the clinical improvement was seen after 4-5 therapy sessions, and there were needed seven sessions at 3-4 weeks interval. This selected cases also needed "adjuvant" therapy with vaginal PRP or hyaluronic acid injection.
- Very good results were obtained in young women after vaginal delivery. In this case, three-session therapy was enough for tightening and also resolved the urinary symptoms.

Dr. Claudia Sai
Infinity Clinic

ladylift®

EUFOTON
medical lasers

www.cdbeauty.ro; Tel.: 0744.674.103

„În ultimii ani, peste tot în lume, diagnosticul a luat-o înaintea posibilităților de terapie"

Interviu realizat cu prof. univ. dr. Claudiu Mărginean, Co-Presedinte SRUOG, UMF Tg. Mureș, Medic primar obstetrică ginecologie, Șef al Clinicii de Obstetrică Ginecologie din cadrul Spitalului Clinic Județean Mureș.

Stimate domnule profesor, care considerați că sunt principalele provocări de anul acesta pentru medicii ginecologi?

Cred că anul acesta trebuie să fie anul revenirii la normalitate. În perioada de după pandemie, după părerea mea, a scăzut încrederea populației în general în spitale, în locurile aglomerate cum ar fi ambulatoriile de specialitate, chiar și spitalele private probabil că au înregistrat un oarecare recul. Astfel, provocarea esențială în acest an, probabil că nu numai pentru ginecologi, ar fi redobândirea încrederii pacienților. Obișnuința controalelor regulate la medic de dinainte de pandemie s-a diluat mult în timpul pandemiei. Diferitele tipuri de controale periodice ar trebui efectuate în continuare – screeningul în cadrul unor programe. Noi aveam mai mult un screening voluntar, iar acesta a scăzut semnificativ în perioada pandemiei, lucru care a dus la o serie de diagnostice tardive. Deci, va trebui din partea noastră, să se facă în cadrul campaniilor de sănătate publică, conștientizarea controalelor periodice, iar acestea ar trebui stimulate.

În calitatea dvs de co-președinte al Congresului Societății de Ultrasonografie în Obstetrică-Ginecologie, vă rog să ne spuneți ce teme mai importante vor fi abordate la ediția din acest an a congresului?

Congresul continuă să fie o tradiție anuală și ne dorim ca să avem un număr mai mare de participanți decât anul trecut. Și acolo am înregistrat un recul al participărilor, atât fizice cât și online, tot din cauza pandemiei, iar anul acesta ar putea fi un reviriment, astfel încât să se revină măcar la participarea pe care am avut-o înainte de pandemie. Pentru aceasta, ne-am propus un program bogat și variat, dorim să aducem nume importante atât din țară cât și din străinătate, ca speakeri invitați. Tematica sperăm să fie stimulantă pentru participanți, mai ales pentru generațiile tinere. În ultima perioadă de timp, în ultimii 5-10 ani, există un interes foarte mare al colegilor tineri de a se axa pe problemele legate de screening, în special cele legate de o ecografie fetală de calitate, sau de o ecografie ginecologică la standardele actuale de calitate.

Anul trecut în luna noiembrie, în cadrul Galei Mureșul Medical 2022 – premiile Zi de Zi ați obținut o distincție, în semn de apreciere a valorii profesionalismului dvs., pentru care vă felicităm. Vă rog să ne spuneți cum reușiți să realizați performanță în cadrul Clinicii de Obstetrică Ginecologie a Spitalului Județean Mureș?

Dotările clinicii s-au obținut prin grija administrației și prin managementul bun în ceea ce privește dotările din ultimii ani. Acestea se realizează prin intermediul spitalului în proporție de 99% și doar 1% din donații. Dar, principalul aport al performanței l-a adus echipa. Pe lângă dotarea materială, colectivul este cel care a adus performanța, prin dorința de a participa la cursuri de formare, de a încerca să-și îmbunătățească cunoștințele. Eu am considerat că acel premiu l-am primit în numele colectivului, la sfârșit de pandemie, deoarece în timpul pandemiei colectivul a încercat să strângă rândurile și să facă performanță, să reușim să nu renunțăm la tot ce ținea de exercitarea meseriei noastre, indiferent de COVID. Consider că premiul l-am primit pentru tot colectivul, pentru activitatea desfășurată în timpul pandemiei.

Ce ne puteți spune despre armonizarea domeniului ultrasonografiei în O-G la standardele europene?

Ultimii ani petrecuți în cadrul SRUOG și ultimii ani petrecuți alături de SROGR mi-au arătat că eforturile depuse de conducerea acestor societăți , eforturile profesorilor,conferențiarilor universitari și a celolalți colegi implicați din țară au fost orientate către editarea unor ghiduri în România, care să reflecte întru totul practica europeană. La ora actuală, avem ghiduri - și ultimele ghiduri a fost conceput în pandemie- legate de monitorizarea și screeningul de sarcină din punct de vedere ecografic , absolut valabile și egale cu cele din Europa. Suntem în permanență cu atenți și informați cu ce se întâmplă la nivelul societăților de profil din Europa și din SUA, încercăm să nu rămânem mai prejos, făcând în permanență un upgrade al protocoalelor și ghidurilor. Deci astăzi, când vorbim, cerințele de standard pentru ecografia fetală reprezintă și în România un standard european.

Aveți o statistică privind frecvența afecțiunilor cardiace fetale depistate prin screeningul fetal?

În această problemă sunt două lucruri importante de spus. Primul este acela că în ultimii ani, peste tot în lume, diagnosticul a luat-o înaintea posibilităților de terapie. În țara noastră, probabil chiar mai mult. Aceasta se întâmplă deoarece pentru diagnostic ai nevoie de mai puține dotări decât ca să faci terapia. Trendul general de diagnostic crește, încă suntem departe de optim. Daca este să ne raportăm la numărul de malformații cardiace din România, aproximativ 10-20% din acestea ajung într-un singur centru, restul, probabil se pierd sau merg spre centre din afara țării, odată ce au fost diagnosticate intrauterin. Pe de altă parte să nu uităm că avem o proporție importantă, probabil 25-50% paciente, care nu au un screening intrauterin și aceasta spune totul despre cum funcționează partea administrativă a medicinii primare.

După ce a fost depistată o asemenea malformație, ce șanse de remediere sunt?

Dupa cunoștințele mele, cred că în România nu se pot trata mai mult de 25% până la 40% din anomaliile cardiace care se pot depista – în cazul în care am avea o depistare ideală. Dar neavând o depistare ideală, probabil că discutăm de un alt procent. La Târgu Mureș sunt câteva sute de cazuri operate pe an, probabil că necesarul ar depăși 1000. Desigur că sunt mai multe malformații cardiace, dar nu toate necesită intervenții chirurgicale neonatale în primul rând.

Va mulțumesc pentru timpul acordat și vă doresc succes în continuare.

Sistem de ultrasonografiere HISENSE HD60 series

-Design elegant și ergonomic

-Morfologie fetală cu până la 7 moduri de redare a imaginilor volumetrice, inclusiv structura osoasă și modul real de redare a pielii.

-Îmbinat cu dopplere performante, face ca sistemele din gama HD60 series să îndeplinească toate necesitățile imagisticii ultrasonografice.

-Imagistica 3D/4D nu numai că îmbunătățește interacțiunea dintre făt și mamă, dar oferă și medicilor un instrument eficient pentru diagnosticarea bolilor fetale prin diferite moduri de redare.

-Auto Obstetrics Measurement - instrument standardizat de măsurare obstetrică. Poate selecta imaginile standard și poate efectua automat diferitele măsurători necesare pentru a monitoriza creșterea și dezvoltarea fătului și poate finaliza măsurarea cu un singur buton, în urma obținerii unei secțiuni transversale standard.

Real skin Mode

Surface Mode

Depth Imaging Mode

Maximum Mode

Proton Impex 2000 SRL

Proton Impex 2000 SRL
63, Trilului Street, 030401 Bucharest;
Tel/Fax: +40.21.224.5281;
E-mail: office@proton.com.ro
Website: http://proton.com.ro
www.imagisticamedicala.ro
www.shimadzumedical.ro

BTL EMSELLA®

RECOGNIZE AND TARGET RIGHT CANDIDATES!

1. AFTER CHILDBIRTH CONDITION

Almost 80% of women after vaginal delivery were unable to properly contract their pelvic floor muscles 1 year after having a baby!* Offer BTL EMSELLA to all your patients after childbirth to prevent incontinence, prolapse or intimate discomfort.

How should you ask?

1) Did you experience urine leakage when carrying a baby or performing physical activity?
2) Do you have a feeling something is falling out of your vagina?
3) Do you have sexual concerns, such as a sensation of looseness in the tone of your vaginal tissue?

2. WOMEN WITH DECREASED INTIMATE SATISFACTION

Up to 63% is the worldwide prevalence of female sexual dysfunction.* Body aging, hormonal changes, multiple childbirths change the quality of all pelvic floor tissues and muscles which play a crucial role during intercourse.

How should you ask?

1) Do you have a lack of arousal?
2) Do you lack the sexual desire?
3) Have you experienced the problem to achieve orgasm?
4) Have you ever experienced pain during intercourse?

3. INCONTINENCE

Did you know that **200 million people suffer from some type of incontinence?*** Who are they?

- Young women typically after childbirth
- Women in pre- and post-menopausal age
- Men after prostatectomy

How should you ask?

1) In the last 3 months, have you leaked urine during some physical activity, such as coughing, sneezing, lifting, or sport?
2) Did you have the urge or the feeling that you needed to empty your bladder, but you could not get to the toilet fast enough?
3) Did you leak urine equally as often with physical activity as with a sense of urgency?

4. ORGAN PROLAPSE

Pelvic floor muscles support the pelvic floor organs. Their weakness negatively contributes to loss of vaginal or uterine support. Did you know that these symptoms are seen in up to **76% of women presenting for routine gynecology care?*** Who are they?

- Women in pre- and post-menopausal age
- Women after multiple vaginal childbirths

How should you ask?

1) Do you have a sensation of heaviness or pulling in your pelvis?
2) Does it feel like you're sitting on a small ball or as if something is falling out of your vagina?
3) Did you experience urine leakage or trouble having a bowel movement?

5. POST-SURGICAL CONDITION

Approximately **600 000 hysterectomies** are performed annually in the United States. Every surgical intervention also affects pelvic floor muscles. Offer to your patients post-surgical care to maintain the strength of pelvic floor muscles.

How should you ask?

1) Do you have a sensation of looseness in the tone of your vaginal tissue?

6. WOMEN UNDERGOING INTRAVAGINAL PROCEDURES

Do you have existing **patients that are undergoing intravaginal RF or laser** treatment? Did you know that these technologies affect mainly collagen, elastin, blood flow but do not address pelvic floor muscles? **Offer an ultimate combo with BTL EMSELLA to boost the clinical outcome!**

This material does not replace training led by authorizing specialist. Always consult user manual before using BTL EMSELLA device. The therapy has to be adjusted according to the patient's condition.

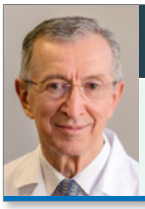
©2023 BTL Group of Companies. All rights reserved. BTL® and BTL EMSELLA® are registered trademarks in the United States of America, the European Union and/or other countries. The products, the methods of manufacture or the use may be subject to one or more U.S. or foreign patents or pending applications. *Data on file.

BTL_Emsella_LF_Right-candidate_RO100
099-74EMSLFRCRO100

Screening-ul HPV primar al cancerului de col în România - mai necesar ca oricând

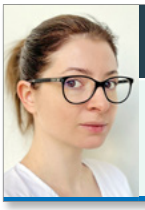
HPV primary screening of cervical cancer in Romania- more necessary than never

Abstract; Cervical cancer is the fourth most common neoplasia among women in the world, with higher incidence and mortality rates in low-income countries. The leading cause of cervical cancer is persitent human papillomavirus (HPV) infection and the progression to invasive lesions can last for 10 to 20 years. Taken this into account, primary prevention by vaccinating feminine population against HPV infection (before starting sexual life) and the replacement of cervical citology as primary screening investigation with HPV DNA testing gains more and more popularity. The corner stone in trying to decrease the incidence and mortality rates of cervical cancer is the development of national screening programs and World Health Organization raises awareness of the urgent need of implementing population' screening with the purpose of reducing cervical cancer mortality world wide by 30% by 2030. Romania has the highest mortality rate caused by cervical cancer in Europe, consequently the need for a national screening promgrame is fundamental.



Prof. Univ.
Dr. Gheorghe Peltecu

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Filantropia



Dr. Cezara
Diana Mugescu

medic rezident obstetrica ginecologie, Spitalul Clinic Filantropia

Introducere

Cancerul colului uterin reprezintă în continuare o problemă de sănătate publică mondială, fiind una dintre principalele afecțiuni responsabile de decesul prematur în rândul femeilor, ocupând locul 4 printre neoplaziile ce afectează pacientele de sex feminin [1,2]. Global, statisticile au arătat o incidență de peste 600.000 de cazuri și peste 340.000 de decese în anul 2020; aproximativ 90% dintre acestea întâlnindu-se în țările subdezvoltate sau în curs de dezvoltare [2,3].

În România, cancerul cervical afectează anual peste 4000 de femei, ocupând astfel locul 1 în Europa, iar rata mortalității depășește de 4 ori media europeană [4].

În peste 95% din cazuri neoplasmul colului uterin este cauzat de infecția persistentă cu virusul HPV. Tulpinile 16 și 18 sunt responsabile de aproximativ 70% din cazuri [2,3]. Evoluția infecției cu virusul papilloma uman poate fi către eliminarea agentului patogen de organismul imunocompetent sau, în cazul infecțiilor persistente, către leziuni preinvazive și ulterior către leziuni invazive, proces care poate dura între 10 și 20 ani [2]. În prezent, cancerul cervical este o patologie ce poate fi prevenită prin identificarea și tratarea în timp util a leziunilor preinvazive [5].

În 2020, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a elaborat o strategie globală de eliminare a cancerului de col uterin din lista problemelor de sănătate publică printr-o serie de măsuri ce trebuie adoptate la nivel mondial până în 2030, cu scopul comun de a minimiza incidența cancerului cervical sub 4 la 100.000. Măsurile stabilite duc la obținerea următoarelor deziderate: vaccinarea a până la 90% din fetele cu vârsta sub 15 ani, efectuarea testelor de screening pe aproximativ 70% dintre femei de 2 ori în intervalul de vârstă 35-45 ani și tratarea a peste 90% din femeile depistate în urma screeningului cu leziuni preinvazive. Toate aceste măsuri vor duce de asemenea și la o scădere cu 30% a mortalității cauzate de cancerul colului uterin [2].

Este de la sine înțeles că Romania are nevoie numaidecât de implementarea unui program național de screening al cancerului de col uterin și de elaborarea unei strategii riguroase în ceea ce privește măsurile de prevenție primară, secundară și terțiară. Prevenția primară se referă la vaccinarea populației de sex feminin și educarea populației cu privire la factorii de risc și comportamentul sexual la risc; prevenția secundară include testele de screening ale leziunilor precanceroase și măsurile terapeutice aplicate în aceste cazuri; prevenția terțiară se referă la tratarea cancerelor invazive în stadii incipiente, scăzând astfel mortalitatea și crescând supraviețuirea și calitatea vietii [2].

Citologia cervicală – de actualitate?

De-a lungul ultimelor decenii, identificarea leziunilor precanceroase de la nivelul colului uterin a fost și este posibilă prin efectuarea examenului citologic cervico-vaginal sau testul Babeș-Papanicolau. Ulterior, testul Babeș-Papanicolau convențional a fost înlocuit de cel în mediu lichid, care presupune introducerea probei după prelevare într-un mediu special. Avantajele citologiei în mediu lichid sunt, printre altele: permite analiza doar a celulelor epiteliale, eliminând celulele inflamatorii, hematice sau reziduurile, facilitând astfel interpretarea rezultatelor de către anatomopatologi, precum și scăderea numărului probelor considerate nesatisfăcătoare de către testul convențional [5].

Luând în considerare faptul că infecția HPV este principala cauză a apariției cancerului cervical, înlocuirea examenului citologic cu genotiparea HPV pentru screeningul leziunilor precursoare neoplaziei este salutară [6]. Mai mult decât atât, introducerea vaccinării în populația feminină face parte, de asemenea, din strategia de prevenție adoptată deja de aproximativ 85 de state [6,7]. Studiile arată o sensibilitate mai mare și o valoare predictivă negativă mai mare a genotipării HPV față de citologia

Hepatect® CP 50 UI/ml

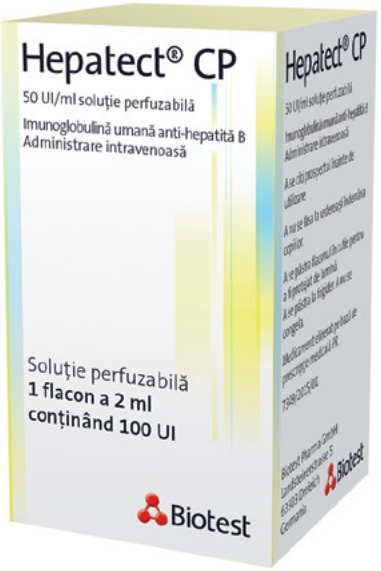
soluție perfuzabilă

Imunoglobulină umană anti-hepatită B

Utilizat pentru prevenirea hepatitei B la nou-născutul a cărui mamă este purtătoare de virus hepatitic B.

Se recomandă administrarea la naştere sau cât mai curând posibil după naştere a 30-100 UI (0,6-2ml)/kg.
Prima doză de vaccin poate fi injectată în aceeaşi zi cu imunoglobulina umană antihepatită B, dar în locuri de administrare diferite.

Studiile clinice au arătat că Hepatect® CP administrat prin perfuzie intravenoasă la nou-născuții ai căror mame sunt purtătoare de virus hepatitic B este bine tolerat, dacă viteza de perfuzare este de 2 ml într-un interval cuprins între 5 şi 15 minute.



Perioada de valabilitate 2 ani.
Precauții speciale pentru păstrare: A se păstra la frigider (2°C-8°C). A nu se congela.
Cutie cu un flacon a 2 ml soluție perfuzabilă.

Pentru mai multe informații vă rugăm să consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului (actualizat în februarie 2020).
Nr. APP: 7349/2015/01, eliberat în 30.01.2015.
DAPP: Biotest Pharma GmbH, Germania

Distribuit în România prin:
Prisum Healthcare SRL, Clădirea Globalworth Square, Str. Gara Herăstrău nr. 6, et.3, sector 2, București, 020334
tel.: 021 322 0171/72, fax: 0213217064, E-mail: office@prisum.ro, www.prisum.ro
Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.
Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală PR.

PRISUM HEALTHCARE
Dedicated to Life. Naturally.

convențională, fiind cu până la 60-70% mai eficient în depistarea leziunilor preinvazive în rândul femeilor cu vârste de peste 30 ani [5,7]. De asemenea, un alt aspect care pledează în favoarea testării ADN-ului HPV este tehnica interpretării rezultatului: aceste teste sunt prelucrate și interpretate într-o manieră automată, excluzând astfel subiectivismul factorului uman (anatomopatologul) [8].

În ceea ce privește cost-eficiența, deși costurile genotipării le depășesc pe cele ale examenelor citologice, detecția tulpinilor HPV compensează prin eficacitate și prin creșterea intervalului de timp dintre testări – 5 ani versus 3 ani în cazul screeningului prin examen Papanicolau [5,9].

După cum am menționat anterior, testarea ADN-ului HPV este o investigație cu sensibilitate mare, însă prezintă specificitate redusă, cu precădere în cazul pacientelor tinere [5]. Așadar, sunt necesare investigații suplimentare în vederea selectării eficiente a pacientelor care vor beneficia de intervenții ulterioare. Astfel, pacientele care prezintă un test HPV pozitiv pentru una dintre tulpini, va efectua și examen citologic cervico-vaginal înainte de a fi direcționată către un serviciu de colposcopie. Acest triaj este necesar pentru a evita colposcopiile nejustificate, precum și intervențiile chirurgicale la nivelul colului uterin în cazul unor infecții pasagere cu tulpini HPV [5]. Între anii 2014-2018 Turcia a demarat un program de screening al leziunilor precursoare cancerului de col uterin la care au participat peste 4 milioane de femei cu vârste cuprinse între 30 și 65 ani [10]. În cadrul acestui program s-au recoltat la o singură vizită atât probe pentru determinarea ADN-ului HPV, cât și probe pentru citologie cervico-vaginală, aceasta din urmă putând fi analizată în cazul triajului pacientelor pozitive pentru tulpini HPV. Pacientele testate pozitiv pentru HPV 16/18 sau cele testate pozitiv pentru oricare dintre tulpinile HPV, dar care prezentau și anomalii ale examenului citologic erau direcționate către colposcopie [7,8,10]. După analiza rezultatelor, autorii studiului au constatat fezabilitatea testării HPV în screeningul leziunilor precanceroase, în special în țările în curs de dezvoltare [8].

Discuții

Screeningul pentru prevenirea bolilor neoplazice, în special a cancerului de col uterin, are o importanță vitală. Marea Britanie a implementat programul național de screening din 1988, având ca rezultat scăderea incidenței cancerului cervical cu 24%, precum și scăderea mortalității de la 8/100.000 la 3/100.000 [5]. De asemenea, Finlanda beneficiază de program de screening încă din anii `60, obținând o scădere a incidenței și a mortalității din cauza cancerului cervical cu aproximativ 80%, ajungând la o rată a mortalității de 1/100.000 [5].

Arbyn și colaboratorii au publicat în 2019 un articol în care au analizat incidența și rata mortalității din cauza neoplasmului cervical la nivel global. Aceștia au observat o incidență semnificativ mai crescută în țările subdezvoltate sau în curs de dezvoltare din cauza lipsei unor programe de screening [6].

Mai multe studii și meta-analize au arătat eficacitatea și superioritatea testării HPV în screeningul primar al leziunilor precanceroase comparativ cu examenul citologic, astfel că mai multe state precum SUA, Australia, Noua Zeelandă, Turcia și câteva țări din Europa de Vest au adoptat deja aceste măsuri în programele de screening [6]. Un alt avantaj major al testării HPV este reprezentat de oportunitatea de autorecoltare, mai exact pacientele au posibilitatea de a-și recolta ele însele proba, fapt ce încurajează participarea în programele de screening a femeilor care ar fi evitat acest lucru din cauza timidității [6].

Concluzii

În prezent, cancerul de col uterin reprezintă în continuare una dintre cauzele principale de mortalitate și morbiditate la nivel global. Una dintre prioritățile actuale ale OMS reprezintă eliminarea cancerului cervical din lista problemelor de sănătate publică la nivel global, prin implementarea unor programe de screening eficiente prin care să se obțină participarea a cel putin 70% din populația feminină, acoperirea prin vaccinare a cel puțin 90% dintre femei și tratarea a peste 90% dintre pacientele depistate cu leziuni precanceroase în urma acestui screening. Toate aceste măsuri având drept scop comun scăderea mortalității prin cancer cervical cu până la 30% până în anul 2030 [2,6].

Ghidurile Europene pentru controlul calității screeningului cancerului cervical publicate în 2008 prezintă principiile pe baza cărora trebuie implementat un astfel de program, și anume: definirea populației țintă (femei cu vârsta cuprinsă între 25 și 65 ani) și a intervalului dintre testari (3-5 ani în cazului utilizării citologiei cervico-vaginale, respectiv 5-7 ani în cazul genotipării HPV); elaborarea unui registru național și stabilirea măsurilor de recrutare a pacientelor; stabilirea și definirea investigației utilizate; existența centrelor specializate de prelucrare a testelor; definirea algoritmilor de management, evaluare și urmărire a impactului programului de screening [5].

În urma efectuării multiplelor studii și meta-analize care au demonstrat superioritatea utilizării genotipării HPV, mai multe țări au adoptat deja testarea HPV ca metodă de screening a leziunilor precursoare cancerului de col. De asemenea, vaccinarea populației feminine câștigă tot mai mult teren în programele de prevenție primară a acestei afecțiuni.

România nu dispune în prezent de un program de screening al cancerului de col, iar necesitatea acestuia este primordială. În acest sens este esențială organizarea și adoptarea măsurilor de preventie primară (educarea și conștientizarea populației cu privire importanța participării la programele de screening, precum și dezvoltarea proiectului de vaccinare), construirea infrastructurii necesare și nu în ultimul rând facilitarea pașilor și sprijinirea pacientelor în vederea participării la programul de screening astfel încât toată populația feminină să poată beneficia de aceste măsuri.

Bibliografie:

1. www.wcrf.org/cancer-trends/cervical-cancer-statistics/
2. www.who.int/publications/i/item/9789290228875
3. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer
4. www.edumedical.ro/10704-2/#:~:text=Romania%20se%20situeaza%20pe%20primul%20loc%20in%20Europa,de%20la%20Institutul%20National%20de%20Sanatate%20Publica%20%28INSP%29.
5. Kyrgiou M, Arbyn M, Bergeron C, Bosch FX, Dillner J, Jit M, Kim J, Poljak M, Nieminen P, Sasieni P, Kesic V, Cuzick J, Gultekin M. Cervical screening: ESGO-EFC position paper of the European Society of Gynaecologic Oncology (ESGO) and the European Federation of Colposcopy (EFC). Br J Cancer. 2020 Aug;123(4):510-517. doi: 10.1038/s41416-020-0920-9
6. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J, Bray F. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. Lancet Glob Health. 2020 Feb;8(2):e191-e203. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30482-6
7. Gultekin M, Karaca MZ, Kucukyildiz I, Dundar S, Keskinkilic B, Turkyilmaz M. Mega Hpv laboratories for cervical cancer control: Challenges and recommendations from a case study of Turkey. Papillomavirus Res. 2019 Jun;7:118-122. doi: 10.1016/j.pvr.2019.03.002
8. Gultekin M, Zayifoglu Karaca M, Kucukyildiz I, Dundar S, Boztas G, Semra Turan H, Hacikamiloglu E, Murtuza K, Keskinkilic B, Sencan I. Initial results of population based cervical cancer screening program using HPV testing in one million Turkish women. Int J Cancer. 2018 May 1;142(9):1952-1958. doi: 10.1002/ijc.31212
9. www.who.int/news/item/06-07-2021-new-recommendations-for-screening-and-treatment-to-prevent-cervical-cancer#:~:text=WHO%E2%80%99s%20global%20strategy%20for%20cervical%20cancer%20elimination%20%E2%80%93,of%20those%20needing%20it%20to%20receive%20appropriate%20treatment.
10. Gultekin M, Dundar S, Keskinkilic B, Turkyilmaz M, Ozgul N, Yuce K, Kara F. How to triage HPV positive cases: Results of four million females. Gynecol Oncol. 2020 Jul;158(1):105-111. doi: 10.1016/j.ygyno.2020.04.698

BioNike
HEALTH AND BEAUTY

Testate pentru Nichel

FĂRĂ

Conservanți, Parfum, Gluten

Pentru sănătatea zonei tale intime.

GYNEXELLE INTI-MOUSSE
Spumă pentru curățarea zonei intime

Tub 150 ml / 5.07 fl. oz.

- Spumă pentru igienă intimă, cu pH acid, potrivită pentru uz zilnic
- Ajută la restabilirea florei bacteriene echilibrate și a pH-ului vaginal.
- pH 4,5

Acid lactobionic, prebiotice, acid lactic, ingredient antimicrobian

GYNEXELLE HYALO-DUO MONODOZE
Gel vaginal împotriva uscăciunii

Cutie cu doze de unică folosință
10 buc x 5 ml/fiecare

- Previne și tratează uscăciunea și atrofia mucoasei vulvar-vaginale.
- Indicat pentru postpartum, menopauză, climacterium, iritație sau stres localizat
- Ameliorează disconfortul cauzat de o slabă lubrifiere intimă

Posologie: 1-2 / săptămână

Acid hialuronic (sare de sodiu), pantenol, acid lactic

GYNEXELLE HYALO-DUO
Gel împotriva uscăciunii vaginale

Tub 50 de ml
10 aplicatoare de unică folosință

- Dispozitiv medical creat pentru a preveni și trata uscăciunea și atrofia mucoasei vulvo-vaginale
- Susține trofismul fiziologic al membranei mucoase și ameliorează disconfortul cauzat de o slabă lubrifiere intimă
- Datorită toleranței și biocompatibilității sale ridicate este potrivit și pentru tratamente prelungite

Pantenol și acid lactic, proteine de Lupinus Albus hidrolizate, agenți de gelificare și stabilizare, sare de sodiu a acidului hialuronic, apă demineralizată

TRIDERM IMMU·GEL
Cremă pentru stimularea imunității locale

Tub – cu aplicator
30 ml / 1.01 fl. oz.

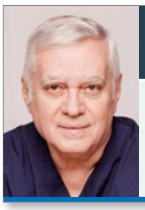
- Prevenția și tratamentul zonelor afectate de **herpes labial, veruci, condiloame, moluscum contagiosum**
- Profilaxia infecțiilor virale recidivante
- După crioterapie, diatermocoagulare (DTC), laser, excizie chirurgicală
- Potrivit și pentru zona perilabială și organele genitale externe
- Eficacitate virucidă împotriva Virusului Herpetic tip 1 și tip 2

Complex POLI-EGCG: combinație de polidatin și galat de epigalocatechină într-un sistem purtător
Combinație brevetată Beta-Glucan/L-Carnozină

Terra Distrimed
Magazin: Strada Viitorului Nr. 180, Sector 2, Bucuresti
www.medicalmagazin.ro • www.bionike.ro • office@bionike.ro • 0744 649 289

Evaluarea curbei de învățare în histerectomia robotică

În secolul XX și începutul secolului XXI tehnologia a adus un aport important medicinei în general și chirurgiei în special. Pornind de la o chirurgie deschisă agresivă, considerată clasică de marea masa a chirurgilor s-a ajuns la conceptul de chirurgie minim invazivă. Cu cât agresiunea asupra corpului uman este mai redusă cu atât recuperarea va fi mai rapidă și mai eficientă iar riscul de complicații mai redus.



Prof. Univ. Dr. Petre Cornel Brătilă
Compartimentul de chirurgie robotică, Spitalul Euroclinic, București

Dr. Anca Manta
Compartimentul de chirurgie robotică, Spitalul Euroclinic, București

Dr. Alexandra Păun
Compartimentul de chirurgie robotică, Spitalul Euroclinic, București

Debutul chirurgiei minim invazive în ginecologie a fost făcut de către Hary Reich în 1989 când a realizat prima histerectomie total laparoscopică. Efortul chirurgical a fost uriaș; 6 ore de muncă tensionată printr-un endoscop neperformant, multiple transfuzii de sânge și cel important o reușită neașteptată pentru mulți chirurgi. În fapt, așa au fost deschise toate căile către chirurgia modenă prin chirurgi curajoși care au reușit să depășească barierele ignoranței și conservatorismului. Să nu uităm că prima operație pe abdomen deschis a fost făcută în 1809 de către Ephraim McDowell pe o masă de bucătărie cu instrumente improvizate. Prima histerectomie vaginală a fost făcută de către Conrad Langenbeck un general doctor al armatei prusace în 1813 fără pense de hemostază și fără ajutor. Ernst Wertheim a realizat prima histerectomie radicală pentru cancer în 1898 cu o mortalitate de peste 70% generând multiple discuții. Astăzi mortaliatatea operatorie pentru toate tipurile de histerectomii nu depășește 1%.

Chirurgia laparoscopică numită datorită invazivității minime și „chirurgie prin gaura cheii" a avut un impact dificil în chirurgia ginecologică. În toată lumea, în mod surprinzător, histerectomiile se practică în proporție de două treimi pe cale abdominală deschisă. Există două motive pentru care operațiile minim invazive nu sunt agreate de chirurgi: efortul chirurgical important și teama de complicații intraoperatorii greu de manageriat. De cealaltă parte recuperarea rapidă a pacientei și procentul mic de complicații fac greu de înțeles această reticență. Explicația constă în fapul că o histerectomie laparoscopică necesită abilități chirurgicale deosebite mai ales în cazurile dificile pe care mulți chirurgi nu le au, iar curba de învățare este lungă și dificilă.

Chirurgia robotică a făcut un pas înainte, care a permis chirurgilor să poată opera cu mai multă viziune și precizie, depășind barierele laparoscopiei tradiționale.

Scurt istoric al chirurgiei robotice

Ideea de a utiliza sistemele robotice în chirurgie datează din 1967 și a durat mai bine de 30 de ani până la realizarea unui sistem multifuncțional ca robot chirurgical. Primul robot numit ROBDOC folosit în chirurgia ortopedică pentru protezele de șold a fost conceput de Hap Paul și William Bargar la sfârșitul anului 1980. A urmat apariția unor sisteme robotice utilizabile în chirurgia prostatei, neurochirurgie, chirurgia cardiovasculară și ginecologie.

Conceptul de chirurgie robotică a fost dezvoltat de către Deparatamentul de Apărare al Statelor Unite în ideea de a oferi asistență chirurgicală rapidă și de mare precizie prin telechirurgie direct pe câmpul de luptă idee la care s-a renunțat inițial pentru ca astăzi să poată fi realizate prin telechirurgie robotică operații intercontinentale.

În prezent există mai multe sisteme de platforme robotice dintre care sistemul DaVinci este cel mai răspândit în prezent. Prototipul actualului sistem DaVinci a fost testat în 1997 pentru ca în 2000 să fie aporobat de către FDA pentru a fi folosit în chirurgia umană. Prima histerectomie asistată robotic a fost făcută în 2002 dar aprobarea FDA pentru introducerea chirurgiei robotice în ginecologie a fost obținută în 2005. În 2006 a fost realizată prima histerectomie radicală pentru cancer de col uterin, pentru ca în prezent majoritatea operațiilor ginecologice practicate pe cale abdominală sau vaginală să poată fi transpuse în alternativa de asistare robotică.

Platforma de asistare robotică DaVinci Xi

Ultima variantă a platformei DaVinci aduce îmbunătățiri importante față de varianta precedentă. Asistarea robotică în blocul operator este o formă de telechirurgie la mică distanță. Chirurgul operează practic la distanță de pacient cu viziune tridimensională și joystik-uri care transmit comenzile celor patru brațe ale robotului. Sistemul de viziune folosește simultan două camere video de înaltă definiție iar instrumentele care au partea activă de aproape 1,5-2 cm pot executa mișcări asemănătoare cu cele ale mâinii umane cu 7 grade de libertate și posibilitatea de a fi rotite la 270 de grade.

Platforma este constituită din mai multe module; consola, sistemul de viziune, sistemul de management al gazului carbonic, sistemul de electrochirurgie și sigilare vasculară și disecție ultrasonică și cartul robotului. Instrumentele sunt interschimbabile și au o durată de viață limitată. Accesul în cavitatea abdominală se face în două secvențe: introducerea sistemului de viziune printr-o incizie de 1cm la nivelul ombilicului și distensia cu gaz carbonic la volum și presiune controlate electronic. Instrumentele sunt introduse apoi prin porturile de lucru prin 4-5 incizii mici de 10-12 mm. Orientarea instrumentelor în câmpul operator se face prin control vizual direct. Disecția, tăierea și coagularea țesuturilor se face în principal prin electrochirurgie.

Asistarea robotică are avantaje față de chirurgia laparoscopică. Viziunea tridimensională și posibilitatea de a comanda mișcarea camerelor video în unghiuri greu de obținut prin orientare manuală. Posibilitatea de filtrare a tremorului fiziologic cu

Ce este procedura de ablație cu Radiofrecvență a fibromului uterin?

Ablația fibromului uterin cu Radiofrevență este cea mai nouă metodă de intervenție care păstrează structura funcțională a uterului. Radiofrecvența produce un efect termic în interiorul fibromului care are ca rezultat trei modificări histologice:

1. Distrugerea celulelor tumorale
2. Sigilarea vaselor de sânge care irigă țesutul tumoral
3. Inactivarea receptorilor hormonali din interiorul fibromului, fapt care va împiedica dezvoltarea țesutului tumoral

STARmed BIOTECHNICS

BIOTECHNICS IMPLANT SRL
Adresa: Str. Constantin F. Robescu, Nr. 12, Sector 3, București
Mobil: 0726.573.905
Email: office@biotechnics.ro

realizarea unor mişcări de mare precizie şi ergonomia care elimină practic oboseala chirurgului care în chirurgia laparoscopică este o problemă în special în intervenţiile complicate.

Chirurgia robotică în ginecologie

După ce FDA a aprobat în 2005 utilizarea sistemului DaVinci în ginecologie a fost practic o explozie soldată cu 422000 de cazuri operate până în 2013. Creşterea anuală a inregistrat peste 37% în doi ani şi continuă să crească. Asistarea robotică s-a dovedit a fi utilă şi în alte domenii ale chirurgiei ginecologice ca miomectomia, tulburările de statică pelvică, sau oncologia ginecologică. Indicaţiile speciale de asistare robotică nu sunt încă pe deplin standardizate datorită faptului că diferenţele în ceea ce priveşte pierderea de sange, riscul de complicaţii sau recuperarea rapidă sunt asemănătoare cu cele din chirurgia laparoscopică. Cu toate acestea, asistarea robotică poate aduce beneficii vizibile în cazurile pacientelor obeze, a celor cu utere de mari dimensiuni, sau în endometrioza pelvică profundă. Histerectomia este una din cele mai frecvente operaţii ginecologice. În Statele Unite se realizează peste 500.000 de histerectomii anual. Deşi o histerectomie poate fi făcută pe cale abdominală, vaginală, laparoscopică sau robotică cel care decide calea pe care o va face este chirugul în baza pregătirii şi experienţei sale şi nu în ultimul rând, a dotării tehnice a instituţiei unde activează. Dintre toate alternativele de realizare cea mai puţin invazivă, dar cel mai dificil de realizat, este histerectomia vaginală. Operaţia pe cale vaginală are beneficii pe care alte metode nu le au; se practică printr-un orificiu natural, nu lasă nicio cicatrice abdominală, evoluţia postoperatorie este surprinzătoare, prin lipsa de complicaţii şi reabilitarea rapidă. Costurile unei histerectomii vaginale sunt cele mai reduse între toate tipurile de histerectomii. Toate ghidurile de bună practică o recomandă ca alternativă ori de câte ori este posibil. În mod paradoxal este extrem de rar folosită în prezent iar liderii acestui tip de chirurgie pot fi numărati pe degete.

Tendinţa actuală este de a orienta tinerii chirurgi către alternativa minim invazivă tehnologizată a histerectomiei respectiv chirurgia laparoscopică sau robotică. Curba de învăţare a histerectomiei laparoscopice este îndelungată şi dificilă, iar chirurgul trebuie să aibă o experienţă anterioară solidă în histerectomia abdominală şi vaginală. Fiecare caz în parte are particularităţile lui antomice şi un grad de dificultate diferit. Chirurgia laparoscopică de amploare nu este pentru oricine.

Asistarea robotică şi-a câştigat rapid locul între toate variantele de histerectomie. Un studiu arată că ponderea histerectomiei robotice a crescut cu 1000% între 2007-2010 de la 0,5 la 9,5% din toate histerectomiile. În acelaşi interval histerectomia laparoscopică a înregistrat o creştere mult mai lentă de la 24,3-30,5%. Aceiaşi tendiţă se conservă şi astăzi datorită răspândirii tot mai largi a platformelor robotice pe tot globul.

Histerectomia robotică este o tehnică standardizată pentru marea majoritate a cazurilor mult facilitată de tehnologia actuală. Din acest motiv chirurgii au fost îndemnaţi să o realizeze fără o experienţă anterioară în laparoscopie. În mod inerent s-a pus problema evaluării curbei de învăţare fapt care a creat o serie de probleme. Au fost făcute diverse studii care au arătat valori diferite a timpului de învăţare datorită unor factori multipli: particularităţi care ţin de cazul operat, nivelul de pregatire al chirurgului, timpul de setare a platformei şi particularităţile de derulare a timpilor operatori. Toate studiile demonstrează ca dintre factorii demografici ai pacientelor obezitatea este singurul care poate fi luat în calcul.

Autorii au efectuat un studiu pe un număr de 53 de histerectomii robotice pentru afecţiuni benigne, în sistem privat, între ianuarie2022-ianuarie2023. Operaţiile au fost realizate de acelaşi chirurg cu o experienţă de aproape 8000 de histerectomii deschise, vaginale, şi laparoscopice. Am urmărit ca parametrii principali de timp:

Am împărţit numărul total al pacientelor în grupe de câte 5 în ordinea cronologică a venirii lor şi am calculat pentru fiecare grupă valoarea mediană a timpului. Am urmărit timpii care ţin efectiv de histerectomie fără a lua în calcul particularităţi demografice sau timpii care ţin efectiv de pregatirea pacientei şi a platformei DaVinci Xi. Rezultatele au fost înscrise grafic prin curbe care conţineu valorile mediane ale grupelor şi scala de timp. Din analiza graficului rezultă că o scădere semnificativă a timpilor care ţin exclusiv de chirurg se produce după primele 10 cazuri, pentru ca intrarea în platou să se producă după 25 de cazuri. Curba care reprezintă timpul operator total deşi înregistrează o scădere după primele 10 cazuri nu se poate stabiliza, deorece pentru realizarea lui participă factori care ţin de personalul blocului operator sau al tehnicienilor ce asigură funcţionarea platformei. În toate cazurile extragerea uterului s-a făcut prin vagin prin morselare, iar timpul necesar depinde de antrenamentul chirugului în chirugia vaginală. Datele obţinute de noi au o obiectivitate mai mare faţa de cele publicate în literatură deoarece sunt obţinute din analiza cazurilor operate de acelaşi chirurg.

Utilizarea valorilor mediane de timp pe grupe de 5 cazuri elimină riscul de eroare prin variabilitatea cazurilor, legate de gradul de dificultate al histerectomiei, necesitatea de a restabili reperele antomice în cazul sindromului aderenţial, sau elemente legate de datele demografice ale pacientelor: vârstă, greutate, paritate, antecedente chirurgicale.

Este important ca aprecierea indicaţiei operatorii iniţiale să fie făcută corect fără a supraaprecia nici abilităţile chirugului nici posibilităţile maşinii nici efortul financiar al pacientei. Cu alte cuvinte riscul de conversie trebuie estimat de la început iar decizia de a face histerectomia robotic nu trebuie să devină o aventură.

Pentru un chirurg antrenat pentru toate tipurile de histerectomii curba de învăţare nu se referă efectiv la tehnica histerectomiei ci la adaptarea la comenzile maşinii. Antrenamentul anterior în chirurgia laparoscopică oferă avantaje chirugului, deoarece comenzile pentru mâini şi picioare sunt asemănătoare.

Debutul în chirurgia robotică are două alternative care sunt valabile, în special în ţările unde numărul de sisteme robotice este foarte mare sau în creştere:

- Start fără anternament în toate variantele de histerectomie şi în special în laparoscopie.
- Start ca etapă de desăvîrşire în evoluţia unui chirurg cu experienţă.

În prima situaţie se poate ajunge prin antrenament în efectuarea unui singur tip de operaţie la o eficienţă acceptabilă. Se pune întrebarea dacă în cazurile complicate, sau care se complică intraoperator, acest chirurg va fi la fel de eficient. În mod sigur nu, deoarece variabilitatea, chiar si a patologiei benigne, este atât de mare încât proeficienţa nu va fi obţinută decât după un număr semnificativ de cazuri.

În a doua situaţie proeficienţa va fi achiziţionată încă de la început. Chirugul cu experienţă, va reduce timpul operator, consumul de materiale şi durata de spitalizare cu un procent redus de complicaţii.

Pentru că discutăm într-un Medical Market achiziţia unui chirug pentru o platformă robotică rămâne o problemă managerială de mare responsabilitate.

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății

HAEMOCOMPLETTAN® P

concentrat de fibrinogen uman

Administrare rapidă

Se poate administra imediat după reconstituire, câștigând timp semnificativ

Mărește imediat nivelul de fibrinogen

Reduce necesitatea transfuziei

Siguranță virală

Haemocomplettan P 1g pulbere pentru soluție injectabilă/perfuzabilă. Produsul conține 20 mg/ml fibrinogen uman, după reconstituire cu 50 ml apă pentru preparate injectabile pentru Haemocomplettan P 1g. **Indicații terapeutice:** Pentru terapia și profilaxia diatezelor hemoragice ca tratament de substituție în hipofibrinogenemie, disfibrinogenemie sau afibrinogenemie congenitală la pacienții cu tendință la sângerare, pentru profilaxia preoperatorie; ca terapie adjuvantă pentru tratamentul sângerărilor care pot pune viața în pericol în caz de hipofibrinogenemie dobândită cum sunt următoarele condiții: hipofibrinogenemie de diluție în cazul pacienților cu traumatisme și pierderi severe de sânge, tulburări ale sintezei factorilor de coagulare, de exemplu: distrugerea marcată a parenchimului hepatic cu deficit de fibrinogen consecutiv, creșterea consumului de fibrinogen asociat cu alte tipuri de sângerări necontrolate terapeutic, care pot pune viața în pericol, în caz de sindrom de coagulare intravasculară diseminată și în caz de hiperfibrinoliză. **Doze și mod de administrare:** Tratamentul trebuie inițiat sub supravegherea unui medic specializat în terapia tulburărilor de coagulare. Dozele și durata terapiei de substituție depind de severitatea tulburării, localizarea și extinderea sângerării, precum și de statusul clinic al pacientului. Doza de fibrinogen (g) = nivelul dorit (g/l) - nivelul de bază (g/l)x1/0,017 (g/l / g/kg) x greutatea corporală (kg). Viteza de injectare sau perfuzie nu trebuie să depășească 5 ml/min. **Contraindicații:** Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienții enumerați la punctul 6.1 din RCP. Tromboză manifestă sau infarct miocardic, cu excepția hemoragiilor care pot pune viața în pericol. **Atenționări speciale:** În cazul în care apar reacții alergice sau de tip anafilactic, injectarea sau perfuzarea trebuie oprite imediat. În caz de șoc anafilactic se inițiază tratamentul standard al șocului. **Reacții adverse:** Rar s-au observat reacții alergice sau de tip anafilactic (precum urticarie generalizată, rash, scăderea presiunii sanguine), creșterea temperaturii corporale și foarte rar s-au observat episoade tromboembolice, incluzând infarctul miocardic și embolismul pulmonar.

Grupa farmacoterapeutică: antihemoragice, fibrinogen uman, codul ATC: B02BB01. **Perioada de valabilitate:** 5 ani. Stabilitatea fizico-chimică a soluției reconstituite a fost demonstrată pentru 8 ore la temperatura camerei (max. +25 °C). **Precauții speciale pentru păstrare:** A se păstra la frigider (2 °C-8 °C). A nu se congela! A se păstra flaconul în cutie pentru a fi protejat de lumină. **Deținătorul autorizației de punere pe piață:** CSL Behring GmbH, Emil-von-Behring-str. 76, 35041 Marburg, Germania. Numărul APP - 7708/2015/01, 28.05.2015. Pentru mai multe informații, consultați rezumatul caracteristicilor produsului medicamentos (varianta revizuită în ianuarie 2020). Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală PR.

PRISUM HEALTHCARE
Dedicated to Life. Naturally.

Distribuit în România prin:
Prisum Healthcare SRL
Clădirea Globalworth Square, Str. Gara Herăstrău nr. 6, et. 3
Sector 2, București, 020334
Tel.: 021.322.01.71/72, Fax: 021.321.70.64
E-mail: office@prisum.ro
www.prisum.ro

Biotherapies for Life™ CSL Behring

SOFTIGYN®

capsule vaginale

Lactobacillus plantarum P17630

Probioticul vaginal cu **eficacitate dovedită clinic** în prevenția și recurența candidozelor, vaginitelor bacteriene și tricomoniazelor

Reduce cu până la **70%** recurența vulvovaginitei candidozice și acționează indiferent de pH-ul vaginal și temperatura corporală.[1,2]

Prezintă **conținut ridicat de trigliceride**, fiind ușor de aplicat chiar și în vaginita atrofică.

Reechilibrează microflora vaginală, **hidratează** mucoasa vaginală și **oferă protecție** împotriva instalării și reapariției disconfortului intim.

Durată administrare Softigyn:

Inițial: **1** capsulă vaginală x **6** nopți consecutive, **3** luni (după menstră)

Menținere: **1** capsulă vaginală x **2** nopți consecutive, **6** luni

Sarcină: **1** capsulă vaginală x **2** nopți pe săptămână, toată durata sarcinii

Referințe: 1. Bonetti A et al, Adherence of Lactobacillus plantarum P17630 in soft-gel capsule formulation versus Döderlein's bacillus in tablet formulation to vaginal epithelial cells. Minerva Ginecol 2003; 55: 1-9. 2. Carriero C and The Italian multicentre study group. Vaginal Capacitate capsules of Lactobacillus Plantarum P17630 for prevention of relapse of Candida vulvovaginitis Int J Prob Preb 2007; 2: 155-162.

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

SC Meditrina Pharmaceuticals SRL
Intrarea Măguricea Nouă nr. 7, Sector 1, București
Telefon: 021.211.71.83; www.meditrina.ro

meditrina ROMANIA

tot'héma®

MODUL NOSTRU

CEL MAI RAPID

DE A LUPTA ÎMPOTRIVA ANEMIEI FERIPRIVE

- Formulă unică eficientă: Fe + Mn + Cu.[5]
- Asorbabil imediat + Bine tolerat.[1, 4]
- Până în ziua 30, normalizarea nivelului de hemoglobină la toate tipurile de pacienți.[1, 2, 3]
- Fiecare fiolă de 50 mg asigură o doză de fier care poate fi ajustată în funcție de doza necesară fiecărui pacient.

1 N. Milchev, H.R. Ivancheva and V. Paskaleva. Medicamentous Treatment of Iron Deficiency Anaemia with Ferrous Gluconate. Akush Ginekol (Sofia). 2004. 43. (3) : 45-48

2 S.Y. Anmouth, O.B. Saneeva and A.V. Tchouprova. Les nouveautés dans le traitement de l'anémie sidéropénique chez les enfants. Le journal des « Maladies des Nouveaux Nés et des Enfants ». 2001. 1 : 68-70

3 D. Casparis, P. Del Carlo, F. Branconi, A. Grossi, D. Merante and L. Gafforio. Effectiveness and tolerability or oral liquid ferrous gluconate in iron-deficient anaemia during pregnancy and the immediate post-natal period : comparison with other liquid or solid formultaions containing bivalent or trivalent iron. Minerva ginecologica. 1996. 48 : 511-518

4 Raport ul din anul 2017 privind siguranța, actualizat periodic (1 Iulie 2010 - 30 Iunie 2017)

5 Rezumatul caracteristicilor produsului pentru Tot'héma®. Rezumatul caracteristicilor produsului pentru Tot'héma® este disponibil la stand la cerere.

Tratamentul curativ al anemiei prin carență de fier la adulți, copii și nou-născuți.

Tratamentul preventiv și curativ al deficitului de fier la femeile gravide, nou-născuții prematuri, gemeni sau copii născuți de mame cu deficit de fier, atunci când nu se poate asigura un aport de fier adecvat din dietă.[5]

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

TOTEM_INNO_TOTH_RO_06-2022-3455_V2

LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL

LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL
22 Avenue Aristide Briand
94110 Arcueil - France

POLYGYNAX®
Nistatină, Neomicină, Polimixină B

Marele clasic în ginecologia infecțioasă

INFECȚIE VAGINALĂ TRATAMENT EMPIRIC LOCAL CU SPECTRU LARG

Sulfat de neomicină 35000 U.I.
Sulfat de polimixină B 35000 U.I.
Nistatină 100000 U.I.

Studiul clinic "PRISM"[1]

European multicentric, randomizat, dublu-orb, cu grupuri paralele, comparativ cu miconazolul, studiu faza IIIb.

2019 publicat în Medicine and Infectious Diseases journal.

Eficacitate clinică globală[1]

91.1% — POLYGYNAX®
Polimixină B
Neomicină
Nistatină
n = 302

86.7% — AZOLE
(Miconazol)
n = 309

p = 0.0906

Satisfacția globală la nivelul grupului POLYGYNAX®[1]

INVESTIGATORI 88.3%
PACIENTE 81.8%
n = 302

Toleranța[1]

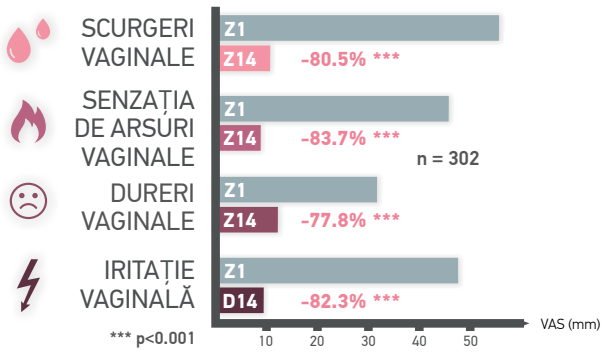
Apreciată ca **"BUNĂ"**
n = 302

Complianța la tratamentul cu POLYGYNAX®[1]

PACIENTE 96.6%
n = 302

Reducerea simptomelor clinice[1]

Ameliorarea simptomelor începând din **ZIUA 2**



Ameliorare semnificativă a simptomelor la sfârșitul tratamentului în grupul POLYGYNAX®

Eficacitatea clinică pe etiologii[1]

a infecției vaginale la nivelul grupului POLYGYNAX®

94.4% — VAGINITĂ CU *CANDIDA*
n = 72

85.4% — VAGINITĂ **BACTERIANĂ**
n = 41

96.4% — **VAGINOZĂ** BACTERIANĂ
n = 28

87.7% — INFECȚII VAGINALE **MIXTE**
n = 57

POLYGYNAX® Capsule moi vaginale Indicații terapeutice:[2]

Polygynax capsule moi vaginale este indicat:

- **În tratamentul local al vaginitei cauzate de germeni sensibili (vaginita bacteriană, vulvo-vaginita cauzată de *Candida albicans* și *Candida non-albicans*, vaginită mixtă) și vaginoza bacteriană.**
- **Profilactic:**
  - înainte de intervenții chirurgicale în zona micului bazin;
  - înainte de naştere;
  - înainte şi după electrocoagularea colului uterin;
  - înaintea investigațiilor uterine (histerografie).

Trebuie avute în vedere ghidurile terapeutice în vigoare cu privire la utilizarea adecvată a antibioticelor.

- Exclusiv pentru femei adulte.
- 1 capsulă vaginală seara timp de 12 zile.
- Formulă fără corticosteroizi.
- Disponibil în cutii cu 12 capsule vaginale.
- A nu se întrerupe tratamentul în timpul ciclului menstrual.
- Tratamentul se va asocia cu recomandări de igienă și pe cât posibil, de eliminare a factorilor favorizanți.
- Tratamentul partenerului variază în funcție de caz.

Pentru RCP complet, scanați Codul QR sau accesați următoarea adresa: https://www.innothera.fr/en/smpc/

1. Bohbot JM et al. PRISM study: Comparison of a nystatin-neomycin-polymyxin B combination with miconazole for the empirical treatment of infectious vaginitis.
2. Summary of Product Characteristics of Polygynax vaginal capsule updated in September 2019.

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

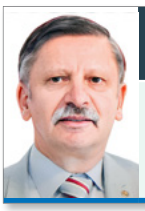
LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL
LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL
22, avenue Aristide Briand
94110 Arcueil – France

TOTEM_INNO_POLY_PRISM_2022_RO_08-2022-3587 V2

Diagnosticul adenomiozei - afecțiune frecvent subevaluată.

Diagnosis of adenomyosis - an underestimated disease.

In the last two decades, our understanding on adenomyosis has significantly improved and the awareness of this condition among clinicians has increased. The development of noninvasive diagnostic tools has made possible an accurate diagnosis of adenomyosis, without any surgical intervention. The introduction of MRI and 2D-3D Doppler TVUS has represented a major breakthrough, considering the clinical consequences of this disease. However, there are still many controversies in terms of diagnostic criteria.



Prof. Univ. Emerit
Dr. Mircea Onofriescu

Universitatea de Medicină
Gr. T. Popa, Iași

Adenomioza este o afecțiune ginecologică benignă caracterizată prin prezența de țesut endometrial ectopic, în grosimea miometrului (glande și stromă endometriale aberante), asociată frecvent cu hiperplazia miometrului (Rokitansky - 1860).

Etiopatogenia este de deosebit de complexă și este intens dezbătută. Principala ipoteză este că afecțiunea își are originea în capacitatea metastazantă și invazivă a țesutului endometrial, facilitată de o predispoziție genetică și imunologică a pacientei, în condițiile unor factori de risc traumatizanți ai endometrului.

Prevalența adenomiozei este foarte variabilă. 5 - 70% din histerectomiile efectuate pentru diverse afecțiuni prezintă focare de adenomioză. În 70% din cazuri coexistă cu endometrioza și în peste 50% din cazuri cu fibromatoza uterină [1].

Anamneza trebuie să fie corectă și completă și să identifice factorii de risc pentru apariția adenomiozei. Cei mai frecvenți factori de risc identificați sunt multiparitatea, antecedente de avorturi și endometrioza pelvină. Prevalența s-a constatat că este mai ridicată la femeile cu un istoric de pierderi recurente de sarcini (38.2%; $p < 0.005$) și eșec anterior al procedurilor de fertilizare in vitro (34.7%; $p < 0.0001$). Sunt de luat în considerație și antecedente de naștere prin operație cezariană sau miomectomie, avorturi induse medicamentos sau chiuretajele uterine efectuate postabortum sau postpartum.

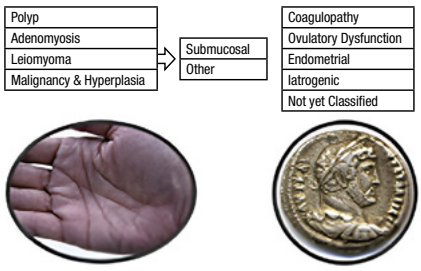
Există o relație strânsă între adenomioză și endometrioză. De fiecare dată când avem cazuri de endometrioză profundă, endometrioză ovariană, trebuie să ne gândim că este foarte probabil să existe leziuni de adenomioză. Așa cum a fost prezentat la Congresul Mondial de Endometrioză de la Paris (2019) este evident că asocierea adenomioză - endometrioză determină o scădere a ratei de sarcină și o incidență a avortului mult mai crescută. Sunt cunoscute în prezent modificările ecografice care sunt foarte sugestive pentru adenomioză, dar din nefericire cred în continuare că adenomioza este subevaluată.

În aproximativ 1/3 din cazuri adenomioza poate fi asimptomatică.

În cazul formelor simptomatice cel mai frecvent simptom este meno-metroragia (50%), urmată de dismenoree (30%) și metroragia (20%). Dispareunia și infertilitatea sunt frecvent constatate [2].

Meno-metroragia

Cu toate că este dificil de demonstrat originea sângerării uterine anormale în cazul adenomiozei, clasificarea PALM-COEIN (polip (P), adenomioză (A), leiomiom (L), malignitate sau hiperplazie endometrială (M) și independente de anomalii structurale, respectiv coagulopatii (C), disfuncții ovulatorii (O), disfuncții endometriale (E) și cauze iatrogene (I); o clasă separată cuprinde entitățile neclasificate (N)) a inclus adenomioza ca o cauză meno-metroragiilor la femeile aflate la vârstă reproductivă.



Munro. FIGO classification system for causes of AUB. Fertil Steril 2011

Clasificarea hemoragiilor uterine după clasificare FIGO.

Pe studiile anatomo-patologice efectuate pe utere posthisterectomie la pacient cu sângerări uterine, prevalența adenomiozei a fost de 34,3%–49%.

În absența patologiei concomitente, adenomioza a determinat meno-metroragii la 27%–65% dintre pacienți. Meno-metroragiile pot fi determinate de volumul uterin mult crescut, vascularizația crescută, contracțiile uterine neregulate și producția crescută de estrogeni și prostaglandine. Levgur et al. a descoperit ca nu există o corelație între numărul focarelor adenomiotice și severitatea sângerărilor uterine, și că sângerarea menstruală abundentă este corelată cu adâncimea penetrării focarelor de adenomioză.

Dismenoreea

Problema dismenoreei și durerea pelvină nu este bine înțeleasă încă la femeile cu adenomioză, dar prostaglandinele pot juca un rol important. În contrast cu endometrioza profundă, prezența fibrelor nervoase ca explicație posibilă pentru durere a fost descrisă în adenomioză. Prezența fibrelor nervoase în adenomioza uterină este încă o temă de dezbatere [21, 22].

La pacientele cu adenomioză, hiperperistaltismul uterin și nivelurile crescute ale expresiei receptorilor de oxitocină pot să contribuie la severitatea dismenoreei.

Pacientele cu adenomioză asociată cu fibromatoza semnalează cicluri menstruale mai lungi, dismenoree mai severă, dureri pelvine fără legătură cu ciclul menstrual mai accentuate, astenie mai accentuată comparativ cu pacientele care au numai fibromatoză uterină.

Infertilitatea

Miometrul este compus din două structuri: miometrul exterior și cel interior, numit și strat endometrial sau zonă joncțională (ZJ). ZJ se aseamănă mai mult cu endometrul și suferă schimbări dependente de ciclu, este de origine mulleriană, în timp ce miometrul exterior este de origine mezenchimală, non-mulleriană.

Așa cum adenomioza poate fi prezentă sub diverse forme și în diverse localizări și poate avea dimensiuni variate, o descriere clară a acestor leziuni în raportarea rezultatelor este obligatorie. Este neclar dacă leziunile localizate în miometrul interior vor avea același impact asupra implantării și fertilității ca leziunile localizate în miometrul exterior. Poate fi considerată hiperplazia de zonă joncțională drept patologie și dacă da, ce nivel cutoff de grosime a ZJ este relevant? În plus față de această heterogenitate de fenotipuri ale adenomiozei și lipsa unei descrieri adecvate a leziunilor, se constată folosirea de diverse protocoale de stimulare ovariană, de unde apare o foarte mare variabilitate în privința ratelor de sarcini raportate în caz de fertilizare in vitro. Rezultatele raportate și înțelegerea adenomiozei sunt influențate de lipsa unei terminologii unitare sau consens asupra clasificării leziunilor.

În două meta-analize recente, adenomioza a fost asociată unei scăderi cu 30% în apariția sarcinii. Folosirea unui protocol lung cu agoniști de Gn-Rh în stimulare ovariană aduce beneficii pacientelor care beneficiază de tehnici de reproducere umană asistată.

Pe baza ultrasonografiei transvaginale bidimensionale, trăsăturile considerate a fi asociate cu adenomioza sunt, după cum urmează: a) Uter mărit de volum cu asimetrie de grosime a pereților uterine (de exemplu, peretele anterior mai gros decât peretele posterior sau invers), fără legătură cu o posibilă prezență a unui nodul fibromatos; b) Chisturi intramiometriale; c) Insule hiperecogene intramiometriale; d) Umbre liniare fine („în eventai") determinate de modificările de structură intramiometrială; e) Striații liniare care pleacă de la nivelul zonei joncționale; f) Vascularizație intralezională evidențiată prin examen Doppler; g) Zonă joncțională neregulată; h) Zonă joncțională întreruptă [3].

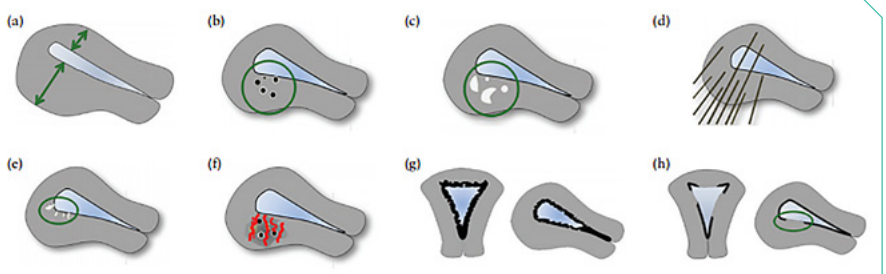


Figure 10 Schematic drawings illustrating the ultrasound features considered currently to be typical of adenomyosis: asymmetrical thickening (a), cysts (b), hyperechoic islands (c), fan-shaped shadowing (d), echogenic subendometrial lines and buds (e), translesional vascularity (f), irregular junctional zone (g) and interrupted junctional zone (h).

La acestea se adaugă și imaginea ecografică a cavității endometriale care sugerează un semn al întrebării=?-sign [4].

Orice semn ecografic din cele amintite scade rata de sarcini prin fertilizare in-vitro. Cu cât găsim mai multe semne ecografice cu atât rata de sarcină obținută prin fertilizare in-vitro este mai scăzută. În unele studii statistice se afirmă că dacă există doar 3 semne dintre cele enumerate, posibilitatea existenței adenomiozei este foarte mare. Există încă multe capcane privind clasificarea adenomiozei și există anumite etape pe care trebuie să le urmărim pentru susținerea diagnosticului de adenomioză [5].

Trebuie precizată localizarea, dacă este o adenomioză focală sau difuză sau dacă este un adenomiom, dacă există leziuni chistice sau nu, care strat al miometrului este afectat, gradul de extensie care trebuie să fie cuantificat. Folosind ecografie 2D trebuie să facem distincția între adeomioză difuză sau focală sau adenomioame și în funcție de leziunile pe care le găsim și le descriem se poate stabili un scor și în acest fel putem aprecia mult mai exact rezultatele FIV pe care le obținem [6].

REZONANȚA MAGNETICĂ NUCLEARĂ (RMN)

Deși EEV este prima opțiune de imagistică în diagnosticarea adenomiozei, RMN poate contribui cu informații utile și crește performanța de diagnostic în cazurile dificile, spre exemplu în cazul coexistenței altor leziuni de tipul fibroamelor.

Apariția RMN-ului a revoluționat imagistica pelviană la femei. Tehnica este cea mai fiabilă modalitate imagistică pentru evaluarea patologiei uterine. Este mai puțin dependentă de operator și poate oferi imagini standard și reproductibile de la o examinare la alta. RMN poate defini atât anatomia internă normală a uterului, cât și monitoriza diverse schimbări fiziologice. Numeroase studii au descris datele RMN și au evaluat capacitatea de diagnostic a RMN-ului în evaluarea pacientelor cu adenomioză, precum și secvențele optime utile unei astfel de evaluări [7].

Imaginile care sugerează invazia endometrială și neregularitățile din zona joncțională, observate la RMN, sunt utilizate în mod obișnuit pentru diagnosticarea adenomiozei, dar sunt preferabile criteriile obiective. S-au identificat trei parametri obiectivi pentru diagnosticul RMN al adenomiozei:

1. îngroșarea ZJ de cel puțin 8-12 mm;
2. raportul grosime maximă a ZJ/grosimea totală a miometrului peste 40% și
3. diferența dintre grosimea maximă și cea minimă din zona joncțiunii (JZmax-JZmin = JZ dif) mai mare de 5mm.

Deși primele două criterii au fost criticate din cauza modificării grosimii ZJ in funcție de starea hormonală și a ciclului menstrual, a treia pare a fi mai independentă de starea hormonală, fiind o diferență de două măsurători luate în aceeași fază hormonală [8].

Imagistica prin RMN este o modalitate precisă, neinvazivă pentru diagnosticarea adenomiozei cu o specificitate (85% -95%) și o sensibilitate ridicată (67% -99%).

Text integral pe: revistamedicalmarket.ro

11-13 Mai 2023 București, România

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE MEDICINĂ FETALĂ ȘI NEONATALĂ

CONGRESUL NAȚIONAL DE MEDICINĂ FETALĂ ȘI NEONATALĂ

cu participare internațională

Prof. Dr. Simona Vlădăreanu
Co - Președinte Congres

Prof. Dr. Daniel Mureșan
Co - Președinte Congres

fetal-neonatal2023.medical-congresses

Societatea de Endometrioză și Infertilitate Est-Europeană

AL V-LEA CONGRES NAȚIONAL AL SOCIETĂȚII DE ENDOMETRIOZĂ ȘI INFERTILITATE EST-EUROPEANĂ

A VIII-A CONFERINȚĂ NAȚIONALĂ A SOCIETĂȚII ROMÂNE DE HPV

15-17 Iunie 2023 • Brașov

SRUOG ARMP

TABĂRA DE VARĂ A REZIDENȚILOR ÎN OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE

5-8 IULIE 2023

THE 10TH ROMANIAN "IAN DONALD" COURSE

5-6 IULIE 2023

HOTEL CLERMONT, COVASNA

SRUOG

AL 11-LEA CONGRES AL SOCIETĂȚII ROMÂNE DE ULTRASONOGRAFIE ÎN OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE

PREȘEDINȚI CONGRES:
PROF. DR. RADU VLĂDĂREANU
PROF. DR. CLAUDIU MĂRGINEAN
PROF. DR. DANIEL MUREȘAN

7-9 SEPTEMBRIE
CLUJ-NAPOCA | 2023

sruog2023.medical-congresses.ro

PRINCE MEDICAL

ELTA '90 MR

GINECOLOGIE & REPRODUCERE UMANĂ ASISTATĂ

PM-CARE

BRUSH

ENDOBIOPS

1V-STD

2V-CUP

IU

HYSTEROMETRE

OVO-PUNC

3V-BALLOON

TRANS SET

SPECULUM

ELTA 90 Medical Research oferă o gamă largă de produse pentru ginecologie și reproducere umană asistată.

www.elta90mr.ro
+4 021.232.26.94
office@elta90mr.ro

ELTA '90 MR

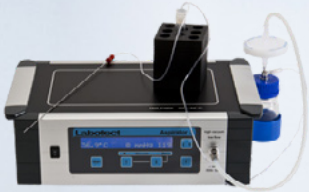
ECHIPAMENTE STATE-OF-THE-ART PENTRU LABORATOR FIV

Hotă cu flux laminar

Include multiple zone încălzite de lucru.
Microscopul și incubatorul sunt integrate.
Ideal pentru desfășurarea activității într-un mediu steril și curat.

Incubator Time-Lapse

Include incubator bench-top cu camere multiple și microscop integrat.
Ideal pentru monitorizarea embrionilor în timp real.
Software inclus pentru analiza progresului embrionilor care permite înregistrarea de date esențiale pentru a ajuta embriologul sa ia o decizie cât mai exactă cu privire la embrio-transfer.



Pompă de aspirație ovocite

Durabilă și ușor de utilizat.
Eficiență maximă.
Utilizare rapidă datorită pedalei.
Control constant al presiunii negative.

Incubatoare de diverse modele și mărimi

Pentru cultura embrionilor sau calibrarea mediilor din laboratorul de embriologie.
Capacitate cuprinsă între 50L-240L.
Configurare cu CO2 sau trigaz.

Sistem de monitorizare temperatură wireless

Monitorizează toți parametrii dintr-un laborator de embriologie, cameră cryo și nu numai.
Soluție cloud-based ce permite monitorizare în timp real.

Microscop cu micromanipulator (stație ICSI)

Oferă cea mai precisă, completă și rapidă manipulare a spermatozoizilor, ovocitelor și embrionilor.
Magnificare intermediară de 1.5x pentru a amplifica observarea ovocitelor fără schimbarea obiectivelor.
Nikon Advanced Modulation Contrast (NAMC) pentru o imagine clară și precisă.

+4 021.232.26.94 • office@elta90mr.ro • www.elta90mr.ro

Controlează efectele refluxului gastroesofagian la gravide

GASTROTUSS LIGHT DE LA DMG ITALIA UN PRODUS UNIC PE PIAȚA ROMÂNEASCĂ

Gastrotuss light se administrează copiilor peste 12 ani, la gravide, persoanelor cu obezitate și celor care țin dietă, persoanelor cu diabet zaharat, și celor care au restricție de sodiu, celor cu HTA sau litiaza renală.

Dispozitiv medical cu acțiune mecanică indicat pentru tratamentul refluxului reduce simptomele legate de aceasta, de exemplu: regurgitare, tuse, pirozis, esofagită, disfonie, flogoză rinofaringiană și în orice caz de boală fiind cauzată în principal sau secundar de refluxul gastroesofagian. Este destinat utilizării pe cale orală.

Este un produs sigur care poate fi administrat timp îndelungat: 3 luni sau după nevoile pacientului, la 2 luni reduce cu 90% simptomele.

Are în plus și Simeticona, D-panthenol și zinc: elimina gazele și asigura vindecarea mucoasei esofagiene

PepsinO spray este SINGURUL SPRAY pentru răgușeală, tuse, corp străin din refluxul laringofaringian

Pepsino Oral Reflux Spray 30ml este un spray pentru reflux gastro-esofagian care contracarează simptomele refluxului și lubrifiază mucoasa faringiană.

Util în cazul simptomelor de reflux faringian, cum ar fi: globus hipofaringian (senzație de corp străin în gât), tuse, nevoia de a drege vocea, uscăciune sau iritație faringiană

- Asociat cu Gastrotuss light sirop combate tusea asociată refluxului gastroesofagian

Sindromul Lynch în ginecologie

Sindromul Lynch este cea mai frecventă condiție patologică ereditară transmisă **autozomal dominant**. Se întâlnește la 1 din 279 de indivizi și este responsabilă de aproximativ 3-5% din cancerele de colon și de endometru. Este caracterizat de un defect la genele responsabile de reparare ale ADN-ului în timpul replicării, respectiv MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 și EPCAM (fragment adiacent MSH2). Acumularea acestor greșeli de transcripție declanșează o cascadă de alte mutații protooncogene, ceea ce se traduce clinic printr-o predispoziție importantă de dezvoltare precoce, la vârste tinere, a unor cancere ce interesează cu precădere țesuturile cu o rată de regenerare accelerată. Organele interesate sunt cu precădere **colonul**, **endometrul și ovarul**, însă și pot fi afectate și **căile urinare, pielea**, precum și **întreg sistemul digestiv, inclusiv segmentul hepato-biliar.**

Cum îl recunoaștem?

Diagnosticul sindromului Lynch poate fi orientat clinic și certificat prin teste de laborator. Criteriile Amsterdam II și Bethsda revizuite, deși nu au 100% specificitate și sensibilitate, pot facilita recunoașterea acestor pacienți. Ele vor fi completate de testare IHC a dMMR (prin PCR a MSI și prin NGS a mutațiilor genetice a prelevatelor tumorale recoltate biopsic sau chirurgical.

Ce e de făcut?

Impactului unui **diagnostic precoce** are **beneficii semnificative** în termeni de supraviețuire, atât **a pacientului** cât și a **membrilor familiei** care sunt afectați, prin programe de screening personalizate menite să deceleze precoce, în stadii curabile, cancerele la care acești pacienți sunt predispuși

Managementul acestor pacienți recunoaște, conform ghidurilor internaționale, paliere distincte și personalizate de prevenție, screening și tratament

Măsurile de prevenție, care au demonstrat o reducere a riscului de cancer, constau în **intervenții în stilul de viață** (reducerea consumului de carne roșie, scădere ponderală, renunțare la fumat, introducerea frecventă în alimentație a amidonului rezistent); **mijloace farmacologice** pentru cancerele ginecologice, atât ale ovarului cât și ale endometrului, (administrarea de progesteron și contraceptivele orale combinate au demonstrat o reducere a riscului cu până la 50%; utilizarea aspirinei pentru profilaxia cancerelor de colon); **chirurgia profilactică**, prin histerectomie cu anexectomie bilaterală în cazuri atent selecționate.

Screening-ul pentru cancerele ginecologice constă în ecografie transvaginală pentru evaluarea endometrului și ovarelor precum și biopsie endometrială periodică începând cu vârsta de 35 de ani sau cu 5-10 ani mai devreme decât vârsta cea mai precoce de apariție a unui cancer corelat cu sindromul Lynch din familie. Pacientelor diagnosticate cu acest sindrom li se recomandă, cu o frecvență anuală sau la 2 ani, evaluare colonoscopică, întrucât au un risc de pana la 80% mai mare comparative cu al populatiei generale de a dezvolta un cancer de colon.

Cancerul endometrial apare la 25-60% din pacientele cu sindrom Lynch și sunt cu precădere localizate în segmentul uterin inferior, pretând la diagnosticul diferențial cu un adenocarcinom de col uterin. Dacă în cazurile non-sindromice, cancerele endometriale apar la paciente supraponderale și la menopauză, în cazurile de sindrom Lynch pacientele sunt la vârstă fertilă și normoponderale.

Jumătate dintre femeile cu sindrom Lynch care dezvoltă atât cancer de colon cât și de endometru, prima dată se confruntă cu cel de endometru.

Tratamentul vizează numeroase aspecte, începând de la fertilitate și mijloace de reproducere asistată cu testare genetică preimplantațională, terapia hormonală de substituție pentru cancerele ginecologice apărute la vârstă fertilă sau în cazurile de histerectomie cu anexectomie profilactică precum și de tratament oncologic, ghidurile NCCN indicând ca tratament de prima linie imunoterapia, pentru cancerele metastatice de endometru și ovar care prezintă instabilitate miscrosatelitară.

Sindromul Lynch reprezintă o provocare atât pentru pacienți, cât și pentru medicii care le pot veni în ajutor!

Prin Societatea Română de Sindrom Lynch puteți contribui la a da timp vieții acestor pacienți! Pentru detalii consultați **srsl.ro** iar dacă identificați asemenea pacienți, ori aveți o suspiciune înaltă pentru un diagnostic de sindrom Lynch, pentru informații suplimentare sau solicitări de afiliere, scrieți-ne pe adresa **contact@srsl.ro**

Criteriile Amsterdam II (3-2-1)	Criteriile Bethesda revizuite
3 sau mai multe rude cu un cancer asociat **(cancer colorectal, sau cancer al endometru,ovar, intestin subțire, keratoacantom, ureter sau pelvis renal)**; 2 sau mai multe generații succesive afectate; 1 sau mai multe rude diagnosticate înainte de vârsta de 50 de ani; 1 ar trebui să fie o rudă de gradul I a celorlalte două; Polipoză adenomatoasă familială (FAP) trebuie exclus în cazurile de carcinom colorectal; Tumorile trebuie verificate prin examen patologic.	Carcinom colorectal (CCR) diagnosticat la un pacient cu vârsta sub 50 de ani; Prezență sincronă sau metacronă a CCR sau alte tumori asociate sindromului Lynch, indiferent de vârstă; CCR cu instabilitate microsatelitară histologic diagnosticat la un pacient mai mic de 60 de ani; CCR diagnosticat la una sau mai multe rude de gradul I cu o tumoră asociată sindromului Lynch, unul dintre cancerele fiind diagnosticat la vârsta mai mică de 50 de ani; CCR diagnosticat la două sau mai multe rude de gradul I sau de gradul II cu tumori asociate sindromului Lynch, indiferent de vârstă.

options+™

BIBERONUL

Anti-Colici

utilizat **cu** sau **fără** sistemul de ventilație

designed to grow with baby

Dovedit clinic că reduce colicii,

eructatul, espectoratul și gazele

Sistemul intern de ventilație

1. Aerul intră prin gulerul biberonului și este direcționat prin sistemul intern de ventilație
2. Aerul circulă prin tubul sistemului ocolind laptele, până în capătul biberonului
3. Sistemul elimină vidul și bulele din lapte, presiunea negativă și strângerea tetinei
4. Bebelușul se hrănește mai confortabil, în timp ce laptele curge liber prin tetină, asemănător alăptării

Vezi cum funcționează aici: drbrownsbaby.com

Folosind sistemul intern de ventilație, beneficiile sunt:

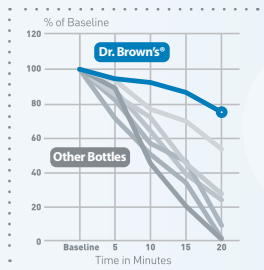
- **Ajută la reducerea problemelor** legate de hrănire
  Biberoanele noastre sunt recunoscute pentru reducerea colicilor, eructatului, espectoratului și gazelor
- **Dovedit că ajută la conservarea nutrienților din lapte***
  Vitaminele C, A și E sunt esențiale pentru creșterea sănătoasă în copilărie
- **Hrănirea fără vid ajută digestia**
  O bună digestie este esențială pentru copii, în special pentru nou-născuți
- **Design complet ventilat al biberonului**
  Asemănător cu hrănirea la sân
- **Sistemul de ventilare internă și tetina din silicon funcționează împreună**
  Flux controlat, astfel încât bebelușii se hrănesc în propriul ritm
- **Ajută la digestie pentru un somn mai bun**
  * În urma unui studiu universitar. Aflați mai multe aici: drbrownsbaby.com/nutrient-study

Dar, este minunat să avem opțiuni atunci când hrănirea bebelușului se dezvoltă

- Puteți să eliminați sistemul de ventilație - **nu este necesar să introduceți alte biberoane**
- Experiența de hrănire este similară cu cea a majorității biberoanelor ventilate prin tetină

Sistemul intern de ventilație Dr. Brown's® elimină bulele de aer din lapte, astfel se minimizează oxidarea, **ajută la păstrarea substanțelor nutritive din lapte.**

Vitamina C în laptele matern



Afla mai mult: **nutrientstudy.com**

BPA Free

Biberonul cu Gat Larg Dr. Brown's® Opțions + ™ dispune de un nou model al tetinei, similar cu mamelonul, pentru a încuraja hrănirea la sân, comportamentul alimentar natural.
Împrumutat de la natură, designul corect conturat ajută în alăptare.
Copilul se atașează confortabil și se evită confuzia mamelonului.

#1 Pediatrician Recommended BABY BOTTLE IN THE U.S.

Susținem recomandarea OMS de alăptare exclusivă până la 6 luni și continuarea alăptării cât mai mult timp posibil. Recomandăm folosirea biberoanelor la nevoie, pentru copii cu vârste de peste 12 luni.

REOMEDICAL
APARATURA MEDICALA

Recuperarea Planșeului Pelvin
Echipamente medicale
pentru tratarea afecțiunilor ginecologice

Aparat Winback Women

Dispozitivele Winback Women au fost proiectate împreună cu specialiști din domeniul ginecologiei în vederea tratării planșeului pelvin fără intervenții chirurgicale sau medicamente, ci doar cu accesorii și consumabile simple și ușor de folosit.

- TONIFICĂ musculatura planșeului pelvin
- ÎNLĂTURĂ durerile vaginale
- ÎMBUNĂTĂȚEȘTE viața intimă a pacientelor
- ACCELEREZĂ cicatrizarea
- OFERĂ efect antalgic imediat

Șoseaua Străulești
numărul 144, București

contact@reo-medical.ro

0723 744 855

REOMEDICAL
APARATURA MEDICALA

Recuperarea Planșeului Pelvin
Echipamente medicale
pentru tratarea afecțiunilor ginecologice

Scaun incontinență emKegel

Echipamentul pentru stimularea mușchilor pelvieni emKEGEL este folosit pentru a restabili controlul neuromuscular și pentru a realiza reeducare musculară, o singură ședință provocând mii de contracții supramaximale ale mușchilor planșeului pelvin.

- Tratamente CONFORTABILE și NON-INVAZIVE
- Pacientul simte doar CONTRACȚIA INVOLUNTARĂ a mușchilor podelei pelvine
- O sesiune de tratament de 30 de minute generează aproximativ 12.000 de contracții ale mușchilor pelvieni, ceea ce înseamnă 12.000 de exerciții Kegel.

Șoseaua Străulești
numărul 144, București

contact@reo-medical.ro

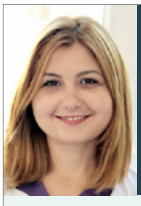
0723 744 855

Locul colposcopiei în ginecologia modernă

Organizația Mondială a Sănătății confirmă o incidență de 570.000 de cazuri noi de cancer de col uterin diagnosticate în 2018 și un total de 311.000 de decese din această cauză în 2015. Aceste date plasează cancerul de col uterin drept a patra cauză de deces în rândul populației feminine, reprezentând 6,6% dintre toate cancerele la femei. Aproximativ 90% dintre aceste decese s-au produs în țările în curs de dezvoltare, iar 95-98% dintre aceste leziuni sunt cauzate de infecția cu HPV (papillomavirus uman), cu cazuri cu potențial oncologic crescut. Datorită incidenței mari, este important să discutăm și să rezumăm strategia de diagnostic pentru leziunile cervicale preinvazive.

Prof. Univ. Dr. Sas Ioan

Department of Obstetrics and Gynecology, Victor Babes University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Departament of Obstetrics and Gynecology, County Hospital Timișoara



Asist. Univ. Dr. Tomescu Larisa

Department of Obstetrics and Gynecology, Victor Babes University of Medicine and Pharmacy, 300041 Timisoara, Doctoral School in Medicine, Victor Babes University of Medicine and Pharmacy, 300041 Timisoara, Departament of Obstetrics and Gynecology, County Hospital Timișoara

Scopul acestei lucrări este de a demonstra că colposcopia, introdusă în 1925 - și care se dezvoltă înaintea marilor progrese tehnologice din ginecologia modernă - continuă să fie o tehnică valabilă fără inovații esențiale ale metodei originale descrise la începutul secolului trecut. Un punct de plecare pentru acest efort a fost definirea rolului colposcopiei ca test utilizat în prevenirea cancerului de col uterin. Ca și în cazul oricărei proceduri de screening, triaj sau diagnostic, riscurile și beneficiile unui test trebuie evaluate și cântărite. O altă componentă majoră a acestui efort a fost revizuirea și standardizarea terminologiei pentru practica colposcopiei. Scopul a fost de a simplifica și clarifica raportarea constatărilor colposcopiei pentru a îmbunătăți absorbția de către colposcopiștii care practică în diverse medii de lucru.

Colposcopia este o etapă importantă în evaluarea inițială a rezultatelor anormale ale testului de screening pentru cancerul de col uterin, colposcopia trebuie considerată o tehnică de rutină în practica zilnică.

Colposcopia digitală are ca scop îmbunătățirea screening-ului cancerului de col uterin și a procesului de diagnosticare, scurtarea perioadei dintre prima interacțiune medicală și implementarea tratamentului, ajutarea la diagnosticarea leziunilor cervicale preneoplazice și neoplazice și reducerea mortalității.

Introducere

Colposcopia este o procedură medicală importantă în ginecologia modernă, utilizată în principal pentru depistarea și evaluarea afecțiunilor care pot fi asociate cu cancerul de col uterin. Această procedură a evoluat semnificativ în ultimii ani, datorită dezvoltării tehnologiei medicale și a îmbunătățirii abilităților medicilor specialiști. În acest articol, vom discuta în detaliu locul colposcopiei în ginecologia modernă, importanța sa în prevenirea și tratamentul afecțiunilor ginecologice, precum și utilizarea sa în afecțiuni precum leziunile precanceroase și canceroase.

Importanța colposcopiei în depistarea cancerului de col uterin

Cancerul de col uterin este una dintre cele mai frecvente afecțiuni ginecologice la nivel mondial. Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), aproximativ 570.000 de femei sunt diagnosticate cu cancer de col uterin în fiecare an, iar aproximativ 311.000 de femei mor din cauza acestei afecțiuni [1]. În ciuda acestui fapt, cancerul de col uterin poate fi tratat cu succes, dacă este detectat în stadiile incipiente. Colposcopia este una dintre cele mai importante proceduri utilizate pentru depistarea cancerului de col uterin.

În timpul colposcopiei, medicul va examina cu atenție zona colului uterin, identificând astfel leziunile și anomaliile celulare care pot fi asociate cu cancerul de col uterin. Dacă sunt detectate zone anormale, medicul poate preleva o mică mostră de țesut pentru a fi supusă biopsiei. Acest procedeu este foarte important pentru identificarea prezenței celulelor canceroase în stadiile incipiente ale bolii. În plus, colposcopia poate fi utilizată și pentru monitorizarea pacienților care au fost diagnosticați cu cancer de col uterin și pentru evaluarea eficacității tratamentului.

Importanța colposcopiei în evaluarea leziunilor precanceroase și canceroase

Leziunile precanceroase sunt modificări ale celulelor care au potențialul de a se dezvolta într-un cancer de col uterin. În timpul colposcopiei, medicul poate identifica astfel de leziuni și poate preleva o mică mostră de țesut pentru a fi supusă biopsiei. În cazul în care biopsia indică prezența celulelor precanceroase, medicul poate recomanda intervenții precum electrocauterizarea sau excizia. Aceste proceduri pot elimina zonele afectate și pot preveni dezvoltarea cancerului de col uterin.

În cazul în care este detectat cancerul de col uterin, medicul poate recomanda o serie de tratamente, precum chimioterapia, radioterapia sau chiar intervenții chirurgicale.

Colposcopia poate fi utilizată și pentru evaluarea eficacității tratamentului, în urma efectuării unei biopsii pentru a evalua rata de vindecare și pentru a detecta eventuale recidive.

Importanța colposcopiei în alte afecțiuni ginecologice

Colposcopia poate fi utilizată și în alte afecțiuni ginecologice, precum infecțiile cu virusul papiloma uman (HPV) și alte infecții ale colului uterin. Infecția cu HPV poate duce la dezvoltarea leziunilor precanceroase și a cancerului de col uterin, iar colposcopia poate fi utilizată pentru depistarea acestor afecțiuni în stadiile incipiente. În plus, colposcopia poate fi utilizată și în evaluarea sângerărilor anormale sau a altor simptome asociate cu afecțiuni ginecologice.

Îmbunătățirea tehnologiei colposcopiei

În ultimii ani, tehnologia colposcopiei s-a îmbunătățit semnificativ, datorită dezvoltării unor noi tehnici de imagistică și a introducerii unor instrumente medicale mai avansate. Aceste tehnologii au permis medicilor să obțină imagini mai clare și mai precise ale zonei colului uterin și să identifice mai ușor leziunile sau zonele anormale. În plus, noile tehnologii au permis medicilor să efectueze biopsii mai precise și să monitorizeze mai eficient evoluția bolii.

Colposcopia digitală este o tehnică modernă de examinare a colului uterin și a vaginului inferior, care utilizează imagini digitale de înaltă rezoluție pentru a evalua și diagnostica leziunile cervicale. Această metodă de diagnosticare este considerată mai precisă și mai eficientă decât colposcopia tradițională, deoarece permite medicului să vizualizeze și să analizeze zonele afectate cu mai multă claritate și să detecteze mai ușor leziunile mici și subtile.

În timpul unei proceduri de colposcopie digitală, medicul va utiliza o cameră specială pentru a capta imagini detaliate ale colului uterin și ale vaginului inferior. Aceste imagini sunt apoi procesate și afișate pe un monitor de calculator, permitând medicului să analizeze și să examineze cu atenție toate zonele afectate. De asemenea, colposcopia digitală permite medicului să captureze și să stocheze imaginile pentru referința ulterioară sau pentru a le partaja cu alți specialiști în cazul în care este necesar.

Printre beneficiile colposcopiei digitale se numară:

- Detectarea mai precisă a leziunilor cervicale
- Reducerea necesității biopsiei
- O mai mare acuratețe în evaluarea gradului de severitate al leziunilor cervicale
- Identificarea mai rapidă și mai eficientă a pacientelor care necesită tratament

Studiile au arătat că colposcopia digitală este mai precisă decât colposcopia tradițională în detectarea leziunilor cervicale, în special în cazul leziunilor mici și subtile. În plus, această metodă permite medicului să evalueze mai precis gradul de severitate al leziunilor, reducând astfel necesitatea biopsiei.

Pe langa aceste beneficii, colposcopia digitală poate fi folosită și pentru a identifica mai rapid și mai eficient pacientele care necesită tratament. De exemplu, în cazul femeilor care prezintă teste Papanicolau anormale sau care au un risc crescut de cancer cervical, colposcopia digitală poate fi utilizată pentru a detecta leziunile cervicale și pentru a evalua gradul de severitate al acestora.

Concluzie

Colposcopia este o procedură medicală importantă în ginecologia modernă, utilizată pentru depistarea și evaluarea afecțiunilor asociate cu cancerul de col uterin și alte afecțiuni ginecologice. Această procedură este esențială pentru depistarea cancerului de col uterin în stadiile incipiente și pentru evaluarea eficacității tratamentului. De asemenea, colposcopia poate fi utilizată și pentru depistarea leziunilor precanceroase, precum și pentru evaluarea altor afecțiuni ginecologice. În ultimii ani, tehnologia colposcopiei s-a îmbunătățit semnificativ, ceea ce a permis medicilor să obțină imagini mai precise și să efectueze biopsii mai eficiente. Colposcopia rămâne un instrument esențial în arsenalul medicilor ginecologi pentru diagnosticarea și tratamentul afecțiunilor ginecologice.

În concluzie, colposcopia are un loc important în ginecologia modernă, deoarece este un instrument util pentru detectarea și evaluarea afecțiunilor care pot fi asociate cu cancerul de col uterin. Această procedură poate fi efectuată cu ușurință într-un cabinet medical și este esențială pentru femeile care doresc să-și protejeze sănătatea reproducătoare. Prin efectuarea unei colposcopii regulate și prin respectarea altor măsuri de prevenție, cum ar fi vaccinarea împotriva HPV, femeile pot reduce semnificativ riscul de a dezvolta cancer de col uterin și alte afecțiuni asociate.

Colposcopia digitală este o metodă modernă și eficientă de diagnosticare a leziunilor cervicale, care oferă beneficii semnificative față de colposcopia tradițională. Utilizarea acestei tehnici poate ajuta la detectarea și tratamentul precoce al leziunilor cervicale, reducând astfel riscul de cancer cervical.

Surse bibliografice:

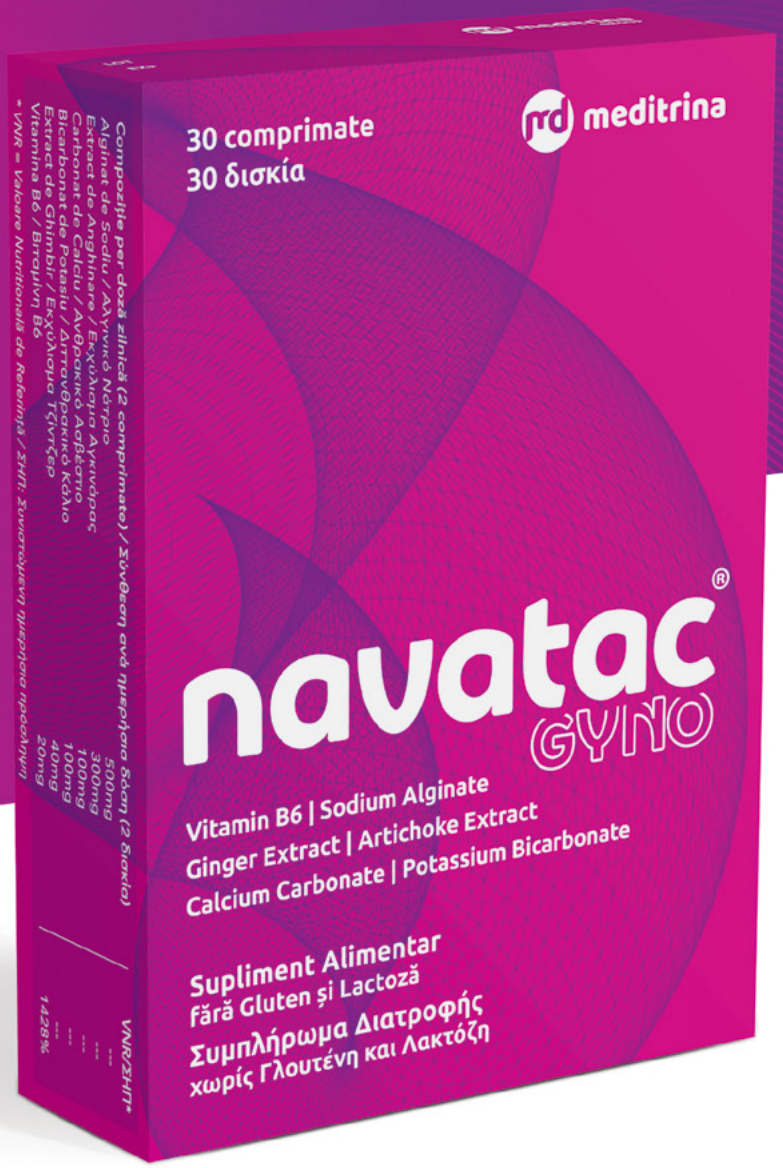
1. Organizația Mondială a Sănătății. (2021). Cancerul de col uterin. Accesat la 22 aprilie 2023, de la https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Practice bulletin no. 168: Cervical cancer screening and prevention. Obstetrics and Gynecology, 131(5), e426
3. Jeronimo, J., & Schiffman, M. (2006). Colposcopy at a crossroads. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 195(2), 349-353.
4. Massad, L. S., Einstein, M. H., Huh, W. K., Katki, H. A., Kinney, W. K., Schiffman, M., Solomon, D., Wentzensen,

navatac® GYNO

Complexul de **6 ingrediente active** recunoscute de studii și ghiduri pentru

reducerea stărilor de greață și vărsături în sarcină![1]

- Reduce severitatea stărilor de greță și vărsături la gravidă în primul trimestru de sarcină[2]
- Reduce aciditatea gastrică și refluxul gastroesofagian în trimestrul al III-lea de sarcină[3]
- Eficiență comparabilă cu metoclopramid[4]



Dozaj și mod de administrare

1-2 pe zi, după masă.

NAVATAC-GYNO® este un supliment alimentar, fără gluten și lactoză, care conține vitamina B6, extract din rădăcină de Ghimbir, extract din frunze de Anghinare, alginat de sodiu, carbonat de calciu și bicarbonat de potasiu. Fiecare comprimat de **NAVATAC-GYNO®** conține: Agent de încărcare: celuloză microcristalină. Alginat de sodiu. Agent de încărcare: sorbitol. Extract apos 30-40:1 (maltodextrină din porumb, dioxid de siliciu) din frunze de Anghinare (Cynara scolymus), cu 13-18% acizi clorogenici. Carbonat de calciu. Bicarbonat de potasiu. Agenți antiaglomeranți: stearat de magneziu vegetal, dioxid de siliciu. Extract (CO_2) din rădăcină de Ghimbir (Zingiber officinale), cu 25% gingeroli. Vitamina B6 (clorhidrat de piridoxină).

Referințe: 1) Antenatal care for uncomplicated pregnancies, Clinical guideline [CG62] Published date: March 2008 Last updated: January 2017; **2)** Am J Obst Gynecol 1995, 173, 881-884; **3)** Alimentary Pharmacology & Therapeutics2014, 39, 595–602. **4)** Pak J Biol Sci 2011, 14, 817-820.

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

SC Meditrina Pharmaceuticals SRL
Intrarea Măguricea Nouă nr. 7-7A, Sector 1, București
Telefon: 021.211.71.83; www.meditrina.ro

meditrina

Prezervarea fertilității în cancerele ginecologie

Is it feasible to spare fertility in gynecological cancers?

Abstract: Fertility sparing in gynecological cancers is a big challenge because cancer affects the uterus or ovaries, the organs that must keep the pregnancy. But what should we do in this situation, with young women that are facing gynecological cancer? Fortunatly, if the cancer is at a low stage, we can help these women.

Dr. Marilena Băluță

Medic primar OG, embriolog senior, Hera's Med și Maternitatea București

De câțiva ani, oncofertilitatea începe cu pași mărunți să prindă teren și în Romania. Deși în Europa și America, medicii implicați în tratarea cancerului oferă tinerilor posibilitatea de a-și prezerva fertilitatea, în România lucrurile sunt tratate cu scepticism. Nu știu dacă asta se datorează lipsei de informație, dar cred, cu siguranță, că în tratamentul cancerului, medicul are o abordare paternalistă, fără să includă în luarea deciziilor beneficiarul final, în cazul nostru pacientul. În cazul cancerelor ginecologice – această abordare este aproape inexistentă pentru că femeile nu au educația de a merge la controale regulate astfel încît o patologie malignă a sistemului reproducător să fie depistată în stadii incipiente pentru a beneficia de un tratament conservator.

Dar oare este posibilă prezervarea fertilității în cancerele ginecologice?

La vârsta fertilă, cele mai frecvente cancere în sfera genitală sunt: cancerul de col uterin, de endometru și cel ovarian.

Pentru a stabili planul de tratament, indiferent despre ce localizare vorbim (col, endometru, ovar), trebuie mai întâi să fie bine stadializat. Mai mult decît atât, ca și în alte tipuri de cancer, pe lângă stadializare, cel mai important criteriu de includere în programul de prezervare a fertilității este forma anatomo-patologică. Consilierea pentru prezervarea fertilității trebuie făcută, de preferat, de către un specialist în oncofertilitate. Specialistul în oncofertilitate trebuie să cunoască foarte bine „cancerul" pentru că aplicarea criteriilor de includere a pacientelor în program, să nu influențeze rezultatul final, iar șansele ca pacientele să poată avea copii, să se încadreze în statistica universală. Din acest motiv, atunci cînd decizia terapeutică vizează o pacientă tînără fără copii, din tumor board trebuie să facă parte și un specialist în oncofertilitate. Pentru a beneficia de consiliere în vederea prezervării fertilității, pacienta trebuie să își dorească acest lucru. Pentru a lua o decizie corectă, medicul trebuie să îi prezinte reacțiile adverse și complicațiile tretamentului. De asemenea, pacienta trebuie să fie informată că tratamentul conservator pentru prezervarea fertilității nu reprezintă standardul de tratament pentru boala ei, și că după nașterea copilului, trebuie să intre în programul de monitorizare conform ghidurilor și acolo unde este necesar, completarea cu tratamentul radical.

Vârsta rămîne un criteriu doar atunci cînd femeile își doresc copii cu ovocite proprii. Dacă au în vedere procedură cu ovocite donate, vârsta pentru tratamentele conservatoare în vederea prezervării fertilității poate fi crescută pînă la 50 de ani.

Cancerul de col uterin

În cancerul de col uterin, putem vorbi depre prezervarea fertilității doar în stadiile incipiente, astfel:

- tumoră < 2 cm, margini libere > 5 mm, diferențierea celulară G1, ganglioni negativi (sunt excluse cancerele în care se decelează micrometastaze ganglionare) și formele anatomo-patologice tipul scoamos și adenocarcinom, distanța dintre orificiul intern al colului și tumoră > 1 cm.

De ce este important să ținem cont de dimensiunea tumorii și distanța până la orificiul intern? Pentru că după tratamentul chirurgical conservator, pentru susținerea unei sarcini, trebuie aplicat cerclaj. Cerclajul colului se poate aplica transvaginal – McDonalds și Shirodkar sau transabdominal prin abord laparoscopic. Dintre intervențiile chirurgicale conservatoare pentru îndepărtarea tumorii amintim: conizația, trahelectomia simplă sau radicală. În timpul acestor intervenții trebuie verificat statusul ganglionilor limfatici. Dacă sînt pozitivi, se recomandă intervenția radicală.

Cancerul de endometru

Pe lângă stadializarea FIGO a cancerului de endometru, consensul socităților ESMO-ESGO-ESTRO au împărțit cancerul de endometru în grupe de risc.

Femeile eligibile pentru tratamentul conservator în vederea prezervării fertilității, sînt femeile cu cancer de endometru tipul 1, stadiul I, tipul endometrioid și fără invazia miometrului.

Categoria de risc	Definiție
Risc scăzut	Stadiul I endometrioid, G 1 -2, < 50% invazia miometrului, ganglioni negativi
Risc intermediar	Stadiul I endometrioid, G 1-2, ≥ 50% invazia miometrului, ganglioni negativi
Risc intermediar-crescut	Stadiul I endometriod, G 3, < 50% invazia miometrului, indiferent de statusul ganglionilor limfatici Stadiul I endometriod, G 1-2, ganglioni pozitivi, indiferent de invazia în miometru
Risc crescut	Stadiul I endometrioid, grade 3, ≥ 50% invazia miometrului, indiferent de statusul ganglionilor limfatici Stadiul II Stadiul III endometrioid, fără boală reziduală Non-endometrioid (tipul II) (seros sau clear cell or carcinom nediferențiat sau carcinosarcom.
Consens ESMO-ESGO-ESTRO 2016	

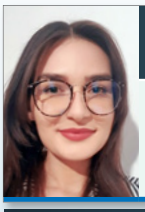
Tratamentul cancerului de endometru în stadii incipiente poate fi medicamentos – administrarea de preparate cu progesteron și/sau rezecția histeroscopică a tumorii (limitată la endometru).

Cancerul de ovar

Ca și în celelalte localizări ale cancerelor ginecologice, prezervarea fertilității poate fi luată în discuție în tumorile de ovar borderline și cancerul de ovar în stadiul I A. Tipurile histopatologice mucinos, seros și endometrioid G1 au un prognostic favorabil. Chiar dacă vorbim de cancer ovarian în stadiul I A, managementul intraoperator trebuie să respecte ghidurile – lavaj peritoneal, biopsii peritoneale multiple, etc.

În conclunzie, tratamentele oferite pacientelor care doresc prezervarea fertilității trebuie individualizate, iar cazurile foarte bine alese. Prezervarea fertilității este o soluție inclusiv pentru pacientele cu cancere ginecologice, iar colaborarea între membrii echipei și complianța pacientei sînt factori care pot contribui semnificativ la eficientizarea tratamentului și creșterea calității vieții după vindecare.

Ce-i al tău ți-e scris în... gene



Dr. Diana Prepeliță

Medic rezident
Genetica Medicală

Dr. Maria Stratan - medic specialist Genetică Medicală

Dr. Ina Ofelia Focșa - medic primar Genetică Medicală

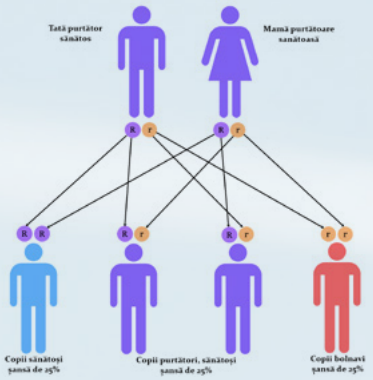
Dr. Danae Stambouli - Doctor în Biologie

Am putea oare prezice ce ne rezervă viitorul, pe baza amprentei noastre genetice?

În anul 2003, la doar 50 de ani de la descoperirea structurii ADN-ului de către Watson și Crick, genomul uman a fost pentru prima oară secvențiat. Acest moment a constituit un punct de cotitură în practica medicală, deschizând porțile erei genomice și a medicinei personalizate. Astfel, cauzele pentru numeroase afecțiuni au fost identificate, oferindu-ne posibilitatea ca prin cunoașterea propriei structuri genetice, să fim capabili să prezicem și să prevenim apariția unor afecțiuni ereditare.

Ce a însemnat ereditatea de-a lungul istoriei?

Problema eredității a constituit o preocupare încă din era clasică a antichității, când marii filosofi au încercat să găsească o explicație pentru asemănarea dintre părinți și copii. Pitagora a dat naștere „spermismului", ce consideră că asemănarea, adică informația ereditară, era conținută de „sămânța masculină", transmisă mamei, care era doar un mediu de creștere a acesteia. Această sămânță era un fel de bibliotecă a ființei umane, ce absorbea o serie de aburi mistici de la fiecare dintre părțile individuale, ce apoi dădeau naștere organismului. Asimetria evidentă a acestei teorii i-a determinat pe urmașii lui Pitagora, ce priveau lumea printr-o armonie matematică născută din celebra teorie a triunghiului, să considere mama și tatăl două laturi ale unui triunghi și copilul, cea de-a treia. Așa cum în triunghi ipotenuza poate fi calculată pe baza celor două laturi, folosindu-se o formulă matematică precisă, la fel și copilul provenea din contribuțiile individuale ale celor doi părinți. Platon, captivat de această metaforă, a dedus că prin combinația perfectă de părinți, se poate naște copilul perfect. O utopie politică s-a născut astfel din utopia genetică. Dintre filosofii antici, cel care a pus cu adevărat bazele teoriei eredității a fost Aristotel în tratatul „Istoria animalelor". Prin simțul său analitic și observațional, acesta a creat o teorie circulară, în care forma dădea naștere informației și apoi informația dădea naștere formei, teorie mult mai apropiată de genetica actuală. Multe alte teorii au fost dezvoltate de-a lungul timpului, însă fundamentele geneticii pe care o cunoaștem astăzi au fost puse de Gregor Mendel în 1866, un călugăr din ordinul Sf. Augustin din Brno, care prin studii



asupra diferitelor specii de mazăre a scris legile eredității cunoscute astăzi. De aici și denumirea de transmitere mendeliană. Caracterul genetic al anumitor boli poate fi studiat mai ales în familiile regale, unde se practicau adeseori căsătoriile intrafamiliale. Membrii familiilor regale sufereau frecvent de probleme neurologice, psihiatrice și hematologice, ceea ce nu în puține cazuri a dus la discontinuitatea liniei regale. Ferdinand I al Austriei s-a născut cu hidrocefalie, Alexei Romanov a avut hemofilie, regele George al III-lea al Angliei porfirie, iar dovezile merg până în Egiptul antic, unde s-a descoperit că regele Tutankhamon a avut despicătura palatină și picior equin.

Deși societatea a evoluat, suntem supuși aceloraşi legi ale naturii…

De cele mai multe ori, aceste boli erau afecțiuni cu transmitere recesivă.

Ce este o afecțiune recesivă?

În mod normal, fiecare dintre noi avem câte două copii ale aceleași gene, una moștenită de la mama și una de la tată. Afecțiunile genetice recesive necesită ca ambele copii să fie defecte, pentru ca boala să devină manifestă clinic. Există situații în care o persoană este clinic sănătoasă și are doar una dintre copii alterată, situație denumită „**purtător sănătos**". Deși aceste persoane nu vor dezvolta niciodată simptome, copiile defecte pot fi transmise la descendenți, iar riscul de a avea un copil afectat este de 25% dacă ambii parteneri sunt purtători pentru aceeași afecțiune.

Care este șansa de a fi purtător?

În mod uluitor, studii genetice populaționale au arătat că 95% dintre oameni sunt purtători pentru minim o afecțiune genetică recesivă severă, iar riscul ca un cuplu să dea naștere unui copil afectat este de 1 din 100. În fapt, 80% dintre copiii născuți cu afecțiuni genetice provin din părinți sănătoși, fără istoric familial.

Ce se poate face pentru a preveni aceste afecțiuni?

Linea Vita® este un test de screening de ultimă generație, special conceput pentru a analiza 217 afecțiuni recesive frecvente în populație, cu manifestări clinice severe și considerate a avea un impact semnificativ asupra calității vieții. Ideal, acesta se realizează preconcepțional, dar și în timpul sarcinii. Depistarea statusului de purtător permite realizarea diagnosticului prenatal și oferă posbilitatea planificării familiale. În cazul în care testarea se face preconcepțional, suplimentar există și opțiunea diagnosticului preimplantațional cu selecție de embrioni.

Cui se recomandă testul?

Oricărei persoane care dorește să își cunoască constituția genetică, însă este ideal în cazul cuplurilor care urmează să devină parinți.

Cum se realizează testul?

Simplu, este nevoie doar de o probă de sânge sau celule bucale. Materialul genetic este prelucrat și analizat în laboratorul nostru, la cele mai înalte standarde. De asemenea, este oferită consiliere genetică pre- și post-testare.

Pentru mai multe informații
ne puteți contacta la 021.233.13.54
sau office@lineavita.ro.

linea vita

CYTOGENOMIC MEDICAL LABORATORY

Proxeed® PLUS

Contribuie la menținerea fertilității masculine și a reproducerii normale

2 plicuri/zi

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.
Proxeed® Plus este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Suplimentele alimentare nu înlocuiesc o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. A nu se lăsa la îndemâna copiilor. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la acest produs la adresa de e-mail: contact@addenda.ro.

Alfasigma România S.R.L.
str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București
tel.: 031.805.35.26, 031.805.35.27; fax: 031.805.35.28.
e-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA

Proxeed® WOMEN

Contribuie la menținerea fertilității feminine și a reproducerii normale

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.
Proxeed® Women este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Suplimentele alimentare nu înlocuiesc o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. A nu se lăsa la îndemâna copiilor. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la acest produs la adresa de e-mail: contact@addenda.ro.

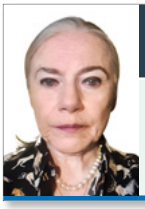
Alfasigma România S.R.L.
str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București
tel.: 031.805.35.26, 031.805.35.27; fax: 031.805.35.28.
e-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA

Caz clinic. Abces mamar recurent primitiv non-gestațional prin mycobacterium tuberculosis. Provocări contemporane

Case report. Recurrent primary non gestational breast abscess due to mycobacterium tuberculosis infection. Contemporary challenges

Abstract. Breast is a rare location for Mycobacterium tuberculosis (MbT) infection, and it is an actually continuous challenge for medical staff. This paper presents the first registered Romanian case with MbT location in a young women: a chronic primary tubercular breast abscess, non pregnancy related, with periods of apparent healing, and repeated areolar fistula formation. Incidence, risk factors, hypothetic mechanisms of primary/secondary breast MbT infection, microbiological assessment difficulties- related to conventional (smear with special stains as Ziehl Neelsen, and culture on specific solid/liquid/media), reaction, and the most advanced method with nanoparticles,- delivering fast, high accuracy, sensibility, and specificity results, the differentials to pyogenic abscesses, other chronic granulomas, and breast cancer, treatments issues, MbT resistance to drug therapy (mainly rifampin). One recalls the old concept of „therapeutic antitubercular" test, when all other available assessment steps are usefulness.



Prof. Univ. Manuela Russu
UMF „Carol Davila", București

Masterand Cornelius Antonescu
Universitatea Politehnică, București

Doctorand Adriana Ghelmene
UMF „Carol Davila", București

MD, PhD. Daniela Degeratu
Universitatea Politehnică, București, Laboratorul de Anatomie Patologică „Dr. I. Cantacuzino"

Șef lucrări Șerban Nastasia
UMF „Carol Davila", București

Introducere

Tuberculoza (TB) - o boală veche, cunoscută de peste 5000 î.Hr reprezintă provocare și povară pentru comunitatea științifică și medicală contemporană, mai ales în perioada infecţiilor virale prin HIV, și recent prin pandemia Covid 19, care agravează infecția cu Mycobacterium Tuberculosis (MbT). „Global Tuberculosis Report 2022" [1] menționează 26,3 milioane de oameni cu TB și 1,5 milioane decese în perioada 2015- 2021, o scădere de 5,9% a mortalitații prin MbT pe plan mondial în perioada 2015-2019, cu creșterea deceselor în perioada 2020 - 2022, paralel cu o rată scazută de cazuri noi- de la peak-ul de 7,1 milioane în 2019 la 5,8 milioane în 2020, cu evidențierea subdiagnosticării MbT în multe țări și teritorii prin focusarea pe COVID-19 [1], cu neimplinirea proiectelor OMS pe perioada 2018-2025 în privinţa TB [1]. Lipsa unui vaccin eficient real și pe termen lung,- cum au reușit să aibă puține țări [1], a oportunităților de diagnostic rapid și înalt sensibile pe scara largă a MbT, a apariției tulpinilor multirezistente la terapie reprezintă de asemenea povara contemporană [1;3], care asociate cu venitul redus, subnutriția, abuzul de alcool și tutun, tulburările imunosupresive, călătoriile și imigrația extinse contribuie la globalizarea TB [1;4], la care se adaugă alt aspect catastrofic - costurile financiare tot mai ridicate pe plan mondial [1]

Sânul este o localizare rară pentru MbT, chiar și în țările cu TB endemică, în Europa raritatea este și mai mare, iar în România este primul caz raportat, din știința autorilor. In cazul din București dificultățile diagnosticului legat de negativitatea testelor microbiologice specifice existente și "sărăcia" bacilară pe țesutul excizat ar fi putut fi depășite dacă la momentul 2014/2015 erau disponibile oportunitățile oferite de nanoparticule [2] și nu prin vechiul "test terapeutic cu tuberculostatice", puțin cunoscut actual, la care s-a apelat la Clinica de Ginecologie "Dr I. Cantacuzino" după a patra recurență a abcesului mamar la o pacientă tânără, nuligestă, fără alte patologii, după epuizarea tuturor posibilităților de diagnostic etiopatogenic ale momentului.

Prezentarea cazului

ID de 31 ani, caucaziană, cu studii superioare și venit mare, căsătorită, nuligestă, sub contraceptive orale combinate, fără istoric familial și personal de TB sau cunoscută a avea/avut contact cu persoane cu tuberculoză, fără chirurgie mamară se prezintă în decembrie 2014 cu retracție și inversiune mamelonară, roșeată și

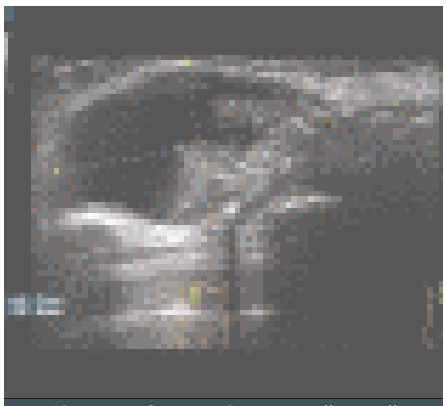


Figura 1. Sonografia mamară: masă chistică, Âcu pereți groși, cu densitate asimetrică și heterogenă

Figura 2. Imaginea areolei și mamelonului sânului drept: cicatricea cu vindecare lentă după intervenția chirurgicală din decembrie 2014, și cicatricea alb sidefie veche; fistulă de partea opusă cu material purulent; mamelon inversat, retractat

negativ și lipsesc simptome precum febra, pierderea ponderală și/sau a apetitului. Pacienta a prezentat anterior trei episoade similare, primul în 2007, cu o fistulă a abcesului mamar drept, cu culturi sterile pentru germeni aerobi/anaerobi și ciuperci din materialul purulent.

Investigaţiile hematologice şi biochimice de rutină, ca și prolactina serică sunt normale. Testul HIV negativ. Sonografia sânului relevă îngroșare tegumentară, retracţie mamelonară, dilataţii ale ductelor terminale, imagine chistică de 2,9 cm diametru, prost delimitată cu pereţi groși. [Figura 1].

Examenul citologic al puroiului din fistulă - colorație Giemsa arată frotiu bogat celular, cu fundal bogat în celule polimorfe, agregate limfo-histiocitare și celule gigante multinucleate tip Langhans, detritus de fibrină, celule epiteliale rare, aspect care a determinat concluzia de granulom mamar inflamator cronic.

Se procedează la incizie-excizie a ţesutului inflamator mamar, cu drenaj larg a cavităţii restante, cu examene histopatologic și microbiologice; fără a se înregistra evenimente adverse precum șoc, toxemie în perioada postoperatorie.

În ianuarie 2015 se înregistrează a nouă fistulă areolară la nivel opus inciziei, cu scurgere de material purulent [Figura 2], fără febră sau alte simptome generale, așa cum au lipsit la fiecare din episoadele precedente, sau la consultaţiile medicale.

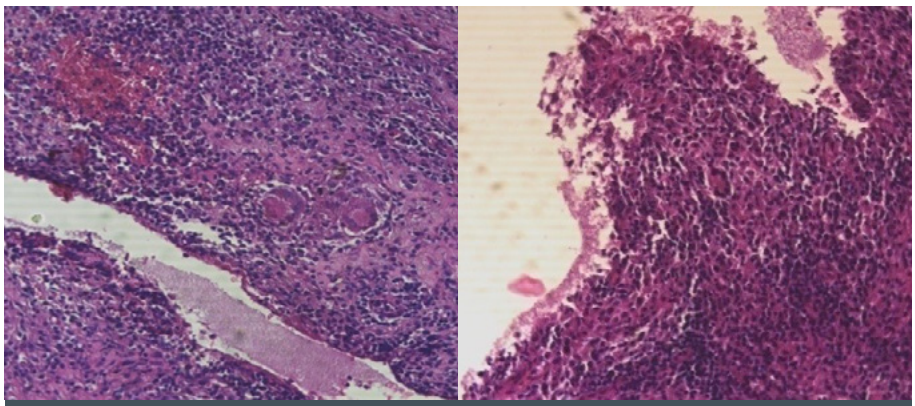


Figura 3: Imagini histopatologice (A. Hematoxilină - Eozină, 40x; B. Hematoxilină - Eozină, 20x): Leziuni inflamator- granulomatoase/ Infiltrat inflamator cronic bogat, cu multe histiocite (cu aspect epitelioid) și numeroase celule gigante multinucleate de tip Langhans

îngroșare tegumentului ce acoperă o tumoră de 2/1 cm, localizată în cadranul supero- intern al sânului drept, mobilă, cu o fistulă la nivelul areolei, fără adenopatie axilară sau latero-cervicală, și cu sânul stâng normal. Examenul sistemic este

Toate culturile (germeni, ciuperci) sunt sterile. Examenul microscopic al piesei excizate relevă rare celule epiteliale scuamoase, limfocite, plasmocite, histiocite, celule gigante multinucleate de tip Langhans și numeroase vase sanguine.

Figura 4. Imaginea sînului drept la 2 luni de TIA. Pacienta în semi-decubit lateral drept, plaga vindecată, mamelon inversat, fără sinusuri areolare

Colorația Ziehl Neelsen și PCR pentru MbT din fragmentele recoltate la intervenţie sunt negative.

Examenul radiologic pulmonar este normal, intradermoreacţia la PPD măsoară 10 mm

În martie 2015 se decide tratament intensiv antituberculos. (TIA) cu trei medicamente: isoniazidă, rifampicină, etambutol. Vizita de control din mai 2015 (după două luni de tratament intensiv) arată: remisia fistulelor, vindecare cutanată, persistenţa inversiunii mamelonare [Figura 4], și creștere ponderală de 2 kg. Pacienta a totalizat nouă luni de TIA.

Diagnosticul final este de abces mamar tuberculos primitiv non-gestaţional

Discuţii

Istoria relatează că Sir Astley Cooper a descris cu numele de „scrofulous swelling of the bosom" primul caz de tuberculoză mamară la o femeie tânără în anul 1829. TB extrapulmonară este raportată la aproximativ 18% de cazuri în SUA [5], iar la nivelul sînului este extrem de rară în populaţia vestică- 0,025 - 0,1% din toate cazurile operate pentru sân. În ultimii 20-25 ani în Europa este extrem de rară- 4% în regiunile Europei de Sud (Grecia, Italia, Spania), cu ușoară creștere a incidenţei la 8% regiunea Mediteranei de Est (Turcia) [6]. 0,64% pînă la 3,59% din toate cazurile cu patologie mamară sunt în ţările în curs de dezvoltare din Asia, Africa, America de Sud, incidenţa cazurilor confirmate histologic fiind de 0,4% anual [7], cu fluctuaţii în Turcia, și cu cea mai mare incidenţă în Sudul Turciei [8], India raportând TB mamară de 5 ori mai rară decit carcinoamele [9].

Text integral pe: revistamedicalmarket.ro

RICHARD WOLF

spirit of excellence

System green

Real-time fluorescence imaging with the ENDOCAM Logic 4K camera platform

Str. Nisipari, nr. 27, sector 1, București; tel/fax 021.317.91.88/89, e-mail: office@vavian.ro

VAVIAN TRADING

More-Cell-Safe

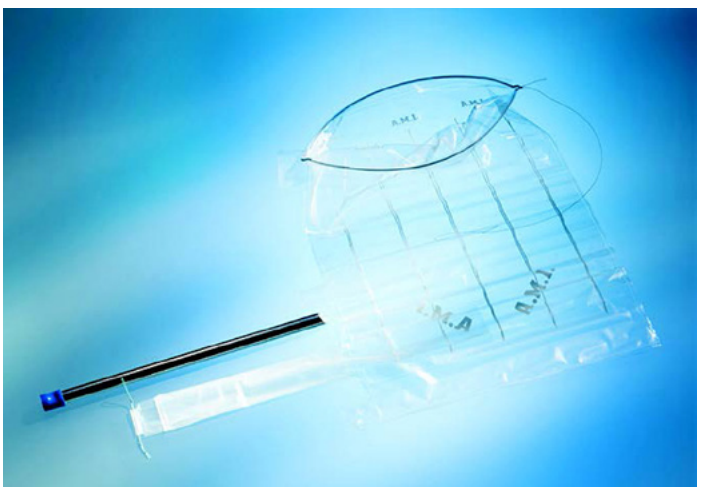
A.M.I.®

Ergonomic & efficient morcellation

i-Cut is the user-friendly single-use morcellator with reliably high cutting performance. Ideal for extracting large tissue masses in LASH and myomectomy. Convenient. Powerful. Economical.

Increase Safety in Power Morcellation

The first commercially available solution that demonstrates to significantly increase safety against cell spillage in power morcellation.



Str. Nisipari, nr. 27, sector 1, București; tel/fax 021.317.91.88/89, e-mail: office@vavian.ro

VAVIAN TRADING

Tratamentul cu PRP Plasmogel al cicatricilor postnatale

Naşterea naturală poate fi o experienţă traumatică pentru o femeie, cu urmări fiziologice şi psihologice care îşi pot lăsa amprenta permanent asupra vieţii ei intime şi sociale dacă nu sunt tratate la timp. În timpul travaliului, mai mult de 85% dintre femei întâmpină o formă de traumă a perineului şi 60-70% au nevoie de suturi. În unele cazuri, în urma epiziotomiei (incizie efectuată de obstetrician la nivelul perineului pentru a evita ruptura de perineu) pot apărea complicaţii care, tratate corespunzător, dispar după un timp. Rămân totuşi cicatricile. Din fericire, tratamentul cu PRP Plasmogel poate elimina ţesutul cicatricial în mod permanent şi promova regenerarea celulelor sănătoase.

Perineul este muşchiul localizat între vagin şi anus. Lacerațiile (rupturile) de perineu sunt comune în timpul naşterilor naturale. 9 din 10 femei experimentează o formă de ruptură de perineu în timpul primei sale naşteri, la nivelul căreia medicul ginecolog intervine printr-o epiziotomie. La a doua naştere, o astfel de ruptură este mai puţin întâlnită. Potrivit studiilor, trauma perineală poate fi una dintre complicaţiile postnatale severe şi trebuie urmărită îndeaproape.

Lacerațiile grave de perineu pot fi evitate prin masaj perineal. Aplicarea masajului poate începe după a 35-a săptămână de sarcină şi poate fi aplicat de către partener. În timpul naşterii, medicul se va ocupa de acest lucru şi va efectua epiziotomia. Prin intermediul masajului, riscul de lacerații de grad 3 sau 4 (care implică sfincterul anal) poate fi evitat.

Recuperarea după o epiziotomie este foarte importantă. Suturile sunt reabsorbite după aproximativ 6 săptămâni. În timpul acesta, pacienta este instruită la o rutină strictă. Unele analgezice precum paracetamolul pot fi prescrise pentru a uşura durerile asociate intervenţiei. Plasarea cuburilor de gheaţă înfăşurate într-un prosop asupra zonei afectate este recomandată. Pacienta trebuie să urmeze nişte paşi stricţi privind mersul la toaletă, ridicarea de greutăţi sau contactul sexual, până când zona se vindecă complet. Exerciţii pentru întărirea musculaturii perineale sunt şi acestea recomandate.

Dr. Diana Mihai,
medic specialist obstetrică-ginecologie

Luarea acestor măsuri face evident faptul că urmările lacerațiilor de perineu pot fi grave şi pot duce la disfuncţii semnificative, de lungă durată, care afectează viaţa persoanlă a femeii. Cea mai des întâlnită complicaţie pe termen lung este incontinenţa urinară, care poate începe să apară în urma unor eforturi mici, precum strănutul sau tuşitul. Unele femei ignoră acest simptom care evoluează ani la rândul, motiv pentru care această afecţiune capătă numele de „ruptură veche de perineu", atunci când femeia ajunge într-un final în cabinetul ginecologic. O altă complicaţie poate fi dispareunia (durerea în timpul contactului sexual), însă cea mai gravă complicaţie este prolapsul genital, adică migrarea organelor genitale feminine în afara vaginului. Pacienta se prezintă deoarece simte o protruzie la nivelul vaginului sau vulvei. În acest caz, vezica urinară, colul uterin şi uterul sau pereţii rectali pot ajunge, în timp, să migreze în treimea superioară a vaginului, apoi să ajungă între labii, sau chiar să iasă împreună cu pereţii vaginali, prin vagin, in exterior.

PRP Plasmogelul este bine-cunoscut pentru proprietatea acestuia de a accelera vindecarea tisulară, de aceea este folosit în situații în care este nevoie ca țesuturile să se vindece rapid, precum în cazul naşterii naturale, pentru a fi evitate eventualele complicații.

Plasma bogată în trombocite (PRP Plasmogel) este un amestec de plasmă cu o concentrație mai mare de trombocite și factori de creștere decât concentrația normală din sânge. O persoană sănătoasă are în jur de 150.000 - 450.000 trombocite pe microlitru de sânge integral. Cu ajutorul metodei actuale de preparare a PRP Plasmogelului, se poate obține un concentrat trombocitar de 3-7 ori mai mare decât volumul inițial sanguin.

Odată injectate în zona deteriorată, trombocitele încep să se degranuleze, eliberând factori de creștere benefici care stimulează angiogeneza (formarea de noi vase sanguine), fibroza (cicatrizarea) și sinteza colagenului.

Injectat imediat după naștere, PRP Plasmogelul este eficient pentru a preveni pierderile mari de sânge, durerile după naștere și garantează o rată mai mică a infecțiilor. De asemenea, aspectul estetic este îmbunătățit și vindecarea mai rapidă.

Așadar, cicatricile inestetice din zona perineului pot fi îndepărtate cu ușurință prin tehnica PRP, chiar și după mult timp de la naștere. Factorii de creștere eliberați de trombocite ajută la crearea de noi vase de sânge în timp ce regenerează țesuturile. Acest lucru are ca rezultat îmbunătățirea texturii pielii. Terapia cicatricilor postnatale prin injectări cu PRP Plasmogel minimizează sau elimină cicatricile prin stimularea celulelor țesutului conjunctiv numite fibroblaste și a celulelor epidermice numite keratinocite. Când aceste celule ale pielii sunt produse într-o cantitate mai mare, se creează colagen nou. Colagenul este o proteină care are rolul de a produce țesut cutanat nou și sănătos. Acest nou colagen produs în jurul locului de injectare înlocuiește țesutul cicatricial deteriorat pe măsură ce se dezvoltă. Pe măsură ce pielea este regenerată în zona afectată, cicatricile devin mai puțin vizibile.

www.plasmogel.com
Tel: 0736.627.525

Proxerex®

Contribuie la menținerea activității și energiei sexuale naturale a bărbaților

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.
Proxerex® este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Suplimentele alimentare nu înlocuiesc o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. A nu se lăsa la îndemâna copiilor. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la acest produs la adresa de e-mail: contact@addenda.ro.

Alfasigma România S.R.L.
str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București
tel.: 031.805.35.26, 031.805.35.27; fax: 031.805.35.28.
e-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA

Ellamuselle®

Contribuie la menținerea apetitului sexual normal al femeilor

1 plic/zi

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.
Ellamuselle® este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Suplimentele alimentare nu înlocuiesc o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. A nu se lăsa la îndemâna copiilor. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la acest produs la adresa de e-mail: contact@addenda.ro.

Alfasigma România S.R.L.
str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București
tel.: 031.805.35.26, 031.805.35.27; fax: 031.805.35.28.
e-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA

Aspecte biomedicale ale patologiei de static genital și tratarea lor prin „procedeu Saba Nahedd"

Biomedical aspects of genital static pathology and their treatment by the „Saba Nahedd Procedure"

Dr. Saba Nahedd

Medic primar Obstetrică - Ginecologie
Doctor în științe medicale, Cercetător științific gr.II,
Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului " Alessandrescu - Rusescu"
Departamentul de Obstetrică - Ginecologie - Spital Clinic Polizu, Email:sabanahedd@gmail.com

Abstract

Introduction

Pelvic static disorders are the result of the imbalance between the propulsive abdominal force and gravity on one side and the resistance force opposite them (results from the combined action of the means of orientation, support and support of the uterus).

The symptoms due to pelvic static disorders create a biological and social discomfort for patients.

Material and method

This paper aims to evaluate the stage covered over a period of 10 years and 6 months, of the 203 cases operated on for uterine prolapse, the immediate and late accidents and incidents, eventual recurrences of uterine prolapse, cystocele, as well as other compartments: urethrocele, rectocele, elytro-rectocele.

From 25.10.2012 to 20.03.2023 they were hospitalized and operated on in the Polizu Clinical Hospital with the help of the new procedure „Anchoring the uterine isthmus with Bandettes - Saba Nahedd procedure".

The technique is based on: the anchoring of the isthmic tape on the posterior face of the uterine isthmus, and the free part of the tape is fixed on the anterior face of the isthmus to prevent it from sliding, thus all the weight of the uterus is supported by the tape like a hammock, the second tape the suburethral is fixed at the level of the urethral junction and then anchored to the sheath of the rectus abdominis muscles.

Conclusions

The technique presents the advantage of a complete and effective surgical treatment of genital prolapse gr. II and III and cystocele per magna because:

- Resolves genital prolapse and cystocele per magna and brings it to its anatomical position.
- Resolves stress urinary incontinence by using the suburethral tape.

The use of polypropylene material and non-absorbable threads that are fixed to the sheath of the rectus abdominis, hormone-independent tissue, makes the chances of recurrence as low as possible or almost non-existent, where in the 203 cases the recurrence in this compartment was 0.

Introducere

Prolapsul genital, denumit și coborârea de organe este o coborâre progresivă, în micul bazin a vaginului (sau a unei părți din vagin) și/sau a uterului, prin slăbirea musculaturii și a țesuturilor fibroase inextensibile ale perineului, precum și a mijloacelor de susținere a organelor micului bazin (ligamente rotunde, ligamente largi, ligamente uterosacrate). Prolapsul uterin poate fi însoțit de prolapsul vezicii urinare (cistocel), de uretră (uretrocel), de rect (rectocel) precum și prolabarea fundului de sac Douglas (elitrocel).

Cauzele și factorii de risc care determină această patologie sunt:

- nașteri multiple, nașterea dificilă a unui copil cu greutate mare, constituie principala cauză a relaxării și slăbirii mușchilor care duc la prolaps uterin
- pierderea tonusului muscular asociată cu înaintarea în vârstă și reducerea post menopauză a cantității de estrogen, surplusul ponderal, tusea cronică, constipația cronică pot contribui sau agrava prolapsul uterin

Acest fapt explică hernierea, respectiv prolapsul uterin în afara comisurii vulvare în diferite grade cu apariția simptomatologiei clinice, care constă în senzația de greutate în porțiunea inferioară a pelvisului, durere lombară, la mers, desurie, dispareunie, senzație că "ceva cade în afară/sta pe o minge", iritația introitului și ulcerații ale organelor prolabate, incontinența urinară la efort (IUE).

Consecințele psiho – sociale constau în tulburări sexuale; dispareunie; tulburări de anxietate; tulburări depresive; tulburări psiho – somatice; izolare socială; afectarea relațiilor actuale (divorț) și viitoare; dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme.

> Consecințele psihice ale afecțiunii constau în starea de tensiune; starea de încordare; starea de disconfort cu semnificație negativă; starea de frustare sau de deprimare.

Toate aceste simptome creează un disconfort biologic și social pentru paciente.

Prolapsul uterin este deseori asociat cu incontinența urinară la effort, pierderea câtorva picături de urină la efort, uneori mascată de prolabarea excesivă a uterului, prin cudarea uretrei.

În practica clinică, atât cistocelul cu IUE cât și pierderea suportului peretului vaginal anterior, contribuie la hipermobilitate uretrală și în consecință la condiționarea etiopatogenică a IUE (De LANCEY, 2002)

Material și metodă

Această lucrare își propune evaluarea etapei cuprinsă pe o perioadă de 10 ani și 6 luni a celor 203 de cazuri operate de prolaps uterin, accidentele și incidentele imediate și tardive, eventual recidive ale prolapsului uterin, cistocelului, precum și a altor compartimente: uretrocel, rectocel, elitro-rectocel.

Din data de 25.10.2012 până în data de 20.03.2023 au fost internate și operate în Spitalul Clinic Polizu cu ajutorul noului procedeu 203 cazuri.

Aceste cazuri au fost internate cu diagnosticul de prolaps uterin gr II – III, cistocel per – magna, la care după investigațiile clinice și paraclinice:"cistografie micțională", chiuretaj biopsic fracționat, rezecția cu ansă diatermică a colului uterin pentru a exclude patologia asociată, în special cea neoplazică, au beneficiat de această tehnică.

Pentru cele 203 cazuri s-a practicat o nouă metodă terapeutică de corectare a prolapsului uterin "Ancorarea istmului uterin cu bandeleta la teaca mușchilor drepți abdominali procedeul Saba N"

Pentru acest procedeu am inventat un kit „Bandelete SABA" (Fig.1) având aprobările de la OSIM prin Hotărârile nr. 23012, 23013/30.12.2013, Brevet nr. 020476, și aprobare USA cu nr. US2015/0335413A1, Certificat European nr. 2914196 care conține:

- O bandeletă istmică specială (Fig.2) din material de polipropilenă lungă cu lățimea de 1.2 cm, la capetele căreia se leagă câte un fir din material nerezorbabil, la unul din capetele bandeletei pleacă o altă bandeletă liberă făcând o formă de Y.
- O bandeletă suburetrală (Fig.3) tot din același material cu lungimea de 10 cm și lățimea de 1.2cm la capetele ei sunt legate câte un fir.
- O pensa S&N pentru ancorarea istmului uterin (Fig.4) care are 2 brațe sudate între ele, în vârf are 2 orificii. Pensa este prevazută cu un inel suplimentar pentru a reda unghiul necesar formării tunelelor. Mai este prevazută cu 2 brațe de 2.5 cm (drept și stâng) care ne arată înclinarea pensei față de meatul uretral.

Problemele tehnice pe care le rezolvă

Fig.1 Kit Bandelete Saba

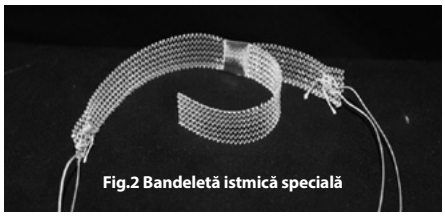


Fig.2 Bandeletă istmică specială

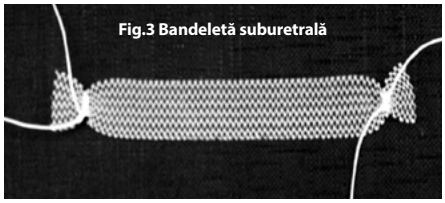


Fig.3 Bandeletă suburetrală

Fig 4 Pensă S&N pentru ancorarea istmului uterin

acest procedeu constau în ancorarea bandeletei istmice pe fața posterioară a istmului uterin, cât și partea liberă a bandeletei se fixează pe fața anterioară a istmului pentru a împiedica alunecarea lui, astfel toată greutatea uterului este menținută de bandeletă ca un hamac, cea de a doua bandeletă suburetrală se fixează la nivelul joncțiunii uretrale și apoi se ancorează la teaca mușchilor drepți abdominali printr-o incizie orizontală de aproximativ 7 cm suprapubiană. Astfel se repoziționează uterul în poziția sa anatomică intermediană fără a deschide spațiul rectovaginal pentru a nu antrena elitro-rectocel.

Bandeletele inventate intervin în spijinul Teoriei integrale a lui Popa Petros, conform căreia apariția prolapsului se datorează alterării țesutului conjunctiv care trebuie întărit cu aceste implanturi de polipropilenă.

Bandeleta suburetrală formează stâlpul principal și ancorează ligamentele pubouretrale slăbite iar bandeleta istmică formează al II – lea stâlp important în teoria podul și ancorează ligamentele uterosacrate.

Rezultate și discuții:

Lipsa unui consens privind existența în actualitate a unui procedeu chirurghical optim și eficient într-un asemenea context anatomo-clinic morbid m-a condus la elaborarea acestei tehnici chirurgicale cu următorii timpi operatori:

- Incizia in "T" inversat la 1.5 cm de orificiul cervical extern până la tuberculul uretral (Fig.5)
- Decolarea vezicii de pe peretele anterior al vaginului și a vezicii de pe col (Fig.6).
- Continuarea inciziei circulare pe fața posterioară a colului uterin și decolarea mucoasei vaginale de pe rect (Fig.7)
- Pensarea, secționarea și ligaturarea ligamentelor cardinale de aproximativ 1 cm (Fig. 8)
- Fixarea bandeletei istimice "lungă" pe fețele laterale și cea posterioară a istmului uterin (Fig.9)
- Se fixează partea liberă "scurtă" a bandeletei istmice pe fața anterioară a istmului uterin (Fig.10)
- Crearea tunelelor retropubiene (Fig.11)
- Incizia suprapubiană transversală de 5 cm
- Cu pensa S&N se montează capetele firelor bandelentei suburetrale în orificiul superior iar capetele firelor bandeletei istmice în orificiul inferior care se trec prin cele două tunele anterior formate (Fig.12)
- Ancorarea și ligaturarea firelor de pe bandeleta suburetrală la extremitățile laterale ale aponevrozei mușchilor drepți abdomininali, sub ghidajul unei sonde urinare gradate până când se obține o alungire a uretrei cu 1.5cm (Fig.13)
- Colpectomia anterioară urmată de colporafia anterioară și sutura inciziei posterioare a colului uterin (Fig.14)
- Ancorarea mediană a capetelor firelor bandeletei istmice la teaca mușchilor drepți abdominali (Fig.15)
- Tracționarea și ligaturarea firelor de pe istmul uterin (Fig.16)
- Sutura inciziei suprapubiene
- Colpoperineorafie posterioară cu miorafia ridicătorilor anali. (Fig.17)

La această tehnică se poate efectua și amputația colului uterin când avem leziuni colposcopice sau alungirea hipertrofică a colului uterin apoi se continuă cu timpii operatori anterior menționați.

Cele 203 cazuri operate au avut vârsta cuprinsă intre 31-81 ani cu predominenta vârstei de peste 60 ani (varsta a treia).

Din totalul de cazuri operate cu procedeul „Ancorarea istmului uterin la teaca muşchilor drepţi abdominali", în 69 cazuri a fost necesară amputaţia colului uterin datorită unei leziuni colposcopice marcate sau alungirea hipertrofică a colului uterin.

Pacientele s-au externat în ziua a-6-a, a-7-a cu contenţie vezicală bună şi cu rezidiu vezical între 0-40ml, cu dispariţia tuturor simptomelor pe care le acuzau la internare.

În perioada post operatorie imediată s-a menţinut sonda urinară tip Folley 3-4 zile, primele 24 ore cu drenaj permanent apoi cu drenaj intermitent „adică cu o fiolă la capătul sondei Folley" pentru a redresa vezica urinară. În acelaşi timp s-a practicat instilaţie vezicală cu Ampicilină 1gr, Hemisuccinat de hidrocortizon 1fiolă, Xilină 1 fiolă iar în ultimele 48 ore s-a adăugat şi o fiolă de Miostin în instilaţia vezicală şi o fiolă de Miostin intramuscular pentru a stimula contracţia musculaturii vezicii urinare.

Toate pacientele au fost chemate la control la 1 lună, 3 luni, 6 luni apoi la 1 an.

Din analiza chestionarelor completate pre-operator rezultă 95% din femei – facias trist, posomorât; 100% din femei – cu sentimente profunde de îngrijorare şi panică privind afecţiunea lor şi mai ales privind intervenţia chirurgicală şi spitalizarea; 80% din femei – cu stima de sine scăzută datorită disconfortului şi patologiei în sine; 48% din femei – au inceput să absenteze la locul de muncă; 90% din femei – şi-au redus viaţa socială, preferând să stea mai mult în jurul casei; 20% din femei – şi-au întrerupt viaţa sexuală, colul uterin se află în poziţie intermediană, cu păstrarea contenţiei şi în momentul manevrei Valsalva.

De menţionat că nu a fost nici un caz de recidivă a prolapsului uterin şi a cistocelului până în prezent.

Recidive în alte compartimente au fost: uretrocel - 1 caz (0.49%); elitrocel 4 cazuri (1.97 %) care au fost operate. Şi alte 7 cazuri (3.45%) de rectocel dintre care 1 singur caz a necesitat operaţie, restul de 3 cazuri prezintă rectocel incipient care până în momentul de faţă nu necesită intervenţie chirurgicală.

În 2 cazuri (0.99%) ne-am confruntat cu complicaţia alunecării bandeletei istmice, aceasta provocând sângerare minimă pe cale vaginală şi a necesitat tăierea marginii alunecate.

Leziuni vezicale în 3 cazuri (1.48%) unde a necesitat verificarea cistoscopică apoi păstrarea sondei Folley timp de 2 săptămâni

Dificultate la micţiune 2 cazuri (0.99%) complicaţie post operatorie imediată, care a necesitat la 3 săptămâni secţionarea bandeletei suburetrale. În cursul următoarelor 2 săptămâni cazurile şi-au reluat micţiunea fiziologică. Un singur caz de incontinenţă urinară la

efort apărut la 1 an şi 2 luni de la operaţie, pacienta a fost tratată cu Vesicare 5 mg o perioadă de 3 luni, după care simptomatologia s-a ameliorat.

Folosirea bandeletei istmice şi suburetrale este mai eficientă datorită formei şi cantităţii materialului de polipropilenă reduse comparativ cu alte mese. Aceasta nu determină cartonări ale pereţilor vaginali, eroziuni vaginale sau dificultăţi majore sexuale, dispareunie, lubrefiere.

De menţionat că nu au fost complicaţii intraoperatorii de tipul sângerări din tunelele retropubiene sau leziuni vezicale.

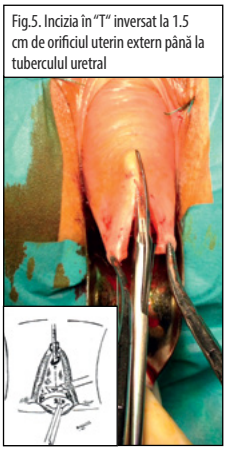


Fig.5. Incizia în "T" inversat la 1.5 cm de orificiul uterin extern până la tuberculul uretral

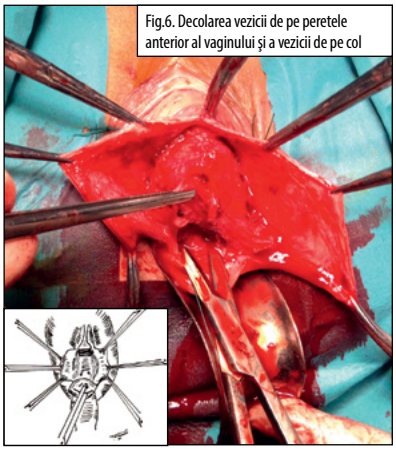


Fig.6. Decolarea vezicii de pe peretele anterior al vaginului şi a vezicii de pe col

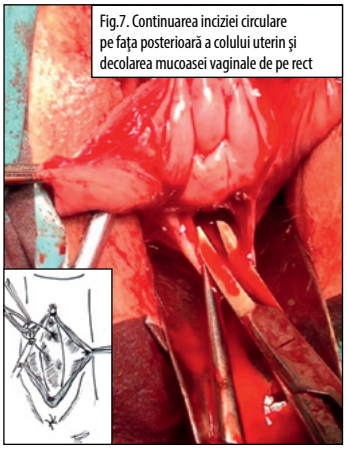


Fig.7. Continuarea inciziei circulare pe faţa posterioară a colului uterin şi decolarea mucoasei vaginale de pe rect

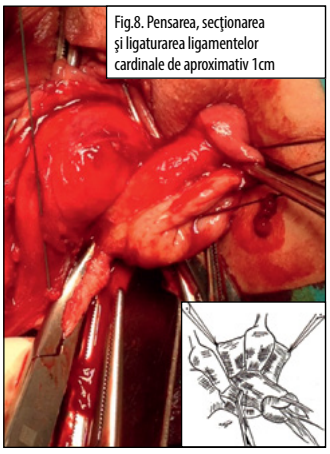


Fig.8. Pensarea, secţionarea şi ligaturarea ligamentelor cardinale de aproximativ 1cm

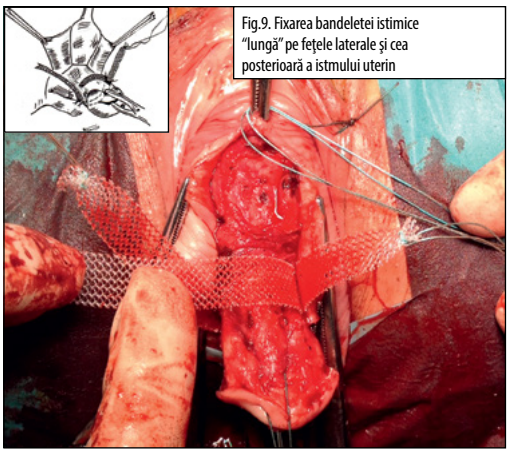


Fig.9. Fixarea bandeletei istimice "lungă" pe feţele laterale şi cea posterioară a istmului uterin

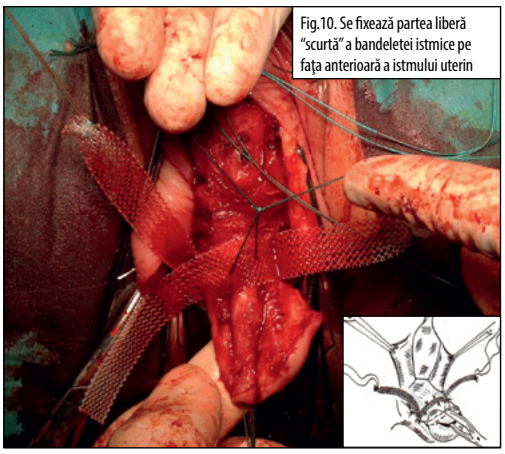


Fig.10. Se fixează partea liberă "scurtă" a bandeletei istmice pe faţa anterioară a istmului uterin

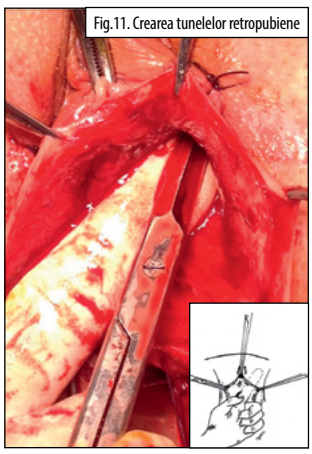


Fig.11. Crearea tunelelor retropubiene

Concluzii:

- Tehnica prezintă avantajul unui tratament chirurgical complet și eficient al prolapsului uterin gr.II - III și a cistocelului per magna întrucât:
- Rezolva prolapsul uterin și cistocelul per magna pe care le aduce în poziția lor anatomică.
- Punerea uterului în poziție anatomică normală, evită mărirea spațiului rectovaginal și în consecință împiedică apariția rectocelului și elitrocelului.
- Rezolvă incontinența urinară la efort prin folosirea bandeletei suburetrale.
- Folosirea materialului de polipropilenă și fire nerezorbabile care se fixează la teaca mușchilor drepți abdominali, țesut independent hormonal, face ca șansele de recidivă să devină cât mai mici sau aproape inexistente unde în cele 142 cazuri recidiva în acest compartiment a fost "zero".
- Rejetul în folosirea Kit Bandelete SABA respectiv bandeleta istmică și cea suburetrală a fost 1 caz datorită formei acesteia și cantitatea redusă de material de polipropilenă.
- Abordarea chirurgicală este în exclusivitate pe cale vaginală evitându-se incidentele și accidentele în cazul deschiderii cavității peritonale.
- Îmbunătățirea marcabilă a calității vieții femeilor.

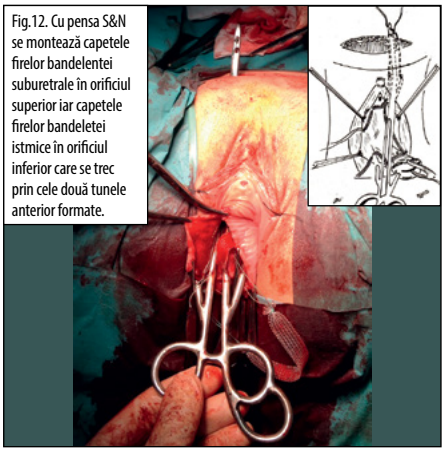


Fig.12. Cu pensa S&N se montează capetele firelor bandelentei suburetrale în orificiul superior iar capetele firelor bandeletei istmice în orificiul inferior care se trec prin cele două tunele anterior formate.

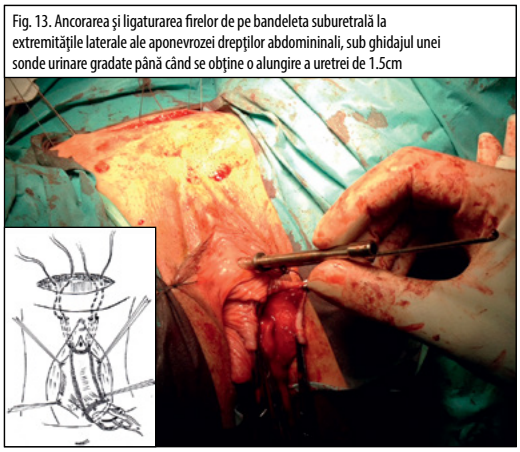


Fig. 13. Ancorarea și ligaturarea firelor de pe bandeleta suburetrală la extremitățile laterale ale aponevrozei drepților abdomininali, sub ghidajul unei sonde urinare gradate până când se obține o alungire a uretrei de 1.5cm

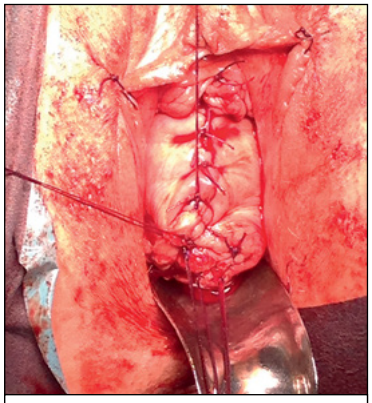


Fig.14. Colpectomia anterioară urmată de colporafia anterioară și sutura inciziei posterioare a colului uterin

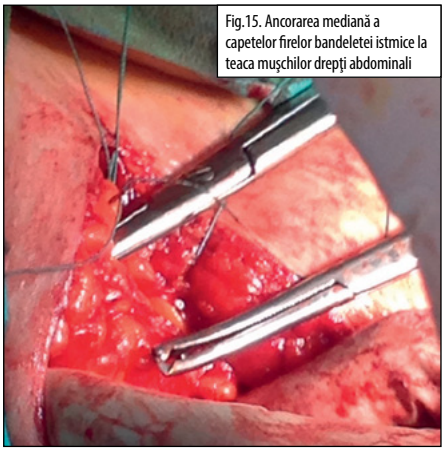


Fig.15. Ancorarea mediană a capetelor firelor bandeletei istmice la teaca mușchilor drepți abdominali

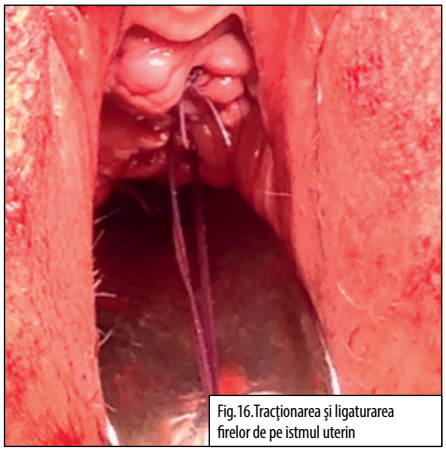


Fig.16.Tracționarea și ligaturarea firelor de pe istmul uterin

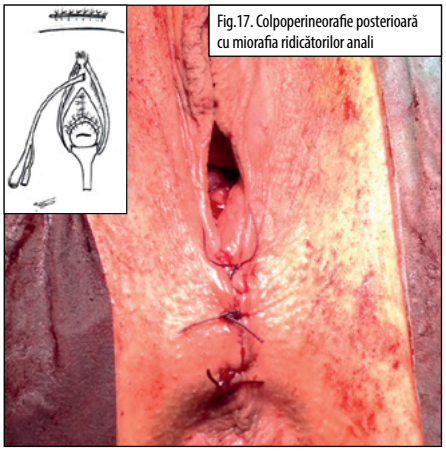


Fig.17. Colpoperineorafie posterioară cu miorafia ridicătorilor anali

Preoperator

Postoperator după 5 ani și 4 luni

Bibliografie

1. Nicolae Poiana Nahedd George Saba - Incontinența urinară de efort la femei, Editura Universitară Carol Davila, Bucuresti, 2003 ISBN 973-8047-98-6
2. Bratilă Petre, Ovidiu Nicodin, Nicolae Niculescu, Alina Ursuleanu – Anatomia chirurgicală a pelvisului, Editura Universitară Carol Davila, Bucuresti, 2002
3. Rus O. – Îndreptar practic de chirurgie ginecologie, 131-184, 1980
4. Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Leffler K, Bent AE. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol. 2001; 185: 1332 - 7; 1337 - 8.
5. DeLancey JO, Trowbridge ER, Miller JM, Morgan DM, Guire K, Fenner DE, Weadock WJ, Ashton-Miller JA. Stress urinary incontinence: relative importance of urethral support and urethral closure pressure. J Urol. 2008; 179: 2286 - 90.

Screening-ul citomegalovirusului în sarcină - este un instrument util?

Screening for cytomegalovirus during pregnancy – is it useful?

Abstract: Cytomegalovirus infection (CMV) is the most common congenital form of infectious neurological impairment. There are two types of infections in pregnancy: primary infection and recurrent infection, or reinfection with another virus strain. At present the prenatal diagnosis of the CMV infection is based on maternal serology, the detection of the CMV DNA in the amniotic fluid and fetal blood, ultrasound and MRI examinations. CMV antibodies do not prevent recurrence of the infection, nor reinfection with different CMV strains, which occur relatively frequently. The presence of CMV-specific IgM does not help establish the time from the onset of the infection. There is no vaccine for the prevention of CMV infection. Therefore, screening for cytomegalovirus during pregnancy has not been proven useful.

Conferentiar
Dr. Doru Diculescu

UMF „Iuliu Hatieganu", Cluj-Napoca, Departmentul de Obstetrica-Ginecologie II

Citomegalovirusul (CMV) este un herpesvirus ADN, care ca și alte virusuri herpetice, devine latent după infecția primară, dar se poate reactiva.

Infecția cu CMV este cea mai comună formă congenitală de handicap neurologic infecțios, cu o prevalență a infecției la naștere de 0,48-1,3% în ultimile decade (1,2,3). Majoritatea copiilor cu infecție congenitală cu CMV sunt asimptomatici, dar pot dezvolta pe termen lung morbiditate neurologică: hipoacuzie neurosenzorială, tulburări de vedere, deficite motorii și cognitive [4].

Infecția cu CMV poate avea loc pe multiple căi: contact apropiat în special cu copiii sub 3 ani, expunere sexuală, transfuzii și trasplate de organ. CMV poate fi cultivat din multiple surse fluide corporale: urină, salivă, sange, secreții nazofaringiene, lacrimi, secreții cervicale si vaginale, spermă și lapte de la san. Transmiterea prin picături respiratorii este improbabilă [5].

Probabilitatea de seroconversie depinde de factori sociali, comportamentali și de mediu. Aproximativ 2,3% dintre gravide vor suferi seroconversie în timpul sarciniia [6].

Clasificarea infecțiilor CMV în sarcină[4,5]:

- Infecție primară în timpul sarcinii, dovedită prin seroconversie (de la negativ la pozitiv), dacă este posibil. Infecția primară este suspicionată când IgM și IgG sunt pozitive și IgG are aviditate scăzută
- Infecție non-primară în timpul sarcinii, la femei infectate înainte de sarcină, cu prezența anticorpilor înainte de concepție. Ca și alte herpesvirusuri și CMV devine latent după infecția inițială. Infecția non-primară, numită și infecție recurentă sau secundară, se poate datora reactivării unui virus latent sau reinfecției cu o nouă tulpină. Diagnosticul acestui tip de infecție este dificil. Nu se știe cât de multe femei au reactivare sau reinfecție în timpul sarcinii, nici cât de multe infecții congenitale există, care este frecvența și spectrul sechelelor acestei infecții.

La femeile cu seroconversie înainte de sarcină riscul infecției fetale există, dar este redus.

Transmiterea fetală

Transmiterea intrauterină a CMV poate apărea după infecții primare la 30-40% cazuri, față de 0,2-2% după infecții non-primare [4].

Viremia maternă duce la infectarea placentei (citotrofoblastul permite replicarea virală) și de aici transmiterea transplacentară la făt. Infecția postnatală poate apărea intrapartum prin expunerea fătului la secrețiile cervicale și vaginale, prin consumarea laptelui infectat, dar nu provoacă o boală severă la un nou-născut sănătos la termen [5].

Cel mai mare risc de transmitere fetală este în trimestrul III (66,2%). Deși riscul de transmitere fetală este scăzut la începutul sarcinii, riscul pentru boala simptomatică și riscul de sechele pe termen lung este mai crescut când infecția apare precoce în sarcină[7].

Anticorpii CMV nu previn reactivarea infecției și nici reinfecția cu tulpini diferite CMV, ceea ce este relativ frecvent. De aceea seropozitivitatea înainte de sarcină nu elimină riscul de infecție congenitală [5].

Primoinfecția cu CMV la gravide este deseori paucisimptomatică sau asimptomatică și poate trece neobservată în 90% cazuri. Când sunt prezente, simptomele sunt nespecifice și seamănă cu tabloul mononucleozei infecțioase sau gripei. Rezultatele de laborator pot include limfocitoză și creșterea enzimelor hepatice [4]. Reinfecția cu o tulpină diferită de CMV sau reactivarea virusului nu generează manifestări materne. Sarcina nu afectează în general severitatea bolii [5].

Majoritatea infecțiilor congenitale sunt asimptomatice în perioada neonatală. Noi-născuții simptomatici includ: mic pentru vârsta gestațională, microcefalie, ventriculomegalie, corioretinită, icter, hepatosplenomegalie, trombocitopenie, peteșii.

Diagnosticul infecției cu CMV

In prezent diagnosticul prenatal al infecției cu CMV se bazează pe serologia maternă, pe detectarea ADN-ului CMV în LA și sângele fetal, pe ecografie și pe RMN [4].

Prezența IgM specifice CMV nu este de ajutor pentru a stabili perioada de la debutul infecției pentru că [5]:

- IgM specifice apar și în infecțiile primare și în cele non-primare, deci nu sunt cu adevărat informative în privința seroconversiei
- IgM specifice sunt prezente doar la 75-90% dintre femeile cu infecție acută
- IgM pot rămâne pozitive pentru mai mult de un an de la infecția acută
- Rezultate fals pozitive pot apărea datorită reacțiilor încrucișate cu herpes simplex, virusul varicelo-zoster, virusul Epstein-Barr sau datorită reacțiilor încrucișate cu factorul reumatoid sau alte boli autoimune

meclon®
metronidazol 1000 mg + clotrimazol 200 mg
soluție vaginală

meclon®
metronidazol 500 mg + clotrimazol 100 mg
ovule

Eficace în infecțiile vaginale de origine bacteriană, fungică, protozoarică sau mixtă[1]

Meclon®
soluție vaginală:
o dată pe zi (preferabil dimineața)[1]

Meclon®
ovule:
un ovul pe zi (preferabil seara)[1]

1. Adaptat după: Rezumatul caracteristicilor produsului.

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Meclon soluție vaginală și Meclon 100 mg/500 mg ovule se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului complet, disponibil la cerere sau pe site-ul www.anm.ro. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la aceste produse la adresa de e-mail: Drugsafety.alfasigma@addenda.ro sau la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România www.anm.ro. DAPP - Alfasigma S.p.A.

Alfasigma România S.R.L.
str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București
tel.: 031.805.35.26, 031.805.35.27; fax: 031.805.35.28.
e-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA

- Pot reveni de la negativ la pozitiv la femeile cu reactivarea CMV sau la reinfecția cu o tulpină diferită
- Pot deveni pozitive ca răspuns la alte infecții virale, cum ar fi virusul Epstein-Barr

Este dificil să faci distincția între infecția primară, reactivare și reinfecție.

Determinarea aviditătii IgG este utilă în aprecierea riscului de transmitere in utero [8]. O aviditate scăzută sugerează o infecție primară recentă (între 2-4 luni). Aviditatea crescută sugerează o infecție cu mai mul de 6 luni în trecut. Dar și determinarea aviditătii variază de la laborator la laborator [9].

Testele serologice nu pot diferenția diferitele tulpini de CMV.

Markeri ecografici [8,10,11]: calcificări periventriculare, ventriculomegalie, microcefalie, intestine hiperecogene, întârziere de creștere intrauterină, ascită, hepatosplenomegalie, cisterna magna lărgită,hidrops fetal, oligoamnios sau polihidramnios, placenta îngroșată și mărită. Cele mai caracteristice sunt calcificările perventriculare.

O examinare ultrasonografică normală nu exclude posibilitatea unei infecții fetale cu rezultatul unui nou-născut simptomatic sau care va dezvolta morbiditate neurologică.

De asemenea, combinația unei ecografii normale cu PCR negativ din LA nu exclude complet posibilitatea infecției congenitale, pentru că sensibilitatea PCR nu este de 100%, iar transmiterea materno-fetală poate avea loc după amniocenteză [5].

RMN poate aduce informații suplimentare, mai ales la nivel de SNC. Intr-un review [12] s-au detectat anomalii neurologice la 6% din fetii cu ecografie normală. Oricum nici RMN normal nu exclude posibilitatea pierderii postnatale a auzului.

Screening

In literatură se sugerează să nu fie supuse screeningului toate gravidele pentru infecția primară cu CMV. Se solicită serologie pentru CMV la femeile infectate HIV la prima vizită prenatală și se repetă serologia la cele negative care dezvoltă manifestări specifice CMV sau la cele care au anomalii fetale sugestive ecografic. De asemenea la femeile care au expunere cunoscută la CMV (la momentul expunerii se solicită serologia, iar dacă este negativă se repetă serologia câteva săptămâni mai târziu pentru a evalua seroconversia) [5].

Pentru că infecția CMV este de obicei asimptomatică și transmisibilă fătului s-a sugerat ca toate femeile la vârsta reproductivității să știe care este statutul lor CMV, dar nu există un consens [3,13].

ACOG (Colegiul American al Obstetricienilor și Ginecologilor) [5,14] și Societatea de Medicină Matern-Fetală [15] se pronunță împotriva screeningului de rutină pentru CMV din mai multe motive:

- Nu există vaccin care să prevină infecția CMV
- La femeile seropozitive este dificil de diferențiat între infecția primară și non-primară sau să se determine intervalul de timp scurs de la infecție, infecție care poate avea loc cu mai multe luni înainte de concepție
- Femeile seropozitive rămân cu risc de infecție fetală prin reactivarea unui virus latent sau reinfecția cu o tulpină diferită a CMV

Intr-un studiu din Japonia, screeningul universal al femeilor gravide folosind IgG-CMV și aviditatea IgG specifice, a identificat doar 3 din 10 copii cu infecție congenitală cu CMV. Cei 3 copii au fost născuți de mame cu inecție primară CMV. Ceilalți 7 infectați congental au fost născuți din mame cu infecție CMV non-primară [16].

- Nu există nici o dovadă că tratamentul antiviral la femeile cu infecție primară ar preveni sau ar reduce sechelele infecției fetale cu CMV
- Studii randomizate ale utilizării globulinei hiperimune pentru prevenirea infecției congenitale nu au arătat beneficii
- Deși infecția fetală poate fi detectată, nu există nici o modalitate de predicție privitor la făt, dacă va dezvolta sau nu sechele
- Screeningul de rutină poate conduce la intervenții inutile, chiar potențial dăunătoare

Pe de altă parte, cei care propun screeningul universal argumentează că gravidele care află că sunt seronegative CMV pot fi sfătuite și sunt mai motivate de a avea o mai bună igienă și a scădea astfel riscul infecției în sarcină, și aceasta mai ales la femeile cu risc de infecție [17,18]. Totuși informația nu pare să aibă un impact semnificativ la femeile care nu sunt gravide, chiar și la cele care încearcă să conceapă [5].

Screeningul serologic repetat în timpul sarcinii pentru a detecta seroconversia nu este efectuat de obicei pentru că costă, este dovedită lipsa eficienței tratamentului și pentru că serologia pozitivă nu este capabilă să prezică rezultatele fetale pe termen lung [3,5].

Screeningul copiilor pentru CMV este inutil pentru că virusul este frecvent descoperit la mulți copii și adulți sănătoși.

Cine ar trebui testat [3,5]

1. Femeile gravide se indică a fi testate pentru CMV ca parte a unei evaluări diagnostice a unei boli asemănătoare mononucleozei infecțioase sau gripei, în special când testele pentr acestea sunt negative. Sau ca parte a evaluării diagnostice a gravidelor cu manifestări de hepatită, atunci când serologiile sunt negative pentru hepatita A, B sau C
2. Când o anomalie fetală sugestivă pentru infecție cu CMV este depistată la ecografie

In viitor va fi necesar să se dezvolte teste mai sensibile pentru a identifica în mod specific transmiterea verticală în infecțiile non-primare, noi biomarkeri materni neinvazivi capabili să evalueze transmiterea precoce a infecției congenitale, ca și biomarkeri care să prezică severitatea anomaliilor fetale[4].

Screening-ul CMV în sarcină se dovedește astfel a nu fi un instrument deosebit de util.

Bibliografie

3. Davis NL, King CC, Kourtis AP. Cytomegalovirus infection in pregnancy. Birth Defects Res 2017; 109:336
4. Fowler KB, Ross SA, Shimamura M, et al. Racial and Ethnic Differences in the Prevalence of Congenital Cytomegalovirus Infection. J Pediatr 2018; 200:196
5. Walker SP, Palma-Dias R, Wood EM, et al. Cytomegalovirus in pregnancy: to screen, or not to screen. BMC Pregnancy and Childbirth 2013: 13: 96 https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-96
6. Saldan A, Forner G, Mengoli C et al. Testing for Cytomegalovirus in Pregnancy. J. Clin. Microbiol. 2017 55(3): 693-702
7. Sheffield JS, Boppana SB. Cytomegalovirus in Pregnancy. UpToDate Mar 2022
8. Hyde TB, Schmid DS, Cannon MJ. Cytomegalovirus seroconversion rates and risk factors: implications for congenital CMV. Rev Med Virol 2010; 20:311
9. Chatzakis C, Ville Y, Makrydimas G, et al. Timing of primary maternal cytomegalovirus infection and rates of vertical transmission and fetal consequences. Am J Obstet Gynecol 2020; 223:870
10. Ornoy A, Diav-Citrin O. Fetal effects of primary and secondary cytomegalovirus infection in pregnancy. Reprod Toxicol 2006; 21:399
11. Enders G, Daiminger A, Bäder U, et al. The value of CMV IgG avidity and immunoblot for timing the onset of primary CMV infection in pregnancy. J Clin Virol 2013; 56:102
12. Azam AZ, Vial Y, Fawer CL, et al. Prenatal diagnosis of congenital cytomegalovirus infection. Obstet Gynecol 2001; 97:443
13. Malinger G, Lev D, Zahalka N, et al. Fetal cytomegalovirus infection of the brain: the spectrum of sonographic findings. AJNR Am J Neuroradiol 2003; 24:28
14. Buca D, Di Mascio D, Rizzo G, et al. Outcome of fetuses with congenital cytomegalovirus infection and normal ultrasound at diagnosis: systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol 2021; 57:551
15. Cahill AG, Odibo AO, Stamilio DM, Macones GA. Screening and treating for primary cytomegalovirus infection in pregnancy: where do we stand? A decision-analytic and economic analysis. Am J Obstet Gynecol 2009; 201:466.e1
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 151: Cytomegalovirus, parvovirus B19, varicella zoster, and toxoplasmosis in pregnancy. Obstet Gynecol 2015; 125:1510. Reaffirmed 2019
17. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM), Hughes BL, Gyamfi-Bannerman C. Diagnosis and antenatal management of congenital cytomegalovirus infection. Am J Obstet Gynecol 2016; 214:B5
18. Tanimura K, Tairaku S, Morioka I, et al. Universal Screening With Use of Immunoglobulin G Avidity for Congenital Cytomegalovirus Infection. Clin Infect Dis 2017; 65:1652
19. Vauloup-Fellous C, Picone O, Cordier AG, et al. Does hygiene counseling have an impact on the rate of CMV primary infection during pregnancy? Results of a 3-year prospective study in a French hospital. J Clin Virol 2009; 46 Suppl 4:S49
20. Adler SP, Finney JW, Manganello AM, Best AM. Prevention of child-to-mother transmission of cytomegalovirus by changing behaviors: a randomized controlled trial. Pediatr Infect Dis J 1996; 15:240
21. Leruez-Ville M, Ghout I, Bussieres L, et al. In utero treatment of congenital cytomegalovirus infection with valacyclovir in a multicenter, open-label, phase II study. Am J Obstet Gynecol 2016; 215:462.e1
22. Hughes BL, Clifton RG, Rouse DJ, et al. A Trial of Hyperimmune Globulin to Prevent Congenital Cytomegalovirus Infection. N Engl J Med 2021; 385:436

Rhophylac®

CSL Behring
Biotherapies for Life™

Rhophylac® 300 micrograme/2ml

Soluție injectabilă în seringă preumplută

Utilizat pentru profilaxia imunizării Rh(D) la femeile cu antigen Rh(D) negativ

- Profilaxia antepartum planificată
- Profilaxie postpartum, după nașterea unui copil cu antigen Rh(D) pozitiv
- Profilaxia antepartum, după complicații

PRISUM® HEALTHCARE
Dedicated to Life. Naturally.

Perioada de valabilitate: 3 ani. Precauții speciale pentru păstrare: A se păstra la frigider (temperaturi între +2 și +8°C).
A se păstra seringa preumplută în folia originală în cutie pentru a fi protejată de lumină. Deținătorul autorizației de punere pe piață: CSL Behring GmbH, Emil-von-Behrin-Strasse 76, 35041 Marburg, Germania. Numărul APP - 9966/2017/01 din 16 Mai 2017. Pentru mai multe informații consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului (varianta revizuita în Noiembrie 2019).

Distribuit în România prin:
Prisum Healthcare SRL, Clădirea Globalworth Square, Str. Gara Herăstrău nr. 6, et. 3, sector 2, București, 020334,
Tel.: 021 322 0171/72, fax: 0213217064, E-mail: office@prisum.ro, www.prisum.ro

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.
Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală PR.

Crisia farm

#laboratorcameracurata

5 ANI DE TRATAMENTE PERSONALIZATE

www.farmaciacrisia.ro