

38. Tagung

der

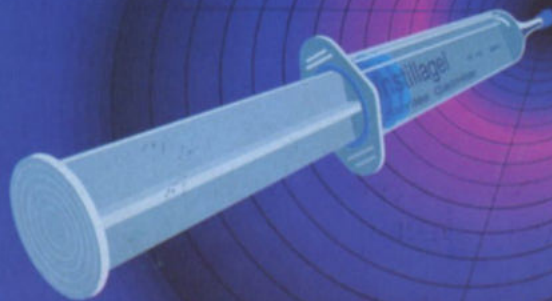
Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft
für Urologie

Westfalenhallen Dortmund,
24. bis 25. April 1992



Wissenschaftliche Kommunikation

Das desinfizierende Gleitmittel
für Klinik und Praxis
seit 20 Jahren



garantierte
für Inhalt
und Verpackung
Sterilität

Instillagel®

Farco-Pharma GmbH, Köln, Instillagel®
Zusammensetzung: 100 ml Gel enthalten: Lidocainhydrochlorid 2,000 g, Chlorhexidindigluconat 0,050 g, Methyl-4-hydroxybenzoat 0,060 g, Propyl-4-hydroxybenzoat 0,025 g. Anwendungsgebiete: Gleitmittel, Desinfizienz und Lokalanästhetikum z. B. bei Katheterisierungen, Sondierungen, auch intraoperative, alle Formen von Endoskopien, Wechsel von Fistelkathetern, Intubationen, auch bei Beatmung; in der Pädiatrie zur Verhütung von iatrogenen Verletzungen an Rektum und Colon. Gegenanzeigen: sind nicht bekannt. Nebenwirkungen: Trotz erwiesener großer Sicherheitsbreite von Instillagel sind bei schweren Harnröhrenverletzungen unerwünschte Wirkungen des Lokalanästhetikums Lidocain möglich: Bei Blutdruckabfall: Gegenmaßnahme z. B. Isoprenalin i.v., bei Bradykardie: z. B. Atropin i.v., bei Krämpfen: z. B. kleine Dosen eines kurzwirkenden Barbiturates.

Wechselwirkungen: sind nicht bekannt. Darreichungsform und Packungsgrößen: Einzelspritze 6 ml; Einzelspritze, Anstaltspackung zu 10 Spritzen; Einzelspritze 11 ml; Einzelspritze, Anstaltspackung zu 10 Spritzen.



FARCO-PHARMA GmbH
Mathias-Brüggel-Straße 82 · 5000 Köln 30

38. Tagung

der
Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft
für Urologie

Westfalenhallen Dortmund,
24. bis 25. April 1992

"Deutsche Kongresse sind meist eine sehr ernste
Angelegenheit. Die Atmosphäre ist feierlich,
die Reden sind ernst. Ohne Streichquartette
geht hier gar nichts, und auch der Humor der
Rede ^{der Eröffnung} des Festabends, wenn eine solche über-
haupt gehalten wird, bewegt sich in würdigen
und geregelten Bahnen.

Vom Publikum wird man heftig verwiesen, wenn
man wagt, als Vorsitzender einen Witz zu machen."

Von J. G. V. Della
L. Med. W. W.

Lipsky Leben



Wissenschaftliche Kommunikation

»Urologie aktuell«

RICHARD
WOLF



Endoskope der Spitzenklasse

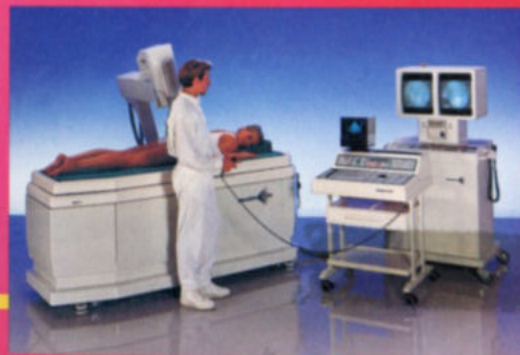
Flexibles Fiberskop, 9 Charr.
zur Uretero-Renoskopie



neu

Kompakt-Operations-Fiber-
Ureteroskop, 11,5 Charr.
nach Marberger

● speziell zur Ultraschall-Lithotripsie



Piezolith 2500

Extrakorporale, piezoelektrische
Lithotripsie –
die schmerzlose, anästhesiefreie
Steintherapie

neu

mit kombinierter Ultraschall-
und Röntgenortung in situ

»weltweit« Ihr Partner in der Endoskopie und EPL

RICHARD
WOLF

Fordern Sie ausführliche Unterlagen an:

RICHARD WOLF GMBH · D-7134 KNITTLINGEN

Postfach 40 · Tel. (0 70 43) 35-0 · Tfx (0 70 43) 3 53 00 · Tx 7 263 890

D 045/11.92

Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
verehrte Mitglieder und Freunde der Gesellschaft!

Dortmund war die Stadt, in der der erste Kongreß der Nordrhein-
Westfälischen Gesellschaft unter dem Vorsitz meines Vorgän-
gers, Herrn Chefarzt Dr. F. Speckmann, im Jahre 1958 stattfand.
34 Jahre nach dem ersten Kongreß in Dortmund ist die Stadt
erneut wieder Ort der Tagung, zu der wir Sie herzlich willkommen
heißen.

Das Hauptthema wird "Urologie im Wandel" sein.

Diagnostische und therapeutische Verfahren unterliegen ge-
legentlich einem schnellen Wechsel. Neue Methoden werden mit
sehr viel Vorschußlorbeeren propagiert. Im Laufe der Jahre
verschwinden einige unmerklich wieder in der Versenkung; Vor-
und Nachteile werden nicht mehr diskutiert. Jeder in Praxis und
Klinik tätige Urologe hat eigene positive und negative Erfahrun-
gen hinter sich: Verfahren, die nicht mehr verwandt werden
sollten, werden angesprochen, aber insbesondere ihre modernen
Alternativen aufgezeigt.

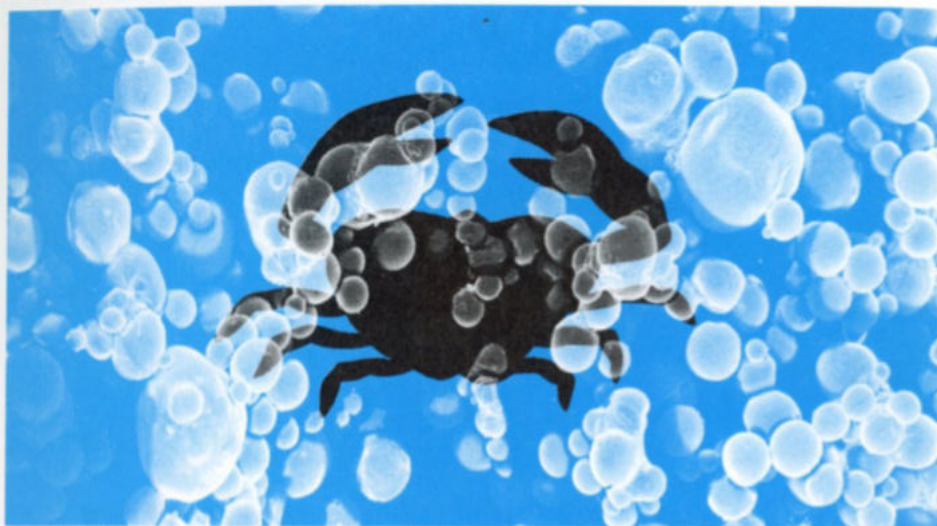
Die Proktologie ist ein Thema für Praxis und Klinik, das die
Urologen zunehmend mehr interessiert und interdisziplinär be-
handelt wird.

Die Vorträge der freien Themen werden gesondert bewertet, der
beste Beitrag mit dem "Mellin-Gedächtnispreis" ausgezeichnet.

Eine Fortbildungsveranstaltung für urologische Assistenzberufe
ist, wie in jedem Jahr, auch auf diesem Kongreß unter Leitung von
Prof. Dr. Knipper, Prof. Dr. Becker, Prof. Dr. Burchardt und
Prof. Dr. Hubmann vertreten.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. J. Sökeland

Die neue Dimension in der Therapie des Prostata-Ca.



Innovative Galenik: Elektronenmikroskopische Aufnahme der Retardmikrokapseln.

Decapeptyl® Depot

Der GnRH-Superagonist

- erste patientenfreundliche i. m. Applikation
- gesicherte Depotwirkung über mindestens 4 Wochen
- niedrige „flare-up“-Rate durch schnellen Androgenentzug

Decapeptyl® Depot. Wirkstoff: Triptorelinacetat. **Zusammensetzung:** 1 Einzelspritze mit 172 mg Retardmikrokapseln enthält 4,12 mg Triptorelinacetat, entsprechend 3,75 mg Triptorelin, als arzneilich wirksamen Bestandteil und 115 mg Polyglycolalure, milchsäure) 1:1 1 Einzelspritze mit 2 ml Suspensionsmittel.
Anwendungsgebiete: Therapie: Symptomatische Behandlung des fortgeschrittenen hormonabhängigen Prostatakarzinoms. Diagnostik: Prüfung der Hormonsensibilität eines Prostatakarzinoms im Rahmen einer probatorischen Therapie. **Gegenanzeigen:** Bei nachgewiesener Hormonunabhängigkeit des Karzinoms ist die Behandlung mit Decapeptyl® Depot nicht indiziert. Nach chirurgischer Kastration bewirkt Decapeptyl® Depot keine weitere Absenkung des Testosteronspiegels.
Nebenwirkungen: Anfangs kommt es regelmäßig zu einem kurzfristigen Anstieg des Serumtestosterons, was zu einer vorübergehenden Verstärkung bestimmter Krankheitssymptome führen kann (Auftreten oder Zunahme von Knochenschmerzen, Harnwegsobstruktion und deren Folgen, Rückenmarkskompression, Muskelschwäche in den Beinen, Lymphödeme). Diese Zunahme der Beschwerden geht üblicherweise spontan zurück, ohne daß Decapeptyl® Depot abgesetzt werden muß. Für die Initialphase der Behandlung sollte die zusätzliche Gabe eines geeigneten Antiandrogens erwogen werden, um so den anfänglichen Testosteronanstieg und die Verschlechterung der klinischen Symptomatik abzuschwächen. Durch den Androgenentzug kommt es häufig zu Hitzewallungen mit Schweißausbrüchen, Libido- und Potenzverlust. In seltenen Fällen wurde über Gynäkomastie, Hodenatrophie und Schlafstörungen berichtet. Vereinzelt wurde unter Anwendung von Decapeptyl® Depot von Thrombozytopenien berichtet. Bei einem Patienten trat gleichzeitig eine Lungenembolie auf. Selten können vorübergehend Schmerzen an der Injektionsstelle auftreten. **Dosierung und Art der Anwendung:** Decapeptyl® Depot wird einmal alle 28 Tage intramuskulär verabreicht.
Darreichungsformen, Packungsgrößen: 1 Einzelspritze mit 172 mg Retardmikrokapseln und 1 Einzelspritze mit 2 ml Suspensionsmittel (DM 489,85).
FERRING Arzneimittel GmbH, D-2300 Kiel 1 **TOSSE Pharmazeutika - D-2000 Hamburg 70**

FERRING
ARZNEIMITTEL

TOSSE
Pharmazeutika

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Allgemeine Hinweise	9
Rahmenprogramm	13
Programmübersicht	15
Wissenschaftliches Programm	
Freie Vorträge Teil I	19
Freie Vorträge Teil II	23
Urologische Onkologie und Berufspolitik	27
Proktologisches Seminar	29
Operative und endoskopische Techniken	31
Kinderurologie	33
Fortbildungsveranstaltung für die Urologischen Assistenzberufe	35
Mitgliederversammlungen	39
Abstracts	41
Referenten und Moderatoren	77
Sponsoren	85
Industrierausstellung	87
Inserenten	94
Stadtplan	

Fortschritt bei Prostata-Adenom:

Azuprostat[®] N



Die überlegen dosierte β -Sitosterin-Kapsel
65 mg β -Sitosterin + Retinolpalmitat

*Kostensenkende
Markenpräparate*

AZU
PHARMA

Azuprostat[®] N Kapseln. **Zusammensetzung:** 1 Kapsel enthält: β -Sitosterin 65 mg, Retinolpalmitat 6500 I.E. **Ind.:** Prostatistisches Syndrom bei Prostataerkrankungen (Prostata-Adenom), Miktionsbeschwerden, Blasenfunktionsstörungen, chronische Entzündungen der Blasen Schleimhaut. **Kontraind.:** nicht anwenden bei Frauen im gebärfähigen Alter. **Nebenwirk.:** bei besonders empfindlichen Patienten selten Magenunpäßlichkeit. **Wechselwirk.:** Bei Therapie mit hochdos. Vitamin A Dosis ggf. reduzieren. **Dos.:** initial 3-4 Wochen 3x2 Kapseln tägl., später 2x1 Kapsel täglich. **Preise:** 50 Kaps. (N 2) DM 25,50, 100 Kaps. (N 3) DM 41,15. AZUPHARMA GmbH, 7016 Gerlingen

Allgemeine Hinweise

Tagungsort	Westfalenhallen Dortmund Goldsaal, Silbersaal Rheinlanddamm 200 4600 Dortmund 1
Kongreßleitung	Prof. Dr. Jürgen Sökeland Direktor der Urologischen Klinik Städtische Kliniken Westfalendamm 403 4600 Dortmund 1 Tel: (0231) 45 15 85
Organisation und Durchführung	Springer-Verlag Wissenschaftliche Kommunikation Kongreßbüro Heidelberger Platz 3 1000 Berlin 33 Tel: (030) 8207-206
Registrierung	Do., 23.4.92, 17.00-19.00 Uhr Fr., 24.4.92, 08.00-18.00 Uhr Sa., 25.4.92, 08.00-10.00 Uhr Tel: (0231) 1204-287
Diaprojektion	Diaprojektion 5 x 5 cm. Möglich- keit von Doppelprojektion vorhan- den. Die Dias sind spätestens 1 Stunde vor dem Vortrag bei der Dia-Annahme abzugeben.
Vorträge	Die Redezeiten sind unbedingt einzuhalten



Diagnostika

UNSER BESTES FÜR DIE AUSSCHIEDUNGS- UROGRAPHIE



Omnipaque®

Nichtionisch

Zusammensetzung: 1 ml Omnipaque®-240/-300/-350 enthält 518 mg (entspr. 240 mg Iod) / 647 mg (entspr. 300 mg Iod) / 755 mg (entspr. 350 mg Iod) Iohexol in wässriger Lösung. **Anwendungsgebiete:** Urographie, Kontrastverstärkung bei der Computertomographie, Angiographie unter Einbeziehung der digitalen Subtraktionsangiographie, Darstellung von Körperhöhlen, wie Arthrographie, Hysterosalpingographie, Fistulographie (exkl. Myelographie, Ventrikulographie, Zisternographie). **Gegenanzeigen:** Manifeste Hyperthyreose. Indikation besonders streng stellen bei Überempfindlichkeit gegen jodhaltige Kontrastmittel, schwerer Funktionsstörung von Leber oder Nieren, Herz- und Kreislaufinsuffizienz, Lungenemphysem, sehr schlechtem Allgemeinzustand, fortgeschrittener Hirnarteriosklerose, behandlungsbedürftigem Diabetes mellitus, zerebralen Krampfeiden, latenter Hyperthyreose, blassen Knotenstrumen, Plasmozytom, Schwangerschaft. **Nebenwirkungen:** Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Anwendung jodhaltiger intravasaler Kontrastmittel sind gewöhnlich leicht bis mittelschwer und vorübergehend, obwohl auch schwere und lebensbedrohliche Reaktionen (bis hin zum Kreislaufversagen und anaphylaktischen Schock), auch Todesfälle, beobachtet wurden. Übelkeit, Erbrechen, Hautrötung, allgemeines Hitzegefühl oder Schmerzempfindungen sind die bei intravasaler Verabreichung am häufigsten auftretenden Reaktionen. Weiterhin können Reaktionen mit allergieähnlichen Symptomen vorkommen. Diese können Vorboten eines beginnenden Schockzustandes sein (cave besonders bei allergischer Disposition). Es kann in seltenen Fällen zu vorübergehendem Nierenversagen und zu verzögerten Reaktionen kommen. Paravasate führen nur in Einzelfällen zu stärkeren Gewebsreaktionen. **Packungen und Preise:** Omnipaque-240: Flasche zu 50 ml, Omnipaque-300: 10 Flaschen zu je 20 ml mit/ohne Einmalspritze; Flasche zu 50 ml mit Infusionsgerät; Flasche zu 75 ml mit Infusionsgerät; Omnipaque-350: Flasche zu 50 ml; Flasche zu 100 ml; 10 Flaschen zu je 200 ml. Preise siehe aktuelle Preisliste. **Dosierung:** Siehe spezielle Druckschriften. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die Schilddrüsendiagnostik mit Radioisotopen wird für 2-6 Wochen verfälscht. **Besondere Hinweise:** Bei Plasmozytom, behandlungsbedürftigem Diabetes mellitus, Poly- oder Oligurie, Gicht sowie bei Säuglingen, Kleinkindern und marantischen Patienten Flüssigkeitszufuhr nicht einschränken. Ein gestörter Wasser- und Elektrolyt-haushalt ist auszugleichen. Wegen der Gefahr von Blutdruckkrisen wird für Phäochromozytom-Patienten eine Prämedikation mit Alpharezeptorenblockern empfohlen. Spez. Druckschriften enthalten ausführliche Informationen zum Thema Nebenwirkungen. Stand: September 1990

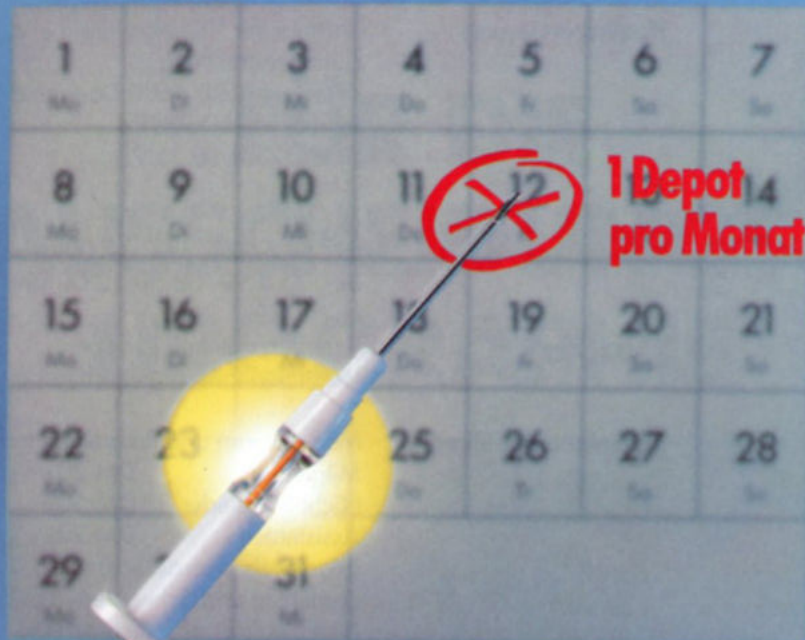
Schering Aktiengesellschaft, Postfach 65 03 11, 1000 Berlin 65

Schering weist den Weg

Allgemeine Hinweise

Hotelreservierung	Dortmunder Verkehrsverein e.V., Zimmervermittlung, Königswall 20, 4600 Dortmund 1 Tel: (0231) 50-22174 Fax: (0231) 16 35 93
Industrierausstellung	Fr., 24.4.92, 08.30-18.00 Uhr Sa., 25.4.92, 08.30-12.00 Uhr
Parkplätze	Parkplätze stehen vor den Westfalenhallen zur Verfügung
Teilnehmergebühren	Moderatoren und Referenten frei Mitglieder DM 20,- Nicht-Mitglieder DM 50,- Assistenten DM 20,- (Nachweis erforderlich) Studenten und Schwestern frei (Nachweis erforderlich) Proktologisches Seminar DM 30,-
Zahlungsweise	Bitte per Überweisung auf Konto "Urologenkongreß Dortmund", Weberbank Berlin, BLZ 10120100 Konto-Nr. 21 750 062

Für die patientenfreundliche Therapie des Prostatakarzinoms

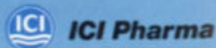


LHRH-Analogen

ZOLADEX®

Zusammensetzung: 1 Implantat enthält 3,8 mg Goserelinacetat, entsprechend 3,6 mg Goserelin und 14,2 mg Poly(glycolsäure, milchsäure).
1.1. Anwendungsgebiete: Fortgeschrittenes Prostatakarzinom sowie Mammakarzinom prä- und perimenopausaler Frauen, bei denen eine endokrine Behandlung angezeigt ist. **Gegenanzeigen:** Schwangerschaft und Stillzeit. **Nebenwirkungen:** Leichte Hautreizungen an der Einstichstelle möglich. Bei wenigen Patienten leichter Hautausschlag. **Beim Mann:** Bei Therapiebeginn kurzfristiger Serumtestosteron-Anstieg. Ebenfalls initial vereinzelt Verstärkung bestimmter Symptome möglich, wie z.B. Knochenschmerzen, erschwertes Wasserlassen oder Rückenmarkskompression. In diesen Fällen engmaschige Überwachung im 1. Monat, ggfs. symptomatische Behandlung. Kombination mit Antandrogenen in der Initialphase der Behandlung erwägen. Aufgrund der Senkung des Testosteronspiegels Hitzewallungen, Potenz- und Libidoverlust möglich. Selten Spannungsgefühl der Brust oder Brustschwellung. **Bei der Frau:** Vor der Menopause initial kurzfristiger Anstieg des Serumöstradiols, gefolgt von Abfall auf postmenopausale Werte. Amenorrhoe i.d.R. 1-2 Monate nach Therapiebeginn. Wenige Fälle von Schmierblutungen. Initial vereinzelt vorübergehende Verstärkung bestimmter Symptome, wie z.B. Knochenschmerzen oder ein Anstieg des Blutkalziums, ggfs. symptomatische Behandlung. Aufgrund der Senkung des Östradiolspiegels Hitzewallungen und Libidoabnahme möglich; gelegentlich Stimmungsschwankungen, Kopfschmerzen und trockene Vagina. Die Östradiol-suppression kann mit einer Abnahme der Knochendichte einhergehen, wie sie auch in der Menopause oder nach Ovariectomie auftritt.

Wechselwirkungen: Bisher nicht bekannt. **Dosierung und Art der Anwendung:** 1 Implantat alle 28 Tage subkutan unter die Bauchhaut. **Handelsformen und Preise:** OP mit 1 Fertigspritze, 519,00 DM; OP mit 3 Fertigspritzen, 1.527,00 DM; Anstaltspackung. (Stand: Januar 1992). Weitere Informationen enthält die Fach- bzw. Gebrauchsinformation bzw. sind auf Anforderung erhältlich. ICI Pharma, 6831 Plankstadt b. Heidelberg



Rahmenprogramm

- 23.04.92 **Begrüßungsabend 20.00 Uhr**
Rosenterrassen, Westfalenhallen,
Rheinlanddamm 200, 4600 Dortmund 1
- 24.04.92 **Ausflug nach Hagen mit Besichtigung des Freilichtmuseums Hagen**

DM 20,- pro Person.

Abfahrt: 14.00 Uhr Westfalenhallen
Rückkehr: 17.00 Uhr Westfalenhallen
- Westfälischer Abend 20.00 Uhr**
Wenkerkeller, Kronenbrauerei,
4600 Dortmund
- 25.04.92 **Stadtrundfahrt Dortmund mit anschließendem Rundgang auf dem Gelände der Bundesgartenschau**

DM 15,- pro Person.

Abfahrt: 09.30 Uhr Westfalenhallen
Rückkehr: 12.00 Uhr Westfalenhallen
- Tennisturnier: 14.00 Uhr**
Tennisplatz am Fredenbaum
- Golfturnier: 14.00 Uhr**
Golfplatz Dortmund
- Änderungen vorbehalten!

Unser stärkstes Argument
wiegt
meistens
3200 Gramm



padutin® 100

Bei
Fertilitäts-
störungen
des
Mannes



Zusammensetzung: 1 Tablette Padutin® 100 enthält Kallidinogenase (KallikreinTM) mit Begleitstoffen aus Schweine-Pankreas 0,075-16,5 mg, entsprechend 100 KE (Kallikrein-Einheiten). Anwendungsgebiete: Fertilitätsstörungen des Mannes, insbesondere idiopathische Oligozoospermie und Asthenozoospermie. Gegenanzeigen: Keine bekannt. Nebenwirkungen: Bei Therapiebeginn können vereinzelt leichte Diarrhöen auftreten, die meist spontan verschwinden. *WZ Bayer Leverkusen. Bayropharm Leverkusen.

Besondere Hinweise: Genitalinfektionen können Ursache einer Oligo-Asthenozoospermie sein und eventuell unter Behandlung mit Padutin 100 exacerbieren. Bei unbefriedigender Spermaqualität nach Abheilung der Entzündung ist ein Therapieversuch mit Padutin 100 angezeigt. Dosierungsanleitung: 600 KE (= 6 Tabletten Padutin 100), die entweder gleichmäßig über den Tag verteilt oder in 3 Einzeldosen 1/2 Stunde vor den Mahlzeiten eingenommen werden. Die Einnahme muß über mindestens 2-3 Monate erfolgen, um der Dauer des Spermatogenesezyklus Rechnung zu tragen. Handelsformen und Preise: OP mit 100 Tabletten DM 107,00, OP mit 600 Tabletten DM 607,10*. Weitere Informationen im wissenschaftlichen Prospekt. Stand: Januar 1992.

Bayropharm



Programmübersicht

Freitag, 24. April 1992

8.30 Uhr		Eröffnung der Ausstellung
09.00-12.00 Uhr	Goldsaal	Freie Vorträge
09.00-16.30 Uhr	Silbersaal	Fortbildungsveranstaltung für urologische Assistenzberufe
13.00 Uhr	Goldsaal	Kongreßeröffnung: "Dortmunder Bilderbogen" Bruno "Günna" Knust Theater Olpeketalstraße
14.00-16.00 Uhr	Goldsaal	Urologische Onkologie H. Rübber, Essen L. Weißbach, Berlin
16.30-17.30 Uhr	Goldsaal	Berufspolitik U. Oesingmann, Dortmund X K.-H. Schmitz, Olpe X
17.45 Uhr	Goldsaal	Ordentliche Mitglieder- versammlung der Nordrhein- Westfälischen Gesellschaft für Urologie e.V.
18.15 Uhr	Goldsaal	Mitgliederversammlung der Nordrhein-Westfälischen Ge- sellschaft zur Förderung des Urologischen Nachwuchses e.V.
20.00 Uhr	Wenkerkeller	Westfälischer Abend

Harnwegs-Infektionen und Reizblase



Oft sind Tees
zu wenig



und Antibiotika
zu viel

deshalb: **Cystinol** von
Urologikum Anfang
an

Cystinol: Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Betulae folium Percolat. 1=10; Equiseti herba Percolat. 1=10; Solidaginis herba Percolat. 1=10; Uvae ursi folium Percolat. 1=10; entsprechend Gesamtlavonoiden berechnet als Hyperosid (standard) 15 mg; entsprechend Hydrochinonderivaten berechnet als wasserfreies Arbutin (standard) 120 mg. **Warnhinweis**: Dieses Arzneimittel enthält 20 Vol.-% Alkohol. Bei der Beachtung der Dosierungsanleitung werden bei jeder Einnahme (2,5 bzw. 5 ml) bis zu 0,8 g Alkohol zugeführt. Ein gesundheitliches Risiko besteht aufgrund des Alkoholgehaltes u. a. bei Leberkranken, Alkoholkranken, Epileptikern, Hirngeschädigten, Schwangeren und Kindern. Die Wirkung anderer Arzneimittel kann beeinträchtigt werden.
Indikationen: Akute und chronische Infektion der Harnwege, Cystitis, Urethritis; zur Unterstützung der Therapie bei Cystopyelitis; zur symptomatischen Therapie bei chronischen Reizzuständen (Reizblase); vor und nach Eingriffen an den Harnwegen, zur vorbeugenden Behandlung und zur Durchspülung bei Harnstein und Nierengriß. **Dosierung**: Erwachsene: 3 x täglich 1 Meßkappe, Kleinkinder 2 - 6 Jahre: 2 x täglich 1/2 Meßkappe; Kinder 7 - 12 Jahre: 3 x täglich 1/2 Meßkappe; Kinder 12 - 16 Jahre: 2 x täglich 1 Meßkappe. Mit reichlich Flüssigkeit einnehmen.
Darreichungsformen und Packungsgrößen: Lösung 100 ml 10,13 DM; 200 ml 17,40 DM; Anstaltspackung 1000 ml (Stand: Oktober 1991).

Schaper & Brümmer
3329 Salzgitter 61

Naturstoff-Forschung für die Therapie

Programmübersicht

Samstag, 25. April 1992

09.00-11.30 Uhr	Silbersaal	Proktologisches Seminar R. Brinkmann, Bochum X H.-J. Fink, Rendsburg X P. Frosch, Dortmund X R. Winkler, Schleswig
09.00-10.00 Uhr	Goldsaal	Operative und endoskopische Techniken H.U. Eickenberg, Bielefeld X P. Rathert, Düren
10.30-12.00 Uhr	Goldsaal	Kinderurologie X P. Brühl, Bonn X R.H. Ringert, Göttingen H. Rübber, Essen
12.00 Uhr	Goldsaal	Ansprache des Präsidenten der 39. Tagung F. Boeminghaus, Neuss
12.15 Uhr		Ausklang

Präzision für die TUR.



Präzision sowohl bei der optischen Kontrolle als auch beim Schnitt sind unabdingbare Voraussetzungen für die TUR. Resektoskope von KARL STORZ geben Ihnen diese Präzision und Zuverlässigkeit. Dafür garantiert der Name eines Herstellers, dessen Entwicklungen immer wieder Akzente für die Resektionstechnik gesetzt haben. Schäfte mit verbessertem Zu- und Abfluß, Dauerspülrrektoskope, Keramik-Schutzisolierungen und nicht zuletzt die neue, wiederum maßstabsetzende HOPKINS II-Optik geben dem Urologen ein

Arbeitsinstrument von unübertroffener Qualität in die Hand. Selbstverständlich ist auch das gesamte erforderliche Zubehör – vom automatisch geregelten HF-Chirurgiegerät bis zur speziell auf die Erfordernisse der TUR abgestimmten Video-Kamera – in der Qualität erhältlich, die man mit dem Namen KARL STORZ verbindet.

Bitte überzeugen Sie sich selbst von der Qualität unserer Produkte und fordern Sie eine unverbindliche Demonstration durch unseren Außendienst an.

KARL STORZ GMBH & CO.
Mittelstr. 8, Postfach 230
D-7200 Tuttlingen/Germany
Cable: Endoskopie
Phone: (07461) 7060, Telex: 782656 storz d
Telex: 746 116, Telefax: (07461) 708105

KARL STORZ Endoscopy - America, Inc.
10111 W. Jefferson Boulevard, Culver City,
California 90230-3578, Phone: (213) 558 1500,
Telex: 910-340-6372 k storz calif.
Telefax: 213 280 2504

KARL STORZ Endoscopia Latino-America
815 N.W. 57 Av, Suite No. 342
Miami, Florida 33126
Phone: KSLA (305) 262 - 8980
Telex: 510 601 6506, Telefax: (305) 262 - 8986

Ich möchte weitere Informationen.
Bitte senden Sie mir die Broschüre
UROLOGIE

URO 27

STORZ
KARL STORZ - ENDOSKOPE

Freie Vorträge

Freitag, 24. April 1992

Vorsitzende: Jury des Paul-Mellin-Preises

Teil I : 9.00 Uhr - 10.00 Uhr

09.00 Uhr

- 10' Aktuelle Bedeutung der Gefäßchirurgie innerhalb der Urologie
M. Sohn, Aachen, G. Konrad, Mönchengladbach, G. Jakse, Aachen
- 5' Erste Erfahrungen mit der laparoskopischen pelvinen Lymphadenektomie
J. Zumbé, F. Haaf, Leverkusen
- 5' Laparoskopische pelvine Lymphadenektomie beim Prostatakarzinom
W. Boeckmann, R. Sikora, J. M. Wolff, G. Jakse, Aachen
- 5' Die Therapie der Harnröhrenstriktur: Ist die Stent-Implantation eine Alternative zu konventionellen Verfahren?
M. Goepel, U. Bröcheler, H. Rübber, Essen
- 5' Der Wallstent bei der Behandlung der kurzstreckigen bulbären Harnröhrenstriktur
V. Hoch, F. Noll, J. Borkowski, F. Schreiter, Schwelm
- 5' Wallstent-Implantation zur Behandlung der Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie bei neurogenen Blasenentleerungsstörungen
F. Noll, V. Hoch, F. Schreiter, Schwelm
- 5' Das ASI-Prostatadilatationssystem
J. Sulke, B. Koll, H. Kwa, Dortmund
- 5' Erste Erfahrungen mit dem neuen Stoßwellensystem C (Fa. Siemens/Lithostar)
C. M. Theisen, Bielefeld

Cephaloral®

1 MAL

täglich reicht!

Cephaloral®. Das Antibiotikum für akute Fälle.

Zusammensetzung: 1 Cephaloral®-Filmtablette enthält 223,8 mg Cefixim 3 H₂O (entspricht 200 mg Cefixim). 5 ml gebrauchsfertige Cephaloral®-Suspension enthalten 111,9 mg Cefixim 3 H₂O (entspricht 100 mg Cefixim) sowie 2,5 mg Natriumbenzoat als Konservierungsmittel. Hinweis für Diabetiker: 5 ml gebrauchsfertige Suspension enthalten 2,5 g Saccharose (0,21 BE). **Anwendungsgebiete:** Akute und chronische Infektionen durch Cefixim-empfindliche Krankheitserreger: - Infektionen der oberen und unteren Atemwege - Infektionen des Hals-Nasen-Ohren-Bereichs wie z. B. Otitis media, Sinusitis, Tonsillitis, Pharyngitis, Laryngitis - Infektionen der Niere und der ableitenden Harnwege - Infektionen der Gallenwege - akute gonorrhöische Urethritis. **Gegenanzeigen:** Cephalosporin-Überempfindlichkeit. Auf eine mögliche Kreuzallergie mit anderen Betalactam-Antibiotika ist zu achten. Vorsicht bei Personen mit schweren Nierenfunktionsstörungen (Kreatinin-Clearance <10 ml/min/1,73 m²) und bei Personen mit Allergie- oder Asthma-Anamnese. Bis zum Vorliegen weiterer klinischer Erfahrungen sollte Cephaloral® Frühgeborenen, Neugeborenen und stillenden Müttern nicht verabreicht werden. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich Magendrücken, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit und Blähungen, häufiger weiche Stühle oder Durchfall. In Einzelfällen pseudomembranöse Kolitis. Gelegentlich allergische Hautreaktionen, Juckreiz, Überempfindlichkeitsreaktionen bis hin zum anaphylaktischen Schock, in Einzelfällen Arzneimittelfieber. Gelegentlich Kopfschmerzen und Schwindelgefühl. In Einzelfällen Blutbildveränderungen (Granulozytopenie, Thrombozytopenie, Eosinophilie). In seltenen Fällen vorübergehender Anstieg der Kreatinin- und Harnstoffkonzentration im Serum. Selten reversibler Anstieg von Leberenzymen (Transaminasen, alkalische Phosphatase) im Serum. **Dosierung:** Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren erhalten täglich 2 Filmtabletten. Kinder unter 12 Jahren erhalten täglich 8 mg Cephaloral® je kg Körpergewicht. Die empfohlene Tagesdosis kann wahlweise auf einmal verabreicht oder in 2 Einzeldosen (morgens und abends) aufgeteilt werden. Bei Patienten mit deutlich eingeschränkter Nierenfunktion ist die Dosis zu reduzieren. Weitere Angaben siehe Packungsbeilage. **Darreichungsformen:** Filmtabletten: Packung zu 10 Filmtabletten (N1): DM 70,00. Packung zu 20 Filmtabletten (N2): DM 120,90. Trockensubstanz zur Suspensionszubereitung: Packung zu 26,5 g Trockensubstanz (entspricht 1 g Cefixim) zur Suspensionszubereitung; ergibt 50 ml Suspension: DM 55,10. Packung zu 53 g Trockensubstanz (entspricht 2 g Cefixim) zur Suspensionszubereitung; ergibt 100 ml Suspension: DM 94,15. Ferner Klinikpackungen.

In Lizenz der Firma
Fujisawa Pharmaceutical Co., Ltd.,
Osaka, Japan.

MERCK

E. Merck, Postfach 4119, 6100 Darmstadt 1

Freie Vorträge

Freitag, 24. April 1992

Vorsitzende: Jury des Paul-Mellin-Preises

Teil I : 9.00 Uhr - 10.00 Uhr

- 5' Wertigkeit des C-reaktiven Proteins in der Verlaufskontrolle von Patienten nach ESWL-Behandlung
J. M. Wolff, U. Krämer, W. Boeckmann, G. Jakse, Aachen
- 5' Eine neue Spitzenform für elektrohydraulische Sonden zur minimal invasiven ureterskopischen Steintherapie
R. Vorreuther, R. Engelking, Köln
- 5' Endoskopische Behandlung von Harnleitersteinen
L. Jeromin, Lodz
- 5' Die einseitige, abszedierende, nicht obstruktiv bedingte Pyelonephritis
Th. Jachertz, Dortmund
- 5' Eine gasbildende Mykose des Nierenbeckens und ihre konservative Therapie
M. Kuss, R. Vorreuther, W. Franzen, R. Engelking, Köln

Pause und Besuch der Industrieausstellung



... LÖST DEN
HARNDRANG

SPASMO-LYT®

Spasmo-lyt®-Dragées
Zusammensetzung: 1 Dragée enthält:
Trospiumchlorid 20 mg.

Anwendungsgebiete: Zur symptomatischen Therapie von Pollakisurie und Nykturie bei nicht hormonell und nicht organisch bedingten vegetativen Blasenfunktionsstörungen (Reizblase, sensorische Urge-Inkontinenz).

Gegenanzeigen: Mechanische Stenosen des Magen-Darm-Traktes. Harnverhaltung bei Prostataadenom. Engwinkelglaukom, tachykarde Herzrhythmusstörungen und Myasthenia gravis. Die Anwendung von Trospiumchlorid sollte in der Schwangerschaft nur unter strenger Indikationsstellung erfolgen.

Nebenwirkungen: Es ist mit anticholinergen Effekten wie z.B. Hemmung der Schweiß- und Speichelsekretion, Miktionsstörungen und Störung der Herzfrequenz zu rechnen. Es ist mit einer Akkommodationsstörung zu rechnen. Das gilt insbesondere für Patienten, die hyperop und nicht ausreichend korrigiert sind.

Wechselwirkungen: Verstärkung der anticholinergen Wirkung von Amantadin, trizyklischen Antidepressiva, Chinidin, Antihistaminika, Disopyramid sowie Verstärkung der tachykarden Wirkung von β -Sympathomimetika.

Darreichungsform und Packungsgrößen:
Ö.P. mit 20 Dragées (N1) DM 36,35 m. MwSt., Ö.P. mit 50 Dragées (N2) DM 76,65 m. MwSt., Ö.P. mit 100 Dragées (N3) DM 130,55 m. MwSt.
Stand: Dezember 91
MADAUS AG, Köln

DIAGNOSTIK
UND THERAPIE
AUS EINER HAND



Freie Vorträge

Freitag, 24. April 1992

Vorsitzende: Jury des Paul-Mellin-Preises

Teil II : 10.30 Uhr - 12.00 Uhr

10.30 Uhr

- 10' **Prostatitisdiagnose aus dem Exprimatharn - einfach, schnell, zuverlässig?**
I. Schröder-Printzen, W. Weidner, M. Ludwig, R. H. Ringert, Göttingen
- 5' **Einfluß unterschiedlicher Antiandrogene auf den LHRH-Analagoninduzierten Tumor-Flare**
H. Schulze, G. Haupt, Th. Senge, Herne
- 5' **Therapie des hormonrefraktären Adenokarzinoms der Prostata mit Mitoxantron**
R. Krause, K. Rembrink, I. Soliman, H. Rübber, Essen
- 5' **Konzept zur Durchführung des Beckenbodentrainings bei weiblicher Streßinkontinenz Grad I und II**
R. Kirschner-Hermanns, S. Niehaus, B. Wein, G. Jakse, Aachen
- 5' **Transvaginale Sonographie in der Diagnostik der distalen Harnleiterobstruktion**
W. Martin, A. Kutta, J. Pastor, Herne
- 5' **Pilotstudie zur Therapie der erektilen Dysfunktion mit Trazodone**
R. Sikora, R. Bosshardt, M. Sohn, G. Jakse, Aachen
- 5' **Die Filariose des Nebenhodens, eine seltene Erkrankung des äußeren Genitales**
H.-G. Kimont, W. Schöps, J. Zumbé, G. Kierfeld, Leverkusen
- 5' **Dreidimensionaler Ultraschall in der Urologie**
H.-J. Knopf, W. Martin, J. Pastor, G. Haupt, Herne

LEBENS WERTE

Dem Leben Jahre geben – dieser Aufgabe hat sich die Medizin mit beachtlichem Erfolg angenommen. Den gewonnenen Jahren die Qualität des Lebenswerten zu geben, ist heute das Ziel ärztlichen Handelns – besonders bei der Betreuung von Tumorpatienten. Mit ESTRACYT® läßt sich dieser hohe Anspruch durchsetzen – in der Primärtherapie des Prostatakarzinoms, vor allem bei Patienten mit Fernmetastasen, Schmerzsymptomatik und schlechtem Allgemeinzustand. Die Vorteile von ESTRACYT® sprechen für sich: Objektive Tumorregression, Verlängerung der progressionsfreien Überlebenszeit und spürbarer Rückgang der Schmerzsymptomatik.



Estracyt®
besser von Anfang an.

Zusammensetzung: 1 Fläschchen Estracyt 150 mg enthält 210 mg Megluminsalz des Estramustinphosphats entsprechend 150 mg Estramustinphosphat. 1 Fläschchen Estracyt 300 mg enthält 420 mg Megluminsalz des Estramustinphosphats entsprechend 300 mg Estramustinphosphat. 1 Lösungsmittelampulle enthält 8 ml Aqua ad inieciabla. 1 Kapsel Estracyt enthält 151,8 mg Dinatriumsalz des Estramustinphosphats entsprechend 140 mg Estramustinphosphat. **Anwendungsgebiet:** Prostatakarzinom. **Gegenanzeigen:** Estracyt sollte bei Patienten mit folgender Anamnese nicht verwendet werden: – bekannte Überempfindlichkeit gegen Estradiol oder N-Lost – schwere Herz- oder Lebererkrankungen – aktive Thrombophlebitis oder thromboembolische Störungen. Hinweis: Vorsicht wird empfohlen bei Patienten mit vorangegangener Thrombophlebitis, Thrombose oder thromboembolischen Störungen, insbesondere wenn diese in Zusammenhang mit einer Östrogentherapie standen sowie bei Patienten mit zerebrovaskulären oder koronaren Erkrankungen und peptischen Ulkuserkrankungen. **Nebenwirkungen:** Gastrointestinale Störungen (gelegentlich vorübergehende Übelkeit, manchmal Erbrechen, selten Durchfall) können zu Beginn der Therapie auftreten. Die Gabe von Antiemetika, eine vor-

übergehende Dosisreduzierung (1-2 Wochen) oder ein initialer Wechsel zur i.v.-Form können hier hilfreich sein. In einzelnen Fällen wurden Thrombopenie, Leukopenie und eine Beeinträchtigung der Leberfunktion beobachtet. Diese Nebenwirkungen waren jedoch nach einer Dosisreduzierung auf die Hälfte bzw. kurzzeitigem Absetzen (1-2 Wochen) vollständig reversibel. Die volle Dosis soll nach Abklingen der Symptome wieder aufgenommen werden. Über allergische Hautreaktionen wie Quincke-Ödem, Hautausschlag und Juckreiz wurde in Einzelfällen berichtet. Wie unter einer konventionellen Östrogentherapie können thromboembolische Störungen, Ödeme, pektanginöse Beschwerden, Gynäkomastie sowie verminderte Libido und Potenz auftreten. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Kalziumreiche Nahrung wie Milch oder Milchprodukte sowie Kalziumpräparate können zu Wirkungsverlust führen und sind im Zusammenhang mit der Einnahme von Estracyt-Kapseln strikt zu vermeiden. **Dosierungsanleitung, Art und Dauer der Anwendung:** Falls vom Arzt nicht anders verordnet, wird folgende Dosierung empfohlen: Initialdosierung oral: Über 4 Wochen 3 x 2 (2 x 3) Kapseln/Tag. Alternativ: Initialdosierung i.v.: Beginn mit 300-450 mg Estracyt täglich über 5-10 Tage. Weiterbehand-

lung bis 4 Wochen nach Beginn der Therapie mit 3 x 2 (2 x 3) Kapseln/Tag. Zeigt sich nach 4 Wochen eine subjektive Besserung, wird die Therapie fortgesetzt. Erhaltungsdosierung: Hat die Initialtherapie Erfolg, so muß die Therapie mit Estracyt fortgesetzt werden, da ein Therapieabbruch in ein rasches Fortschreiten der Krankheit übergehen kann. Wegen seiner geringen Toxizität eignet sich Estracyt in besonderem Maße zur Langzeittherapie. Für die Erhaltungstherapie wird folgende Dosierung empfohlen: 2 x 2 Kapseln/Tag, bei Bedarf bis zu 3 x 2 Kapseln/Tag. Wichtiger Hinweis zur Einnahme: Estracyt sollte mindestens 1 Stunde vor oder frühestens 2 Stunden nach dem Essen eingenommen werden. **Darreichungsformen, Packungsgrößen und Preise:** OP 40 Kapseln DM 358,50; OP 100 Kapseln DM 855,90; OP 120 Kapseln (Monatspackung) DM 999,70; OP 10 x 150 mg Inj.-Fl. + Lös. m. DM 347,91; OP 10 x 300 mg Inj.-Fl. + Lös. m. DM 558,60; AP mit 400 und 800 Kapseln. Verschreibungspflichtig! Kabi Pharmacia GmbH, Postfach 28 40, 8520 Erlangen. Stand Juli 1991.


Kabi Pharmacia

Urologische Onkologie und Berufspolitik

Freitag, 24. April 1992

13.00 Uhr	Goldsaal	Kongreßeröffnung "Dortmunder Bilderbogen"
		Bruno "Günna" Knust Theater Olpeketalstraße
14.00-16.00 Uhr	Goldsaal	Urologische Onkologie H. Rübben, Essen L. Weißbach, Berlin
16.30-17.30 Uhr	Goldsaal	Berufspolitik U. Oesingmann, Dortmund K.-H. Schmitz, Olpe
17.45 Uhr	Goldsaal	Ordentliche Mitgliederversammlung der Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft für Urologie e.V.
18.15 Uhr	Goldsaal	Mitgliederversammlung der Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft zur Förderung des Urologischen Nachwuchses e.V.
20.00 Uhr	Wenkerkeller	Westfälischer Abend

FAKTU®

Die **Nr. 1** gegen
Hämorrhoiden

nach Verordnungen

- stillt die Blutung
- schützt vor Wundinfektionen
- fördert die Wundheilung



Faktu® Salbe, Faktu® Salbe mit Analehner, Faktu® Salbe mit Dispenser, Faktu® Zäpfchen, Faktu® Anotamp®, Faktu® Kombi-Packung und Faktu® Spezial Kombi-Packung. **Zusammensetzung:** 1 g Salbe (1 Zäpfchen bzw. 1 Anotamp®) enthält: 50 (100) mg Poliresulen, 10 (2,5) mg Cinchocainhydrochlorid. **Wirkungsweise:** Faktu® wirkt blutstillend und wundheilungsfördernd; es lindert und beseitigt Schmerz und Juckreiz. **Anwendungsgebiete:** Hämorrhoiden, insbesondere mit entzündlichen Begleiterscheinungen und Blutungen, Analfissuren, Analhagaden, Analekzeme, Analpruritus, Wundbehandlung nach proktologischen Operationen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Cinchocain. Während der Schwangerschaft darf Poliresulen nur bei strenger Indikationsstellung unter Berücksichtigung des Risikos für Mutter und Kind angewendet werden. Tierversuche haben keine Hinweise auf Fehlbildungen ergeben. Es liegen keine Untersuchungen zum Risiko bei einer Anwendung in der Schwangerschaft beim Menschen vor. Es ist nicht bekannt, ob der Wirkstoff in die Muttermilch übergeht. **Nebenwirkungen:** Lokale Mißempfindungen (Brennen) sind wirkstoffbedingt und verschwinden meist nach kurzer Zeit. **Dosierung:** Salbe und Zäpfchen 2-3 mal täglich anwenden. **Handelsformen:** 30 g Salbe DM 19,65, 60 g Salbe DM 33,95, 100 g Salbe DM 48,40, AP mit 300 g; 60 g Salbe mit Analehner DM 36,45, 30 g Salbe mit Dispenser DM 21,45, 60 g Salbe mit Dispenser DM 35,15; 10 Anotamp® DM 23,50; 20 Zäpfchen DM 19,85, AP mit 200 Zäpfchen; Kombi-Packung mit 30 g Salbe und 10 Zäpfchen DM 27,65; Spezial Kombi-Packung mit 30 g Salbe und 10 Anotamp® DM 38,95.
TOSSE Pharmazeutika, 2000 Hamburg 70
Stand: 1.2.1992

Proktologisches Seminar

Samstag, 25. April 1992

Moderation: R. Brinkmann, Bochum; H.-J. Fink, Rendsburg;
P. Frosch, Dortmund; R. Winkler, Rendsburg

9.00 Uhr Teil I:

Proktologie in der urologischen Praxis
H.-J. Fink, Rendsburg; R. Brinkmann, Bochum

Verhaltensmaßnahmen bei perianaler Blutung
R. Winkler, Rendsburg

Anale und perianale eitrige Erkrankungen
G. D. Giebel, S. Saad, Köln

Diskussion

10.00 Uhr **Pause und Besuch der Industrieausstellung**

10.30 Uhr Teil II:

Dermatologische Veränderungen im äußeren Genitalbereich
P. Frosch, A. Richter, Dortmund

Ano-urogenitaler Symptomenkomplex aus chirurgischer Sicht
R. Winkler, Rendsburg

Analer Symptomenkomplex aus urologischer Sicht
R. Brinkmann, Bochum; H.-J. Fink, Rendsburg

Beckenbodeninsuffizienz
R. Winkler, Rendsburg

Rundtischgespräch

R. Brinkmann, Bochum; H.-J. Fink, Rendsburg; P. Frosch, Dortmund;
R. Winkler, Rendsburg

Diskussion

Endosgel®

Gleitmittel
für TUR und
intermittierenden
Katheterismus

**- eliminiert
Problemkeime***

*Hofstetter, A.: Antimikrobielle
Wirksamkeit von Gleitmitteln.
Urologe (B) 27, 359-360 (1987)

**Endosgel® -
das Gleitmittel mit
physiologischer Leitfähigkeit**

Farco-Pharma GmbH, Köln, Endosgel®
Zusammensetzung: 100 g Gel enthalten: Natriumlactat
1,550 g, Chlorhexidindigluconat 0,050 g, Methyl-4-hydroxy-
benzoat 0,060 g, Propyl-4-hydroxybenzoat 0,025 g. **Anwen-
dungsgebiete:** Elektro-Resektionen und Koagulationen, Trans-
urethrale endoskopische Eingriffe, Transvaginale endoskopische
Resektionen), Tumorkoagulationen, Blasenresektionen (Prostata-
Eingriffe, intermittierender Katheterismus. **Gegenanzeigen:**
Darf nicht bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegenüber
Alkyl-4-hydroxybenzoaten (Parabenen) angewendet werden.
Nebenwirkungen und Wechselwirkungen: Sind nicht
bekannt.

Darreichungsform und Packungsgrößen: Endos-
gel ist steril zu 6 ml bzw. 20 ml sofort gebrauchsfähig
in Einmalspritzen 15 x 20 ml in Einmalspritzen.
Anstaltspackungen: 100 x 20 ml und
100 x 6 ml in Einmalspritzen.
FARCO-PHARMA GmbH,
Mathias-Brüggel-Straße 82,
5000 Köln 30



Dramatische Vase

Operative und endoskopische Techniken

Samstag, 25. April 1992

Vorsitz: H.U. Eickenberg, Bielefeld
P. Rathert, Düren

9.00 Uhr

15' Das Skalpell in der Urologie: Hat es noch eine Zukunft?
P. Rathert, Düren

15' Was geschieht mit der Prostata: Von der Kälte zur Wärme,
vom Handarbeiter zum Roboter
H.U. Eickenberg, Bielefeld

Diskussion

5' Funktionelle Harnröhrensonographie
U. Gemander, Bielefeld

10' Management der Eigenbluttransfusion bei urologischen
Operationen
F.-J. Marx, R. Feinen, L. Boecken, B. Walter, Köln

Pause und Besuch der Industrieausstellung

Der sichere Weg in der Harndiagnostik

Combur⁹Test® Uricult® Micur® BT



Fahnden mit Combur⁹Test®

Diagnostische Sicherheit durch:

- Leukozytentestfeld. Auch lysierte Zellen, die dem mikroskopischen Nachweis entgehen, werden erfaßt.
- Bluttestfeld. Mit Schutz vor Ascorbinsäureeinfluß.
- Glucosetestfeld. Klare Entscheidung im Grenzbereich normal/pathologisch. Äußerst geringe Störanfälligkeit gegenüber Ascorbinsäure.

Weitere zuverlässige Testfelder:

Nitrit, pH, Protein, Keton, Urobilinogen, Bilirubin.

Wann immer Combur⁹Test® Hinweise auf einen Harnwegsinfekt liefert, verschaffen Sie sich weitere Klarheit mit Uricult® oder Uricult® plus und Micur® BT.

Keimzahl bestimmen mit Uricult®/Uricult® plus

Uricult® – der bewährte Eintauchtest zur bakteriologischen Diagnostik von Harnwegsinfekten – gleichzeitig das ideale Transportmedium.

Neu ist Uricult® plus mit einem zusätzlichen Agar zur Differenzierung von Enterokokken.

Hemmstoffe entdecken mit Micur® BT

Bei der Keimzahlbestimmung ist es entscheidend zu wissen, ob Keime ungehemmt wachsen oder ob antibakterielle Stoffe Wachstum (und damit Testergebnis) beeinflussen.

Micur® BT weist antibakterielle Stoffe im Urin zuverlässig nach.

**BOEHRINGER
MANNHEIM**

Boehringer Mannheim GmbH
Sandhofer Straße 116
D-6800 Mannheim 31



Kinderurologie

Samstag, 25. April 1992

Vorsitz: P. Brühl, Bonn
R.H. Ringert, Göttingen
H. Rübber, Essen

10.30 Uhr

- 15' Der Wandel in Diagnostik und Therapie der obstruktiven Uropathie
R.H. Ringert, Göttingen
- 5' Prognostische Faktoren zur Nierenfunktion in der vorgeburtlichen Phase und frühen postportalen Phase
M. Meyer-Schwickerath, B. Lettgen, D. Kröpfl, H. Rübber, Essen
- 10' VUR und Refluxnephropathie - Prognostische Parameter zu Narbenprogression, neuer Narbenbildung und Maturation
F. Ikoma, R. Kawaguchi, Nishinomiya
- 5' Die Antirefluxplastik nach Lich-Gregoir - Komplikationen und Ergebnisse
U. Grein, R. Olanas, F. Noll, F. Schreiter, Schwelm
- 10' Welche Bedeutung haben Erkrankungen der Cowper'schen Drüsen im Kindesalter?
J. G. Moormann, Trier
- 15' Hypospadie - Aktuelle operative Verfahren
D. Kröpfl, H. Rübber, Essen
- 15' Orchidopexie - gestern und heute
P. Brühl, Bonn
- Ansprache des Präsidenten 1993**
F. Boeminghaus

1. 15
1.1 45



Nachgewiesen wirksam:

Harzol,[®] Zuzahlungs-frei

Das Originalpräparat mit dem Prostata-spezifischen¹ Sitosterin ist in seiner Wirkung bestens dokumentiert² und zum Festbetrag erhältlich. So therapieren Sie preisgünstig und wirkungsvoll: Für ein Quartal O.P. 360 Kps. zu DM 98,56; denn mit 3 x 1 Kapsel pro Tag über 3 Monate erreicht man eine sonographisch nachgewiesene Abnahme des Prostata-volumens um 21,9% und eine Senkung der Restharn-Mittelwerte von ca. 50 ml auf ca. 25 ml.³ Harzol[®] hilft und spart.

¹ D. Bach, H. Walker, H. P. Zahradnik. Therapiewoche 35, 4292 - 4297 (1985).

² Insgesamt über 25.000 dokumentierte Fälle.

³ D. Bach, R. Schmidt, J. Sökeland. Der Praktische Arzt 7/88 und 8/88.

Harzol[®], HOYER GmbH & Co., Pharmazeutische Präparate, 4040 Neuss 21

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält 10 mg β -Sitosterin (stand.: 0,1 mg β -Sitosterin- β -D-glucosid). **Anwendungsgebiete:** Benigne Prostatahyperplasie (Prostata-Adenom). **Gegenanzeigen:** Sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen Magenunbekömmlichkeit.

Dosierungsanleitung und Anwendungsweise: Initialtherapie: Im allgemeinen 3 mal täglich 2 Kapseln. Langzeittherapie: Im allgemeinen 3 mal täglich 1 Kapsel. Die Kapseln sollen mit etwas Flüssigkeit nach den Mahlzeiten eingenommen werden.

Handelsformen:

50 Kapseln N2 DM 20,85
100 Kapseln N3 DM 35,96
360 Kapseln DM 98,56

Stand: Januar 1992



HOYER
Präparate für die Urologie



66. Fortbildungsveranstaltung für die Urologischen Assistenzberufe

Freitag, 24. April 1992

anlässlich der 38. Tagung der Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft für Urologie, Westfalenhallen, Dortmund

Moderation

H. Becker, Hamburg; R. Hubmann, Hamburg; W. Knipper, Hamburg

9.00 Uhr c.t.

Begrüßung

J. Sökeland, Präsident der Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft für Urologie, Dortmund

9.25 Uhr

Einführung

H. Becker, Hamburg

9.40 Uhr

Wandel urologischer Operationsverfahren

U. Engelmann, Herne

10.10 Uhr

Wandel medikamentöser Tumorbehandlung

M. Sohn, Aachen

10.40 Uhr

Film: Die Ileum-Neoblase (R. Hautmann, A.-Nr. 214)

11.00 Uhr

P a u s e

11.30 Uhr

Was sind nosokomiale Infektionen?

P. Brühl, Bonn

12.00 Uhr

Praktische Krankenhaushygiene in der Urologie

K.-H. Lichtenstein, Essen

12.30 Uhr

Film: Klinische Bakteriologie - Probengewinnung und deren Verarbeitung (F. Daschner, A.-Nr. 502)

12.50 Uhr

Diskussion

13.00 Uhr

Mittagessen auf Einladung der Hoyer GmbH & Co., Neuss

R. Hartung, Technische
Universität München;
W. Hübner, Wien;
W. Kropp, Technische
Universität München (Hrsg.)

Urologische Beckenchirurgie

Das Buch informiert umfassend über neue Operationstechniken bei der chirurgischen Therapie von urologischen Tumoren im Becken. Es gibt den aktuellen Stand bereits etablierter als auch innovativer Therapiemaßnahmen wieder. Beiträge von Chirurgen, Gynäkologen und Urologen belegen den hohen Stellenwert interdisziplinärer Zusammenarbeit zur gemeinsamen Lösung von Problemen bei der Tumorchirurgie im Becken, die sich häufig aus der engen anatomischen Lage benachbarter Organe ergeben. Die einzelnen Beiträge wurden von fachkompetenten Autoren verfaßt und mit hervorragendem Bildmaterial ausgestattet.

1991. Etwa 360 S. 159 Abb.
Geb. DM 248,-
ISBN 3-540-53255-2

Inhalt

- Chirurgisch-urologische Eingriffe
- Gynäkologisch-urologische Eingriffe
- Streßharninkontinenz
- Artefizieller Sphinkter
- Harnableitung
- Endourologische Maßnahmen
- Alternative und adjuvante Therapie beim Harnblasenkarzinom
- Prostatakarzinom
- Weichteiltumoren des Beckens
- Urologische Chirurgie bei Beckenverletzungen
- Sachverzeichnis

Springer-Verlag
Berlin
Heidelberg
New York
London
Paris
Tokyo
Hong Kong
Barcelona
Budapest

100-40-227/ SF

66. Fortbildungsveranstaltung für die Urologischen Assistenzberufe

Freitag, 24. April 1992

anlässlich der 38. Tagung der Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft für Urologie, Westfalenhallen, Dortmund

- 14.30 Uhr Kindliche Fehlbildung an Niere-Blase/Diagnostik und Therapie
F. Boeminghaus, Neuss
- 15.00 Uhr Plastische Eingriffe am kindlichen äußeren Genitale
M. Westenfelder, Freiburg
- 15.30 Uhr Moderne Harnsteintherapie
F.J. Marx, Köln
- 16.00 Uhr Film: Nichtoperative Behandlung von Harnleitersteinen
(N. Schmeller, A.-Nr. 122)
- 16.30 Uhr Abschluß des Seminars
W. Knipper, Hamburg

Filme aus dem Archiv für audiovisuelle Information der Deutschen Urologen e.V.

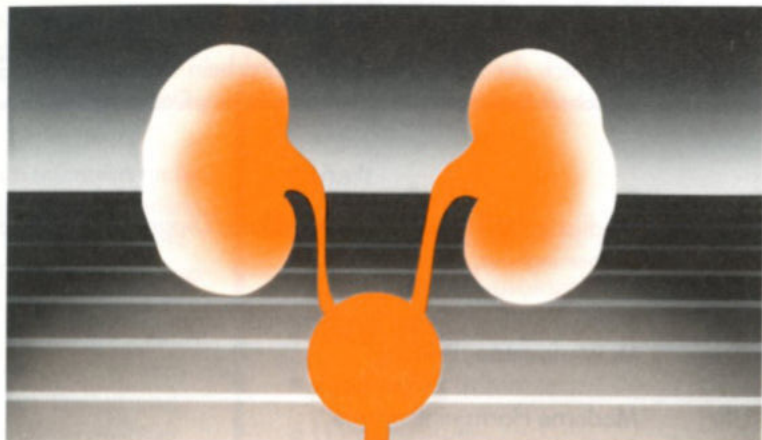
Organisation und Technik:

Hoyer GmbH & Co.
4040 Neuss 21

Prof. Dr. H. Becker
Prof. Dr. R. Hubmann

Prof. Dr. P. Burchardt
Prof. Dr. W. Knipper

Acimethin®. Zur wirksamen Behandlung von Harnwegsinfekten.



Acimethin® ist die effektive und sichere Therapie bei Harnwegsinfekten. Denn es senkt nicht nur den Urin-pH, sondern hat einen bakteriostatischen Effekt. In Verbindung mit Antibiotika optimiert werden. Acimethin® kann die Wirkung von Antibiotika optimiert werden. Acimethin® gilt als problemlose Rezidivprophylaxe bei chronischen Harnwegsinfekten und beugt darüberhinaus der Bildung von Phosphatsteinen vor.



Acimethin®

Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält: L-Methionin 500 mg. **Indikationen:** In der Urologie: als harnansäuernde Substanz mit bakteriostatischer Wirkung bei Harnwegsinfektionen, zur Rezidivprophylaxe; zur Wirkungsoptimierung von Antibiotika, Sulfonamiden, Nitrofurantoin und Nalidixinsäure im sauren Urin (pH 5-6); zur Verbesserung der Steinlöslichkeit und zur Vermeidung von Steinneubildungen bei Infekt-/Phosphatsteinen. In der Toxikologie: Behandlung der Paracetamol-Vergiftung. In der Nephrologie: bei chronisch niereninsuffizienten Patienten zur Senkung des Urämietoxins Guanidinbernsteinsäure; zur Behebung eines Aminosäuredefizits. **Gegenanzeigen:** Metabolische Azidose, renale tubuläre Azidose, schwere Leberinsuffizienz, Harnsäuresteine, Cystinsteindiathese, Oxalose. **Nebenwirkungen:** Verschiebungen des Blut-pH-Wertes bei azidosegefährdeten Patienten in den sauren Bereich. **Hinweis:** Bei azidosegefährdeten Patienten langfristige Behandlung unter regelmäßiger Kontrolle des Säure-Basen-Haushaltes. **Wechselwirkungen:** Bei Wirkstoffen (z.B. Ampicillinen, Carbenicillinen, Sulfonamiden, Nitrofurantoin, Nalidixinsäure), die durch Ansäuerung des Harns verstärkt rückresorbiert werden, kann es zu einer Wirkungsverstärkung kommen. **Dosierung und Anwendung:** Zur Harnansäuerung: 3 mal tägl. 1-2 Filmtabl. Um eine schnelle Harnansäuerung zu erreichen, Therapie mit 3 mal tägl. 2 Filmtabl. beginnen. Bei nicht azidosegefährdeten Patienten kann die Dosis noch weiter erhöht werden. Bei Paracetamol-Vergiftung: Alle 4 Std. 5 Filmtabl. bis zu einer Gesamtdosis von 20 Filmtabl. verabreichen. Erste Acimethin-Gabe muß innerhalb 10 Stunden nach Vergiftungsbeginn erfolgen. Bei chronisch Niereninsuffizienten 2 bis 3 mal tägl. 1 Filmtabl. **Packungsgrößen:** OP mit 50 Filmtabl. (N2), OP mit 100 Filmtabl. (N3).



PHARMA

GRY-PHARMA GmbH, nephrologische und urologische Präparate, D-7815 Kirchlengern/Schwarzwald

Mitgliederversammlungen

Ordentliche Mitgliederversammlung der Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft für Urologie e.V.

Termin Freitag, 24. April 1992, 17.45 Uhr
(im Anschluß an das Wissenschaftliche Programm)

Ort Goldsaal

Tagesordnung

1. Bericht des Vorsitzenden
2. Bericht des Schriftführers
3. Entlastung des Vorstandes
4. Wahl des Vorsitzenden für 1994
5. Tagung 1993
6. Verschiedenes

*Abgabe DBU
II Aktivität
Lern. Mitglied Prof. Gasser
Ehrenmitglied Prof. Zeyher
größte Langzeit-Risiko- und -Jede
Kompress 92
Ehrenmitglied
Lern. Mitglied Prof. Gasser*

Mitgliederversammlung der Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft zur Förderung des Urologischen Nachwuchses e.V.

Termin Freitag, 24. April 1992, 18.15 Uhr
(im Anschluß an die Mitgliederversammlung der Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft für Urologie e.V.)

Ort Goldsaal

Tagesordnung

1. Bericht des Vorstandes (Kassenbericht)
2. Entlastung des Vorstandes
3. Anträge auf Mitgliedschaft
4. Wahl des geschäftsführenden Vorstandes 1992/1993
5. Verschiedenes

Abstract

Aktuelle Bedeutung der Gefäßchirurgie innerhalb der Urologie

M. Sohn, Aachen

Eine zunehmende Rolle der Gefäßchirurgie ist gerade im Rahmen der Ausweitung des operativen urologischen Fachgebietes zu verzeichnen. Der Erwerb gefäßchirurgischer Kenntnisse ermöglicht nicht nur die Durchführung radikaler Tumorchirurgie bei sonst inoperablen Patienten (z.B. bei ausgedehnten retroperitonealen Tumoren oder bei Cava-Beteiligung durch Nierentumoren), sondern eröffnet dem Urologen auch neue Betätigungsbereiche, die früher zumeist anderen operativen Fächern angehörten. Als Beispiel für diese Ausweitung seien die Übernahme der a.v.-Shunt-Chirurgie als Vorbereitung zur Dialyse und die Durchführung freier Lappenplastiken genannt. Daneben ist die Beherrschung gefäßchirurgischer Techniken im Rahmen der Nierentransplantation notwendig in bezug auf die Rekonstruktion vorgeschädigter Spendernieren oder Empfängergefäße. Als weitere Anwendungsbereiche seien die mikrochirurgisch gestützte Hoden-Autotransplantation, die penile Gefäßchirurgie bei Impotenz und die postmoderne Penisauflbauplastik bei Frau-zu-Mann Transsexuellen genannt. In unserem operativen Patientengut machen die genannten Eingriffe inzwischen bis zu 15% aller Operationen aus. In einer Zeit rückläufiger Zahlen bei offen-operativen Eingriffen, bedingt durch die Propagierung minimal invasiver endoskopischer Verfahren, erscheint eine solche Entwicklung aus urologischer Sicht wünschenswert und zukunftsträchtig.

Hitzewallungen?

Wenn Lebensqualität entscheidend ist



Zusammensetzung 1 Tablette Androcur® enthält 50 mg Cyproteronacetat. **Hilfsstoffe:** Lactose, Maisstärke, Poly(1-vinyl-2-pyrrolidon) mittl. MG 25000, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat. 1 Ampulle zu 3 ml Androcur®-Depot enthält 300 mg Cyproteronacetat in öliger Lösung. **Hilfsstoffe:** Benzylbenzoat, Rizinusöl. **Anwendungsgebiet** Inoperables Prostatakarzinom. **Gegenanzeigen** Leberkrankheiten (auch Ausscheidungsstörungen wie Dubin-Johnson- und Rotor-Syndrom), vorausgegangene oder bestehende Lebertumoren (sofern sie nicht metastasenbedingt sind), schwere chronische Depressionen und bestehende thromboembolische Prozesse. Bei vorausgegangenen thromboembolischen Prozessen, schwerem Diabetes mellitus mit Gefäßveränderungen und Sichelzellenanämie ist unter sorgfältigem Abwägen von Nutzen und Risiko über die Anwendung im einzelnen Fall zu entscheiden. **Nebenwirkungen** Veränderungen des Körpergewichts sind möglich. Gelegentlich kann es zu vorübergehenden inneren Unruhezuständen, depressiven Verstimmungen sowie zu Müdigkeit und Antriebsminderung kommen, die das Konzentrationsvermögen beeinträchtigen können. Dies ist bei Tätigkeiten, die erhöhte Konzentration erfordern (z. B. aktive Teilnahme am Straßenverkehr, Bedienen von Maschinen), zu berücksichtigen. Unter der Therapie mit Androcur, -Depot lassen die Libido und Potenz nach. Androcur, -Depot schränkt im Verlauf von mehreren Wochen allmählich die Zeugungsfähigkeit ein. Mitunter führt Androcur, -Depot zu Gynäkomastie, teilweise verbunden mit Berührungsempfindlichkeit. In Einzelfällen wurde bei hochdosierter Behandlung über zum Teil schwerwiegende Störungen der Leberfunktion berichtet. **Packungen und Preise** it AT: (Stand 1.3.92) Androcur 20 Tabletten (N11) 50 Tabletten (N21) 100 Tabletten je 50 mg DM 79,23/DM 176,60/DM 334,62. Androcur-Depot 3 Ampullen zu je 3 ml mit 300 mg DM 111,16. **Dosierung** Nach Orchiektomie: Täglich 1-2mal 2 Tabletten Androcur (=100-200 mg); oder alle 14 Tage 1 Ampulle Androcur-Depot tief intramuskulär. Ohne Orchiektomie: Täglich 2-3mal 2 Tabletten Androcur (=200-300 mg); oder wöchentlich 1 Ampulle Androcur-Depot tief intramuskulär. Für beide Empfehlungen gilt: Wenn es zur Besserung oder Remission gekommen ist, soll weder die Therapie abgesetzt noch die Dosis reduziert werden. Dosierungsangaben für die Kombinationstherapie mit LH-RH-Agonisten siehe spezielle Druckschriften. **Wechselwirkungen** Der Bedarf an Antidiabetika kann sich durch Beeinflussung der Glucosetoleranz bei Diabetes mellitus ändern. **Besondere Hinweise** Während der Behandlung sind die Funktionen der Leber, der Nebennierenrinde und das rote Blutbild zu überwachen, bei Diabetikern auch besonders sorgfältig der Kohlenhydratstoffwechsel.

Androcur®
Androcur-Depot®



zur hormonalen Behandlung des Primärtumors und seiner Metastasen beim inoperablen Prostatakarzinom und Minderung der Hitzewallungen

- effektiv
- nebenwirkungsarm
- patientengerecht

Spezielle Druckschriften enthalten ausführlichere Hinweise zu den Themen Atmung und Möglichkeit von Lebertumoren.

Stand: September 1991

Schering Aktiengesellschaft
Postfach 85 03 11, D-1000 Berlin 65

Abstract

Erste Erfahrungen mit der laparoskopischen pelvinen Lymphadenektomie

J. Zumbé, Leverkusen

Das sicherste diagnostische Verfahren zur Beurteilung regionaler Lymphknotenmetastasen bei Prostata- und Blasen-tumoren ist die operative Entfernung der zur ersten Lymphknotenstation gehörenden Lymphknoten und ihre feingewebliche Untersuchung im Sinne einer Staging-Operation.

Der Nachweis befallener Lymphknoten ist von prognostischer Bedeutung für die Tumorerkrankung und beeinflusst die Behandlungsstrategie entscheidend. Wir berichten über unsere ersten Erfahrungen mit laparoskopisch durchgeführten pelvinen Lymphadenektomien nach Bildung eines festen interdisziplinären Operationsteams.

Nach Anlage eines Pneumoperitoneums mit CO₂-Gas wurden standardisiert ein Zentralkanal innerhalb des Nabels (Optik) und drei Arbeitskanäle intraperitoneal eingebracht. Laparoskopisch erfolgte dann eine pelvine Lymphadenektomie der Fossa obturatoria und der parailiacalen Lymphknoten. Es wird auf die diagnostischen Vorzüge der laparoskopischen Lymphadenektomie gegenüber anderer offener Verfahren eingegangen.

Die geringe Komplikationsrate rechtfertigt längere Operationszeiten zu Beginn der Lernkurve. Geringe postoperative Schmerzen, frühe Mobilisation und ein verkürzter Krankenhausaufenthalt sprachen bereits für den klinischen Stellenwert des neuen diagnostischen Verfahrens.

Abstract

Laparoskopische pelvine Lymphadenektomie beim Prostatakarzinom

W. Boeckmann, Aachen

Auch bei Patienten, die für eine radikale retropubische Prostatektomie nicht belastbar erscheinen oder diesen Eingriff ablehnen, ist ein exaktes Staging der regionären Lymphknoten erforderlich, um die stadiengerechte Therapie einzuleiten. Seit September 1991 wurden an der Urologischen Klinik der RWTH Aachen 10 laparoskopische pelvine Lymphadenektomien mit intraoperativer Schnellschnitt histologie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom durchgeführt. Die definitive Therapie bestand entweder in der anschließenden radikalen perinealen Prostatektomie in gleicher Sitzung oder der interstitiellen oder perkutanen Radiotherapie bei negativen sowie der endokrinen Therapie bei positiven Lymphknoten. Zum operativen Zugang wurden zwei 10 mm-Trokare (am Nabel und handbreit suprasymphysär) und zwei mm-Trokare (bds. jeweils in Höhe des Mc-Burney-Punktes) gewählt. Es konnten aus jeder Fossa obturatoria etwa 4 Lymphknoten entfernt werden. Postoperativ wurden bei schneller Rekonvaleszenz keine Komplikationen (Lymphfisteln, Blutungen oder dgl.) beobachtet. In einem Fall mußte die Operation wegen einer rapide einsetzenden Hyperkapnie nach etwa 60 min. vorzeitig abgebrochen werden. Bei mittlerweile auf ca. zwei Stunden reduzierter Operationszeit erscheint die laparoskopische pelvine Lymphadenektomie als wenig invasives Verfahren zum exakten Staging des Prostatakarzinoms geeignet.

Die Therapie der Harnröhrenstriktur: Ist die Stent-Implantation eine Alternative zu konventionellen Verfahren?

M. Goepel, Essen

Die konventionelle Therapie von Harnröhrenstrikturen beim Mann durch Urethrotomia interna nach Sachse oder Otis, offene chirurgische Techniken oder Bougierungsbehandlung führt in 30-80% der Fälle zu einem Rezidiv. Bei rezidivierenden bulbären Strikturen kann die Implantation einer Wallstent-Endoprothese eine therapeutische Alternative darstellen.

Die präoperative Diagnostik wird beschrieben.

Die Implantation der Wallstent-Endoprothese wird in Lokalanästhesie oder Maskennarkose durchgeführt.

Die Patienten erhalten für drei Tage ein orales Antibiotikum. Auf die postoperativen Untersuchungen wird eingegangen.

An der Urologischen Universitätsklinik Essen wurden seit April 1990 32 Patienten im Alter von 38-91 Jahren (mittleres Alter 68,8 Jahre) mit einer Rezidivstriktur der bulbären Urethra mit der Wallstent-Endoprothese therapiert. Der maximale Urinfluß lag präoperativ im Mittel bei 7.7 ml/s, postoperativ wurde im Mittel 19.9 ml/s (10-40 ml/s) erreicht. Die Miktionsfrequenz ging von 7.9/Tag auf 5.7/Tag zurück.

Etwa 25% der Patienten berichtete über bis zu 8 Wochen persistierende irritative Symptome oder perineale Druckempfindungen bzw. Nachträufeln.

Postoperative Komplikationen waren Restriktarierung (1x) und Infekt (4x)

13 Patienten konnten inzwischen 1 Jahr nachbeobachtet werden. Endoskopisch wurde bei allen Patienten die vollständige Epithelisierung des Stents nachgewiesen. Lokale Komplikationen oder Restrikturen wurden innerhalb dieses Intervalls nicht beobachtet.

Der Wallstent bei der Behandlung der kurzstreckigen bulbären Harnröhrenstriktur

V. Hoch, Schwelm

Der Wallstent ist eine Alternative bei der Behandlung der kurzen Harnröhrenstriktur zur offenen Harnröhrenchirurgie. Die Vorteile des Wallstents liegen in der kurzen p.o. Hospitalisierung und der relativ einfachen Implantation.

Seit 1989 haben wir 28 Wallstents in 25 Patienten implantiert. Alle hatten eine kurze bulbäre Harnröhrenstriktur, die auch durch eine offene End-zu-End-Anastomose hätte behandelt werden müssen. Bei der Implantation des Wallstents wurde bei 10 Patienten präoperativ die Urethra mit Bougies dilatiert, alle anderen erhielten eine Urethrotomia interna nach Sachse unmittelbar vor der Implantation. Alle Patienten wurden in Intervallen von 3 Monaten für ein Jahr und dann alle 6 Monate nachuntersucht. Alle Patienten haben jetzt eine Nachuntersuchungszeit von wenigstens 12 Monaten. Nur 2 Patienten hatten postoperative Probleme, die einen zweiten urethralen Eingriff notwendig machten. Bei einem Patienten hatte sich eine Striktur 2 cm distal des Stents gebildet, der andere Patient entwickelte ein grobes Granulationsgewebe im Stent, welches reseziert werden mußte.

Alle anderen Patienten litten unter Harntröpfeln 4-6 Monate p.o., 3 hatten eine milde Urgeharinkontinenz ca. 2 Monate postoperativ und 2 weitere eine minimale Streßinkontinenz bei einer sehr proximal sitzenden Striktur. Alle, außer 2 Stents, waren innerhalb von 6 Monaten komplett epithelialisiert.

Die p.o. Ergebnisse der Stent-Implantation ähneln denen der offenen End-zu-End-Anastomose. Die Hospitalisierung ist zwar deutlich geringer, doch die p.o. Schwierigkeiten prolongiert bis zu 6 Monate nach Stent-Implantation.

Abstract

Wallstent-Implantation zur Behandlung der Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie bei neurogenen Blasenentleerungsstörungen

F. Noll, Schwelm

Häufig ist die Behandlung der spastischen Blase mit Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie und der üblichen Sphinkterotomie bei 12 Uhr nicht erfolgreich. Durch Vernarbung sind Nachoperationen häufig erforderlich.

Der Wallstent, in der Behandlung der bulbären Harnröhrenstriktur bewährt, bietet eine Alternative zur Sphinkterotomie, wenn der Stent in die membranöse Harnröhre eingelegt wird. Durch den Stent wird die proximale bulbäre und die membranöse Harnröhre weit offengehalten, so daß sogar Patienten mit Beckenbodenspastik eine ausgeglichene Entleerung im Rollstuhl haben können.

Wir haben 24 Patienten nach Querschnittlähmung und spastischer Blase und Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie mittels der Implantation eines Wallstents behandelt. 17 von diesen Patienten hatten vorherige erfolglose Sphinkterotomien, bei 7 lag eine heftige Beckenbodenspastik vor. 12 Patienten litten zudem noch an einer autonomen Dysregulation. Das Follow-up beträgt nunmehr bis zu 19 Monate, wobei 15 Patienten für mehr als ein Jahr beobachtet werden konnten.

Die Ergebnisse bei 24 implantierten Wallstents werden beschrieben.

Insgesamt ist der Wallstent eine gute Alternative zur Sphinkterotomie. Die Ergebnisse ähneln denen der Sphinkterotomie bei paraplegischen Patienten. Bei tetraplegischen Patienten sind die Ergebnisse deshalb besser, weil eine ungehinderte Entleerung auch im Rollstuhl durch den weit offenen Beckenbodendurchtritt der Urethramöglich ist.

Abstract

DAS ASI - PROSTATADILATIONSSYSTEM

J. Sulke, Dortmund

Seit Oktober 1991 implantieren wir bei Patienten bei benigner Prostatahyperplasie, die aufgrund internistischer Begleiterkrankungen von einer operativen Therapie ausgeschlossen werden, ein Prostatadilatationssystem in der Form eines Titan-gitterröhrchens: den ASI-Stent. Der Stent ist eine Alternative zum transurethralen oder suprapubischen Blasenkatheeter als Harnableitung. Bis jetzt wurde bei 25 ausgesuchten Patienten im Alter zwischen 58 und 91 Jahren (Durchschnittsalter 77 Jahre), die zum Teil jahrelang einen Blasenkatheeter getragen hatten, in Spinalanästhesie eine Stent-Implantation vorgenommen.

Das Implantationsset erlaubt eine problemlose Stent-Applikation. In der Zwischenzeit mußte bei 2 Patienten wegen weiter bestehender hoher Restharmengen der Stent wieder entfernt werden. Auch dies ist atraumatisch mit einem Spezialinstrument möglich.

Die Indikationen, Kontraindikationen und Komplikationen dieses Verfahrens werden dargestellt.

Nach unseren Erfahrungen zeichnet sich ab, daß der objektive Erfolg dieser Methode bei vorwiegend obstruktiver Symptomatik besser erscheint, als bei irritativer Symptomatik oder ausgeprägter Cerebralsklerose.

Abstract

Erste Erfahrungen mit dem neuen Stoßwellensystem C (Fa. Siemens / Lithostar)

C. M. Theisen, Bielefeld

Seit 1988 betreibe ich in meiner urologischen Praxis in Bielefeld einen Lithotripter der zweiten Generation (Lithostar/ Fa. Siemens). Von 1988 bis 1991 wurden insgesamt ca. 1000 ESWL-Behandlungen durchgeführt. Seit 1990 ist das Gerät als offizieller Standort in die Großgeräteplanung aufgenommen worden.

Im Januar 1992 wurde der Lithotripter mit dem neuen Stoßwellensystem ausgerüstet. Diese Stoßrohre der neuen Generation erreichen durch eine erhöhte Dynamik im Energie- und Intensitätsbereich eine verbesserte Desintegrationsleistung speziell bei Problemsteinen, eine kürzere Behandlungszeit und geringere Wiederholungsrate bei einer gleichzeitig schmerzreduzierten und somit patientenschonenden Therapie.

Es werden die ersten Behandlungsdaten und -ergebnisse von Januar bis April 1992 demonstriert und mit den Ergebnissen von 1988 bis 1991 verglichen.

Zusammensetzung: Farmorubicin® Lösung 10 mg/20 mg/50 mg: Eine Injektionsflasche mit 5 ml/10 ml/25 ml Injektionslösung enthält: Epirubicinhydrochlorid 10 mg/20 mg/50 mg. **Anwendungsgebiete:** Mono- und Kombinationstherapie von Mamma-, Ovarial-, Magen-, Pankreas-, hormonrefraktären Prostata-, Rektum- und kleinzelligen Bronchialkarzinomen sowie NonHodgkin-Lymphomen und Weichteilsarkomen. **Gegenanzeigen:** Akute Infektionen, bestehende Mukositis/Stomatitis, ausgeprägte Knochenmarkdepression, Schwangerschaft, muskuläre Herzinsuffizienz Grad IV, akuter und abgelauener Myokardinfarkt, der zur muskulären Herzinsuffizienz Grad III und IV geführt hat, akute entzündliche Herzerkrankungen, Rhythmusstörungen mit gravierenden hämodynamischen Auswirkungen. Patienten mit anderen Stadien der angeführten Herzerkrankungen und/oder Vorbehandlung mit Anthrazyklinen bedürfen einer individuellen therapeutischen Entscheidung einschließlich der Verlaufskontrollen. Kontrazeptive Maßnahmen sollen während und 3 Monate nach der Behandlung getroffen werden. Bei hormoneller Kontrazeption Indikationsstellung beachten. Auf Stillen sollte verzichtet werden. **Nebenwirkungen:** Haarausfall, Knochenmarkdepression, Immunsuppression, in seltenen Fällen allergische bzw. anaphylaktische Reaktion, Übelkeit, Brechreiz, Mukositis/Stomatitis und Durchfall, Hyperurikämie, Leberschäden, gelegentlich Fieber, Schüttelfrost, Nesselausschlag, in Einzelfällen Intimareizungen, Störungen der Spermatogenese und der Ovulation. Diese Nebenwirkungen sind reversibel. Bei Auftreten von Mukositis/Stomatitis erst nach Abheilung weitertherapieren. Herzschädigungen sind möglich, sogar mehrere Wochen nach Therapieabschluß. Die Wahrscheinlichkeit hierfür liegt höher bei gleichzeitiger oder vorangegangener Radiotherapie des mediastinalen perikardialen Bereichs bzw. Vorbehandlung mit anderen potentiell kardiotoxischen Mitteln. Deshalb Herzfunktion sorgfältig überwachen. Zur Diagnostik der Kardiotoxizität und bei Überdosierung werden besondere Maßnahmen empfohlen (siehe Packungsbeilage). Bei nicht mit Anthrazyklinen vorbehandelten Patienten werden gravierende kardiale Nebenwirkungen bei einer kumulierten Gesamtdosis unter 1000 mg/m² äußerst selten beobachtet. Das Risiko steigt mit zunehmender Gesamtdosis an und erfordert adäquate Kontrollen. Es kann zu einer Rotfärbung des Urins kommen, die ohne Bedeutung ist. Eine Kontrolle der Leuko-, Erythro- und Thrombozyten ist erforderlich. Mit der empfohlenen Dosis ist die Leukopenie gewöhnlich vorübergehend, wobei der stärkste Abfall 10-14 Tage nach Applikation auftritt. Bis zum 21. Tag hat sich das Knochenmark im allgemeinen wieder erholt. FARMITALIA CARLO ERBA GMBH, Merzhauser Straße 112, 7800 Freiburg.

Darreichungsformen und Packungsgrößen: Farmorubicin® Lösung 10 mg/20 mg/50 mg OP, 1 bzw. 6 Injektionsflaschen, Klinikpackungen.



FARMITALIA CARLO ERBA GmbH

ERBAMONT GRUPPE

DAS 1. ANTHRAZYKLIN IN FERTIGLÖSUNG:

Diese Lösung

spart Zeit

...mit Sicherheit:

Denn die vereinfachte Handhabung sorgt nicht nur für Zeitersparnis. Die FARMORUBICIN®-Lösung bietet doppelte Sicherheit: Sowohl Reinheit der Lösung als auch geringes Kontaminationsrisiko für das Personal.

Farmorubicin® Lösung



Abstract

Wertigkeit des C-reaktiven Proteins in der Verlaufskontrolle von Patienten nach ESWL-Behandlung

J. M. Wolff, Aachen

Infizierte Harnstauungsniere sind eine gefürchtete Komplikation des Harnsteinleidens. Um die Entwicklung einer Urosepsis zu verhindern, ist ihre frühzeitige Therapie, zumeist in Form einer perkutanen Nephrostomie notwendig.

In einer prospektiven Studie wurde bei 60 Patienten, die aufgrund einer Urolithiasis mit einer extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie (ESWL) behandelt wurden, neben den klassischen Entzündungsparametern wie Leukozytenzahl, BSG und Temperatur auch das C-reaktive Protein (CRP) bestimmt.

CRP ist das klassische Akute-Phase-Protein. Nach einer Antwortzeit von 6-10 Stunden auf eine entzündliche Veränderung kann die Syntheserate des CRP in der Leber von normalerweise 1-10 mg/täglich auf das 1000fache gesteigert werden.

Bei 75% der Patienten zeigte sich post-ESWL sonografisch eine Dilatation des NBKS. Bei 38% der Patienten war zusätzlich die Anlage einer perkutanen Nephrostomie (PCN) notwendig.

Während der CRP-Wert in der Patientengruppe, die mittels einer PCN behandelt werden mußte, im Mittel auf das 16fache der Norm anstieg, lagen die übrigen Entzündungsparameter noch grenzwertig im oberen Normbereich.

Bei Patienten ohne auxiliäre Maßnahmen überschritt der CRP-Wert nicht das 2-fache der Norm.

Schlußfolgerung: Aufgrund der schnellen Antwortzeit und des deutlichen Konzentrationsanstiegs des CRP ist dieses gut geeignet, eine beginnende infizierte Harnstauung frühzeitig zu erkennen.

Abstract

Eine neue Spitzenform für elektrohydraulische Sonden zur minimal invasiven ureterskopischen Steintherapie

R. Vorreuther, Köln

Neue dünnste und flexible Endoskope erlauben zur Steindesintegration nur den Einsatz der teuren Laserlithotripsie und der „bekannteren“ elektrohydraulischen Lithotripsie (EHL). Beide Verfahren erzeugen mittelbar Stoßwellen durch Plasmageneration. Maximaldruck und Steilheit der Stoßwellenfront sind bei der EHL nur von der zugeführten Spannung abhängig. Eine Kapazitätserhöhung führt lediglich zu einer längeren Pulsdauer. Nach diesen Untersuchungen zur Pulsform und Energie konnten EHL-Generatoren mit angepaßter Pulsenergie zum sicheren Einsatz im Harnleiter konstruiert werden. Ein direktes Trauma durch den Funken an der Sondenspitze bei Berührung der Harnleiterwand war jedoch bisher unvermeidbar. Zudem ging zur Steindesintegration ein großer Teil der Pulsenergie verloren, da die Stoßwelle sich kugelförmig um die Sondenspitze ausbreitet. Durch eine neue Spitzenkonstruktion an einer 3,3 Ch. Sonde mit zurückgesetzter Funkenstrecke gelang es, die Schockwelle zu bündeln, ihre maximale Druckamplitude zu erhöhen und gleichzeitig das Urothel vor dem Funkendurchschlag zu schützen.

Der Nachweis dieser Effekte wurde experimentell unter Nutzung eines PVDF-Nadelhydrophons und eines hochauflösenden Oszilloskops erbracht. Zur Stoßwellengeneration wurden über einen Transformator und parallel geschaltete Kondensatoren variable Spannungen und Kapazitäten genutzt. Ergänzend wurden Versuche an Harnleitergewebe und an Steinmodellen durchgeführt. Erste Ergebnisse im klinischen Einsatz dieses Sondentyps sind positiv.

Abstract

Endoskopische Behandlung von Harnleitersteinen

L. Jeromin, Lodz

Von Juni 1986 bis November 1991 wurden bei 326 Patienten 392 ureterorenoskopische Harnsteinbehandlungen durchgeführt. Bei 87 Patienten (26,7%) erfolgte vor den Eingriffen eine Nierenfistelung wegen stummer Niere, Infektion bei Hydronephrose oder Harnleiterverengung unterhalb des Steins nach früheren Eingriffen. 13,8% der Steine mußten im oberen Harnleiter, 7,6 im mittleren Harnleiter und 78,6 im unteren Harnleiterabschnitt behandelt werden.

Die Zertrümmerungen erfolgten mit elektrohydraulischen Wellen oder Ultraschall, in letzter Zeit auch mit ESWL, wobei die Steinfragmente mit dem Dormia-Steinfänger entfernt wurden. Eine Harnleiterperforation wurde in 8 Fällen (2,0%), eine Harnleiter- bzw. Ostiumenge in 5 Fällen (1,4%) erfolgreich behandelt.

Bei Behandlungen mit perkutaner Nierenfistelung betrug die Erfolgsquote 100%, ansonsten 94,1%.

Abstract

Die einseitige, abszedierende, nicht obstruktiv bedingte Pyelonephritis

Th. Jachertz, Dortmund

In den letzten 6 Jahren wurden in der Abteilung des Knappschaftskrankenhauses Dortmund-Brackel 28 Fälle von einseitiger, abszedierender, nicht obstruktiv bedingter Pyelonephritis diagnostiziert.

In keinem Fall lag eine Obstruktion der ableitenden Harnwege oder ein vesico-ureteraler Reflux vor. In 26 Fällen waren jüngere Frauen betroffen mit einem Durchschnittsalter von 38 Jahren.

Auf Anamnese, Vorerkrankungen und Klinik wird eingegangen. Bei fehlender Harnwegsinfektion ist eine interstitielle abszedierende Nephritis haematogener Genese anzunehmen.

Diagnostisch war das Ausscheidungsurogramm und die Ultraschalluntersuchung dem Computertomogramm der Nieren deutlich unterlegen, die computertomographische Untersuchung war für die Diagnosestellung entscheidend.

Im CT fanden sich rundliche, z.T. konfluierende, hypodense Nierenabszesse, die zentral - auch nach Kontrastmittelgabe - als Ausdruck der Nekrose keinen Dichteanstieg zeigten.

Nach konsequenter mehrtägiger Antibiotika-Therapie gingen die subjektiven Beschwerden rasch zurück, bei der computertomographischen Kontrolle zeigte sich eine weitgehende Besserung der objektiven CT-Befunde.

Ein Abszeß mußte drainiert werden.

Typische Fälle werden durch Bildmaterial demonstriert.

Abstract

Eine gasbildende Mykose des Nierenbeckens und ihre konservative Therapie

M. Kuss, Köln

Mykosen der ableitenden Harnwege machen etwa 2% aller Harnwegsinfekte aus, gasbildende Pilzinfektionen sind eher rar und bisher nur in Fallberichten beschrieben. Wir berichten über eine 22-jährige, heroinabhängige, juvenile Diabetikerin, die uns unter dem Bild einer Urosepsis mit Harnstauungsniere, zunächst links, später rechts, vorgestellt wurde. Die radiologisch und sonographisch verifizierte Gas- und Pilzballansammlung im Nierenbeckenkelchsystem sowie die Kultur- und Resistenzbestimmungen sicherten die Diagnose einer *Candida tropicalis*-Infektion.

Unter endoureteraler Schienung beidseits und kontinuierlicher Spülung beider Nierenbecken mit Varidase[®] und isotoner Kochsalzlösung, systemischer antimykotischer Therapie mit Diflucan[®] sowie gleichzeitiger Antibiose mit Ciprobay[®] kam es zu einer Restitutio ad integrum. Der Heilungsverlauf wurde laborchemisch, radiologisch, sonographisch und nuklearmedizinisch kontrolliert und dokumentiert. Im Gegensatz zu den bisher vorliegenden Erfahrungen bei gasbildenden Mykosen des Nierenbeckenkelchsystems, halten wir eine konservative Therapie, insbesondere bei beidseitigem Befall, für gerechtfertigt.

Abstract

Prostatitisdiagnose aus dem Exprimatharn - einfach, schnell, zuverlässig?

I. Schroeder-Printzen, Göttingen

Die Diagnose Prostatitis wird aufgrund des Nachweises von Leukozyten im exprimierten Prostatasekret (EPS) gestellt. In der angloamerikanischen Literatur gelten >10 bzw. >20 Leukozyten im EPS (1000x), im Urin nach Prostatamassage >10 Leukozyten/Gesichtsfeld (400x) als Kriterium der Entzündung. Bei 328 Patienten mit Symptomen einer chronischen Prostatitis wurde nach Ausschluß einer Urethritis und Harnwegsinfektion im Rahmen einer „4-Gläserprobe“ 10 ml Exprimatharn vergleichend mit einem Tropfen Prostatasekret auf Granulozyten untersucht. Werden >10 Leukozyten/EPS (1000x) als Prostatiskriterium angesehen, so ergeben sich für einen cut-point von >10 Leukozyten/Exprimatharn (400x) folgende Daten: eine Sensitivität von 0,92, eine Spezifität von 0,98, ein positiver prädiktiver Wert von 0,99 und ein negativer von 0,94. Bei einem Prostatiskriterium von >20 Leukozyten/EPS (1000x) ergeben sich für denselben cut-point folgende Daten: eine Sensitivität von 0,98, eine Spezifität von 0,99, ein positiver prädiktiver Wert von 0,99 und ein negativer von 0,99. Diese Daten zeigen die hohe Empfindlichkeit und Zuverlässigkeit der Analyse von Exprimatharn zur Prostatitisdiagnose. Diese kann durch den Einsatz von einem Streifentest (z.B. Cytur-Text[®]) weiter vereinfacht werden.

Abstract

Einfluß unterschiedlicher Antiandrogene auf den LHRH-Analogoninduzierten Tumor-Flare

H. Schulze, Herne

LHRH-Analoga sind als eine mögliche Alternative zur Androgensuppression in der Behandlung von Patienten mit metastasiertem Prostatakarzinom eingeführt worden. Zur Zeit ist noch unklar, ob der initiale Testosteron-Anstieg nach primärer Gabe von LHRH-Analoga einen ungünstigen Langzeiteffekt auf das Prostatakarzinomwachstum ausübt. Demgegenüber ist bekannt, daß innerhalb der ersten Wochen nach LHRH-Analogon-Monotherapie bei etwa 6% bis 10% der Patienten eine klinisch nachweisbare Tumorstimulierung (Obstruktion, Knochenschmerzen etc.) und in bis zu 70% eine biochemische Tumorstimulierung (Anstieg der tumorassoziierten Marker) auftritt.

Wir haben den Einfluß von Cyproteronazetat und Flutamid auf LH, Testosteron und saurer Serum-Prostataphosphatase bei initialer Gabe eines LHRH-Analogons (Goserelinazetat) bei unbehandelten Patienten mit metastasiertem Prostatakarzinom untersucht.

Unsere endokrinologischen Daten unterstreichen die Bedeutung einer zusätzlichen Antiandrogen-Gabe bei initialer Behandlung eines metastasierten Prostatakarzinoms mit einem LHRH-Analogon. Eine eintägige Vorbehandlung mit Flutamid ist jedoch nicht in allen Fällen in der Lage, eine passagere Tumorstimulierung zu verhindern. Nach einwöchiger Vorbehandlung mit Cyproteronazetat oder Flutamid kann diese durch die LHRH-Analogon-Gabe bewirkte Tumorstimulierung sicher unterdrückt werden. Dabei wurden unter Cyproteronazetat die saure Prostataphosphatase-Werte noch deutlicher supprimiert als unter Flutamid. Ob allerdings diesem geringen Unterschied eine klinische Bedeutung zukommt, erscheint fraglich.

Enantone® Monats-Depot, Zusaammensetzung: 1 Injektionsflasche mit 44,1 mg Retardmikrokapseln enthält: 3,75 mg Leuprorelinacetat und 33,1 mg Poly (glykolsäure, milchsäure) 1:3. Zusätzlich 1 Spritze mit 2 ml Suspensionsmittel. Anwendungsgebiete: Zur symptomatischen Behandlung des fortgeschrittenen hormonunabhängigen Prostatakarzinoms. Gegenanzeigen: Bei nachgewiesener Hormonunabhängigkeit des Karzinoms ist die Behandlung mit Enantone Monats-Depot nicht indiziert. Nach chirurgischer Kastration bewirkt Enantone Monats-Depot keine weitere Absenkung des Testosteronspiegels. Nebenwirkungen: Bei Therapiebeginn kurzfristiger Serumtestosteron-Anstieg. Dadurch Verstärkung bestimmter Symptome wie z. B. Knochenbeschwerden, erschwertes Wasserlassen oder Rückenmarkskompressionen möglich. Kombination mit Antiandrogenen in der Initialphase der Behandlung erwägen. Durch Entzug der Geschlechtshormone häufig Hitzevallungen, Schwinden, Potenz- und Libidoverlust. Seiten: Verkleinerung der Hoden, Gynäkomastie, Enzymanstieg, Kopfschmerz, Appetitverminderung, Gewichtsverlust, lokale Hautreaktionen. Bei wenigen Patienten: Müdigkeit, Übelkeit. Hinweis für Verkehrsteilnehmer: Die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen kann beeinträchtigt werden. Wechselwirkungen: Sind nicht bekannt. Dosierung: Die Anwendung von Enantone Monats-Depot sollte nur unter Überwachung eines in der Tumorthherapie erfahrenen Arztes erfolgen. Soweit nicht anders verordnet, einmal monatlich 44,1 mg Retardmikrokapseln mit 3,75 mg Leuprorelinacetat, suspendiert in 2 ml Suspensionsmittel s. c. applizieren. Darreichungsform, Packungsgröße: 1 Injektionsflasche und 1 Spritze DM 498,-; 3 Injektionsflaschen und 3 Spritzen DM 1450,-.

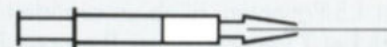
Takeda Pharma GmbH, Viktoriaallee 3-5, D-5100 Aachen. Stand: Jan. 1992

LHRH-Analogon als Depot-Suspension



NEU
3er Packung

LEUPRORELIN



Enantone®

LHRH-MONATS-DEPOT

1 Spritze pro Monat



Takeda Pharma GmbH, Viktoriaallee 3-5, D-5100 Aachen

Abstract

Therapie des hormonrefraktären Adenokarzinoms der Prostata mit Mitoxantron

R. Krause, Essen

Beim metastasierten, unter Androgensuppression progredienten Adenokarzinom der Prostata kommt systemische Chemotherapie zur Anwendung.

In einer multizentrischen Phase-II Studie wurde Mitoxantron auf Wirksamkeit und Verträglichkeit bei 25 Patienten untersucht. Die Wirksamkeit wurde durch PSA, alkalische Phosphatase und das Skelettszintigramm kontrolliert, bei 9 Patienten mit bidimensional meßbaren Metastasen mittels bildgebender Verfahren. Die Verträglichkeit wurde durch Beobachtung der objektivierbaren Nebenwirkungen und Erfassung der subjektiven Befindlichkeit überprüft.

Bei 10 von 25 Patienten zeigte sich unter Mitoxantron ein Abfall des PSA's, ein Rückgang von PSA und alkalischer Phosphatase war bei 6 Patienten zu beobachten. Von den 9 Patienten mit bidimensional meßbaren Metastasen war bei 2 Patienten ein Rückgang der größten Metastasen auf unter 50% der Ausgangsgröße zu beobachten. Komplette Remissionen wurden nicht beobachtet. Die subjektive Befindlichkeit besserte sich bei 15 Patienten, blieb unverändert bei 3 und verschlechterte sich bei 7 Patienten unter Therapie. Bei 2 Patienten mußte die Mitoxantrontherapie abgebrochen werden, in einem Fall wegen Unverträglichkeit, im anderen Fall wegen thrombopenisch bedingter Blutung bei primär massiver Knochenmarksinfiltration. Bei 9 Patienten kam es unter der Therapie zu einem klinisch manifesten Progress. Dies führte nach dem Studienprotokoll zu einem Therapieabbruch.

Die Mitoxantrontherapie weist im Vergleich mit anderen Chemotherapien eine gute Ansprechrate bei sehr guter Verträglichkeit auf.



Warum Kompromisse in der Qualität eingehen?

Dantec setzt wieder den Maßstab in urodynamischen Untersuchungssystemen. Mit dem Menuet™.

Dieses neue System wurde für den klinischen Praktiker konstruiert und erfüllt die Anforderung an ein kosteneffektives urodynamisches System. Es ermöglicht die urodynamischen Routinemessungen mit dem Ergebnis von Standarduntersuchungen und -protokollen.

Das System basiert auf dem neuesten PC-Standard und ist in einem modularen Aufbau mit bis zu sieben Modulen erhältlich. Patientendaten, Kurven und Ergebnisse werden auf Disks gespeichert und können so jederzeit wieder aufgerufen werden. Das System ist einfach zu bedienen und verwendet die internationalen bekannten Standards der ICS.

Die flexible Konfiguration erlaubt dem

Anwender aus 7 Modulen sein eigenes System zu wählen. Der Report-Generator erstellt standardmäßige und bediener-definierbare Reporte.

Dantec Elektronische Messgeräte GmbH
Schinnrainstraße 9
7500 Karlsruhe 41
Tel.: (0721) 41006, (0721) 41007

 **DANTEC**
INNOVATIONS IN TUNE WITH MEDICINE

Abstract

Konzept zur Durchführung des Beckenbodentrainings bei weiblicher Strebinkontinenz Grad I und II

R. Kirschner-Hermanns, Aachen

In einer prospektiven randomisierten Studie entwickelten wir ein Konzept zur effizienten und praktikablen Durchführung eines erfolgreichen Beckenbodentrainings bei Strebinkontinenz Grad I und II. Eine Erfolgsquote von 77% bestätigt uns, daß bei Sicherstellung der richtigen Durchführung und bei ausreichender Motivation der Patientinnen die konservative Therapie der Strebinkontinenz in vielen Fällen die adäquate Behandlungsform ist.

Unter der Fragestellung, ob eine vaginale Elektrostimulation das richtige Erlernen dieser Therapieform erleichtert und ob sie einen entscheidenden Beitrag zur Motivation des Patienten leistet, wurde sie bei 50% der Patientinnen randomisiert zusätzlich zum Beckenbodentraining durchgeführt. Bei noch kleinen Fallzahlen von 15 Patientinnen in jeder Gruppe muß diese Frage zum jetzigen Zeitpunkt verneint werden.

Prätherapeutisch durchgeführte kernspintomographische Untersuchungen unterstützen den Ansatz, Strebinkontinenz mit Beckenbodentraining zu behandeln.

Fettige Degeneration der Mm. Levatores ani, Defekte durch Traumata und Formveränderungen der Levatorschlingen sind bei Strebinkontinenz im Vergleich zu Untersuchungen bei gesunden Probandinnen signifikant häufiger. Das ist ein Hinweis, daß die Mm. Levatores ani einen wichtigen Beitrag zur Kontinenzhaltung leisten.

Weitere Auswertungen müssen zeigen, ob der Muskelstatus vor der Behandlung prognostischen Wert für die Therapie hat und, ob anhand kernspintomographischer Untersuchungen die Zunahme der Muskelmasse quantifizierbar wird.

Abstract

Transvaginale Sonographie in der Diagnostik der distalen Harnleiterobstruktion

W. Martin, Herne

Wir untersuchten 31 Frauen im mittleren Alter von 58 Jahren, bei denen sonographisch und röntgenologisch eine Obstruktion des distalen Harnleiters gesichert wurde. Bei allen Patienten wurde gleichzeitig eine transvaginale Sonographie mit einem 7,5-MH-Schallkopf durchgeführt. Bei einem durchschnittlichen Blasenvolumen von 200 ml erstellten wir Quer- und Längsschnittbilder der Blase. Bei allen Patienten konnte mittels Ultraschall eine korrekte Diagnose erstellt werden. Als Ursache der Harnleiterobstruktion fanden sich distale Harnleitertumoren, Ureterocelen, cystische Ovarialtumoren sowie gehäuft prävesikale und intramurale Harnleitersteine. Alle Befunde waren mittels transvaginaler Sonographie korrekt zu erheben. Besonders kleine Harnleitersteine (unter 4 mm) und röntgenologisch nicht schattengebende Steine sind durch die transvaginale Sonographie zu erfassen. Bei Frauen sollte daher bei Vorliegen einer distalen Harnleiterobstruktion auf die einfach durchzuführende transvaginale Sonographie nicht verzichtet werden.

Abstract

Pilotstudie zur Therapie der erektilen Dysfunktion mit Trazodone

B. Sikora, Aachen

Problemstellung: Trazodonhydrochlorid wird zur Behandlung von Depressionen, bei denen Angst, Unruhe, Spannungszustände und Schlafstörungen im Vordergrund stehen, eingesetzt. Priapismus ist eine der bekannten Nebenwirkungen dieser Substanz. In jüngster Zeit (Adaikan '91, Tejada '91) wurde Trazodone zur Therapie der erektilen Dysfunktion eingesetzt.

Material und Methode: Im Rahmen einer Pilotstudie wurden 9 Patienten mit arteriell bedingter erektiler Dysfunktion mit Trazodone (Thombran® 2x25 bis 50 mg/Tag) 3 Tage lang oral behandelt. Vor und nach Therapie wurden 2 bis 3 NPT-Messungen mit dem RigiScan® durchgeführt.

Ergebnisse: Bei allen Patienten wurde in den NPT-Messungen eine Verbesserung der Erektionsfähigkeit registriert. Die Rigidität der Penisspitze (Tip) stieg durchschnittlich von 52 auf 62% und an der Penisbasis von 51 auf 64%. Die Dauer der Erektion wurde von 13,6 min auf 24,3 min verlängert. Die durchschnittliche Erektionshäufigkeit stieg von 5,7 auf 12,2 Erektionen pro Nacht. Die Tumescenzqualität wurde durch die Therapie nicht beeinflusst.

Schlußfolgerungen: Nach den bisherigen Befunden scheint die systemische Therapie mit Trazodone einen reproduzierbaren Effekt auf Rigidität und Erektionsfrequenz zu besitzen. Eine eventuelle Placebo-Wirkung soll durch eine placebo-kontrollierte Doppelblindstudie ausgeschlossen werden.

Abstract

Die Filariose des Nebenhodens, eine seltene Erkrankung des äußeren Genitales

H.-G. Kimont, Leverkusen

Wir berichten über einen Patienten, bei dem es ein 1/2 Jahr nach einem Indienaufenthalt zu einer schmerzlosen Schwellung des Nebenhodens mit Begleithydrocele gekommen war. Bei der inguinalen Hodenfreilegung fand sich eine granulierende Entzündung des Nebenhodens. Die histologische Untersuchung einer Probeexzision zeigte einen Parasitenbefall des Nebenhodens. Die nähere serologische und histologische Differenzierung ergab einen Filarienbefall aus der Brugiagruppe. Anhand der Kasuistik werden Infektionsweg, Verlauf und Erkrankung, Diagnostik und Therapiemöglichkeiten aufgezeigt.

Dreidimensionaler Ultraschall in der Urologie

H.-J. Knopf, Herne

Einleitung: Die Möglichkeit der Darstellung von pathologischen Prozessen in drei Raumebenen erweitert das bisherige Spektrum der Sonographie.

Technische Grundlagen: Die Darstellung in drei Raumebenen wird durch einen Bildvolumenspeicher ermöglicht. Nach abgeschlossener Volumenspeicherung wird die „Region-of-Interest“ in drei Raumebenen abgebildet. Durch Positionsgregler kann jede gewünschte Ebene innerhalb des gespeicherten Bildvolumens eingestellt und ausgedruckt werden.

Bisherige Erfahrungen: Die Bildgebung bei Nephrolithiasis erbrachte keine zusätzlichen Informationen durch die dritte Ebene, insbesondere größere Steine konnten nicht ausreichend dargestellt werden. Ebenso zeigte die Darstellung von Nierentumoren keine Informationsverbesserung im Vergleich zur üblichen Sonographie. Die Wiedergabe von Blasentumoren erwies sich dagegen als deutlich besser, insbesondere bei kleinen Tumoren. Die Invasion des Detrusors konnte bei transrektaler Sonographie deutlich dargestellt werden. Die eigentliche Domäne der dreidimensionalen Darstellung scheint das Prostatakarzinom zu sein. Besonders die Kapsel- und Samenblaseninfiltration war eindeutiger zu belegen als im üblichen zweidimensionalen Verfahren.

Schlußfolgerung: Die Anwendung der dreidimensionalen Sonographie ist als Bereicherung der bisherigen Diagnostik anzusehen. Die Vorteile des Verfahrens liegen in der multiplanaren Darstellung und der patientenunabhängigen Auswertung. Als nachteilig erweisen sich zur Zeit noch der relativ kleine Bildausschnitt sowie die relativ lange Volumenaufnahme. Vorteile bietet die Anwendung dieses Verfahrens sicher beim Prostatakarzinom sowie bei kleineren Blasentumoren.

Therapie beim Penis-Karzinom

D. Heimbach, Würzburg

An der Urologischen Klinik der Universität Würzburg wurden zwischen November 1981 und November 1991 28 Patienten wegen eines Penis-Carcinoms behandelt. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 61,9 Jahre (30-93 Jahre) bei einem durchschnittlichen Beobachtungszeitraum von 41,9 Monaten (3-114 Monate). 21 Patienten (75%) sind durchschnittlich 46,7 Monate (1-113 Monate) tumorfrei. Ein Patient lebt seit 12 Monaten im Progress. 6 Patienten sind durchschnittlich 17,8 Monate nach Diagnosestellung am Penis-Carcinom verstorben.

8 Patienten (34,8%) mit einem Tumorstadium pT1-2pNOMO, welche neben der operativen Behandlung des Primärtumors gleichzeitig lymphadenektomiert wurden, sind tumorfrei. Von den 15 Patienten (65,2%) mit einem Tumorstadium pT1-2NOMO, welche ausschließlich einer lokalen ablativen Therapie zugeführt worden waren, entwickelten 3 (20%) Lymphknoten- und Fernmetastasen und weitere 3 Patienten (20%) ein Lokalrezidiv. Diese 3 Patienten mit einem Lokalrezidiv sind nach Penisteilamputation und Lymphadenektomie tumorfrei, während alle Patienten mit Metastasen unabhängig von der eingeschlagenen Therapie verstarben.

Weitere Einzelfälle werden geschildert.

3 Patienten mit Lymphknoten- und/oder Fernmetastasen bei Diagnosestellung sind unabhängig von der Therapie verstorben (2 Patienten) oder im Progress (ein Patient).

Daraus folgt, daß bei allen Patienten im Stadium pT1-3NOMO neben einer radikalen Tumor-Resektion gleichzeitig eine inguinale und pelvine Lymphadenektomie durchgeführt werden sollte. Dann ist vor allem im Stadium pT1-2pNOMO die Prognose günstig. Bei Patienten mit Lymphknoten- und/oder Fernmetastasen bei Diagnosestellung oder nach primärer lokaler Tumorresektion ist die Prognose unabhängig von der weiteren Therapie (Lymphadenektomie, Cytostase) infaust.

Abstract

Prävention des bilateralen Hodentumors durch Früherkennung des Carcinoma in situ (CIS)

W. Ebert, Lüdenscheid

Bei etwa 3% der Hodentumorpatienten tritt ein kontralateraler Zweitumor auf. Das Wissen darum belastet sowohl den nachsorgenden Arzt wie den Patienten, insbesondere da etwa 40% der Zweittumoren erst später als 5 Jahre nach dem Ersttumor auftreten. In 8 Jahren beobachteten wir bei 4/116 Hodentumor-Patienten metachrone Zweittumoren.

Pat. 1, *1950, 1984 MTU rechts, 1987 klassisches Seminom links.

Pat. 2, *1965, 1984 MTI rechts, 1991 klassisches Seminom links.

Pat. 3, *1962, 1986 MTI mit Seminom links, 1989 MTU rechts.

Pat. 4, *1959, 1987 differenziertes Teratom links, 1991 MTU mit Seminom rechts.

Bei allen Patienten fanden sich in der Umgebung des Zweitumors CIS-Zellen. Wegen Metastasen des Ersttumors erhielten 3/4 der Patienten eine Standard-Chemotherapie, eine Routinebiopsie des kontralateralen Hodens bei Erstdiagnose war nicht erfolgt.

CIS im kontralateralen Hoden findet sich bei 5% der Hodentumorpatienten, eine Biopsie kann somit 95% der Patienten die Angst vor dem Zweitumor nehmen. Bei den 5% CIS-positiven Patienten kann eine hodenerhaltende Therapie ausreichend sein.

Wir schlagen daher allen Patienten nicht nur die routinemäßige Biopsie des kontralateralen Hodens bei Diagnosestellung des Ersttumors vor, sondern bieten auch allen in der Nachsorge stehenden Patienten an, das Risiko eines Zweitumors durch eine Biopsie abklären zu lassen, um beim Nachweis eines CIS präventive Maßnahmen ergreifen zu können.

Abstract

Laser plus topische alpha-Interferone - Verbesserung der ambulanten Behandlung anogenitaler Condyloma acuminata

K. Erpenbach, Mechernich

Systemisch applizierte alpha-Interferone haben sich als Adjuvans in der Behandlung therapieresistenter und ausgedehnt wachsender Condyloma acuminata (CA) bewährt. Über die Anwendung topischer alpha-Interferone ist bisher wenig bekannt.

Wir behandelten 25 Patienten mit multiplen anogenitalen CA nach primärer Laserradiatio der Condylome topisch mit einem alpha-Interferon-Lack. Alle Patienten trugen den Lack zweimal täglich von der Urethramündung bis zur Penisschaftmitte auf. Bei 22 der 25 Patienten (86%) konnten eine komplette Remission über durchschnittlich 12 Monate erreicht werden. Bei 3 Patienten wurden 3-5 Wochen nach Laserradiatio ein Rezidiv beobachtet. Interessanterweise litten 2 dieser Patienten an schweren Erkrankungen aus dem atopischen Formenkreis (Asthma bronchiale mit ausgeprägter Neurodermitis) mit Verminderung der IgA-Antikörper im Serum. Eine fehlende lokale Immunantwort auf alpha-Interferon ist hier anzunehmen. Nebenwirkungen oder dauerhafte Komplikationen wurden unter der topischen Anwendung der alpha-Interferone nicht beobachtet.

Auch topische alpha-Interferone scheinen in Kombination mit dem Laser zur Behandlung anogenitaler CA geeignet zu sein. Eine weiterführende Doppelblindstudie zur Sicherung der guten Ergebnisse wird zu Beginn des Jahres anlaufen.

Abstract

Funktionelle Harnröhrensonographie

W. Gemander, Bielefeld

Die Entwicklung von höher auflösenden Schallköpfen ermöglicht ein Auflösungsvermögen im nahen Fokusbereich, so daß auch die Anatomie der Harnröhre in vivo erkennbar gemacht werden kann. Neben der von Merkle und Heidenreich beschriebenen normalen Ultraschall-Anatomie sind funktionelle Ultraschalluntersuchungen in einer reproduzierbaren und auswertbaren Weise beim Mann möglich. Im einzelnen können mittels perkutaner Sonographie funktionell beurteilt werden:

Harnröhrenturbulenzen unter der Miktion,
externer Verschlussmechanismus bei Inkontinenz,
funktionelle Beurteilung des Blasenhalses und Sphinkter externus nach radikaler Prostatektomie.

Mittels transrektaler Sonographie ist eine funktionelle Beurteilung der prostatistischen Harnröhre möglich. Dies stellt die Beurteilung der Harnröhre des Mannes auf eine breite Basis.

Abstract

Management der Eigenbluttransfusion bei urologischen Operationen

F.J. Marx, Köln

Nach aktueller Rechtsprechung muß Patienten zu Elektivoperationen, bei denen ein Transfusionsbedarf voraussehbar ist, die Eigenbluttransfusion angeboten werden.

Es wird ein Managementkonzept zur perioperativen autologen Bluttransfusion vorgestellt, das aus dem Datenmaterial der eigenen Klinik zum Transfusionsbedarf der einzelnen Operationen sowie aus der entsprechenden Literatur entwickelt wurde.

Besonders berücksichtigt wird die Problematik bei häufig durchgeführten Routine-Eingriffen, bei denen nur relativ selten Blut benötigt wird, wie z.B. der transurethralen Prostataresektion. Außerdem wird auf die speziellen organisatorischen und juristischen Fragen eingegangen, die sich vor allem für Abteilungen stellen, die nicht über ein eigenes Institut für Bluttransfusionen verfügen.

Abstract

Prognostische Faktoren zur Nierenfunktion in der vorgeburtlichen Phase und frühen postportalen Phase

M. Meyer-Schwickerath, Essen

Ein wichtiges prognostisches Symptom, das zur vorgeburtlichen Diagnostik einer renalen Störung führt, ist das fehlende Fruchtwasser. Ein Problem der vorgeburtlichen Diagnostik ist der frühe Abschluß der Nephrogenese mit der 22. SSW, so daß eine Obstruktion vor diesem Zeitpunkt zu irreversiblen Veränderungen am Nierenparenchym führen. D.h. ein frühes Oligohydramnion (8.-22. SSW) bedeutet für das Kind in der Regel eine fehlende Lebensfähigkeit.

Wir sahen in Essen 47 Feten mit schweren Nierenveränderungen vor der 20. SSW, bei denen es sich um zystisch veränderte Nieren (Potter) handelte. Bei 3 Kindern fand sich eine komplette Obstruktion durch Harnröhrenklappen. In der späteren fetalen Phase kommen zum Fruchtwasser-Status weitere prognostische Faktoren zur Nierenreife hinzu, wie die Echogenität des Nierenparenchyms. Dysplastische Veränderungen lassen sich schon ab der 20. SSW nachweisen. Die Bestimmung von Natrium, Chlorid und Osmolarität des fetalen Urins und dessen Menge wird als prognostischer Faktor unterschiedlich diskutiert.

In der postportalen Phase wurden 74 Kinder mit Harnröhrenklappen untersucht. Die Kinder wurden 1 Monat bis 20 Jahre (Mittel 6,4 Jahre) verfolgt. Das wichtigste prognostische Mittel war die Erholung der Nierenfunktion. Stand das Serum-Kreatinin nach Therapie der Harnröhrenklappen innerhalb der ersten 6 Monate auf Normwerten, so ist mit einem guten Verlauf zu rechnen. Im Gegensatz zu anderen Autoren fanden wir einen persistierenden Reflux und eine Dilatation des oberen Harntraktes gleichhäufig bei Kindern, die eine gute Nierenfunktion entwickelten, wie auch bei Kindern mit einer schlechten Nierenfunktion.

Abstract

VUR und Refluxnephropathie - Prognostische Parameter zu Narbenprogression, neuer Narbenbildung und Maturation

F. Ikoma, Nishinomiya

Im Zeitraum von 1973 bis 1988 wurden 901 Patienten (1357 renalen Einheiten) mit primären VUR an unserer Klinik behandelt. Die retrospektive Studie ergab eine Rate von neuer Narbenbildung und Narbenprogression von 7,3%. Die Analyse in Anhängigkeit des Refluxgrades zeigte bei Grad IV - 10,9% und bei Grad V - 16,5%, während bei niedergradigen Refluxen (I und II) keine neue Narbenbildung beobachtet wurde. Als signifikante Parameter erwiesen sich weiterhin die Häufigkeit von Harnwegsinfektionen sowie die Funktion der Blase.

Spontane Rückbildung des Refluxes wurde bei 33,6% der Kinder beobachtet.

Sie sinkt mit Zunahme des Refluxes auf 2,5% bei Grad V verglichen mit 85,5% bei Grad I und II. Innerhalb von 3 Jahren nach der Diagnose wurden 90% aller beobachteten Rückbildungen registriert, während sich nach dem 15. Lebensjahr kein Reflux mehr zurückbildete. Deutliche Unterschiede zeigten sich in der Altersgruppe unter dem 1. Lebensjahr, die zu 80% aus Jungen bestand und eine höhere Rückbildungsquote aufwies als alle anderen Gruppen.

Abstract

Die Antirefluxplastik nach Lich-Gregoir - Komplikationen und Ergebnisse

U. Grein, Schwelm

Die extravesikale Antirefluxplastik nach Lich-Gregoir hat sich in der Behandlung des unkomplizierten kindlichen Refluxes als eine sichere und komplikationsarme Methode bewährt. Umstritten ist die Frage, ob bei beidseitigem Reflux die Antirefluxplastik beidseitig in einer Sitzung oder im Intervall erfolgen muß, um eine Blasenentleerungsstörung, z.B. durch Verletzung des Ganglion pelvicum zu vermeiden.

Von 1977 bis Dezember 1991 wurden 106 Kinder im Alter zwischen 2 und 14 Jahren mit insgesamt 180 refluxiven renoureteralen Einheiten durch die Antirefluxplastiken nach Lich-Gregoir behandelt. Dabei wurden 73 Kinder (69%) mit beiseitigem Reflux in einer Sitzung und lediglich ein Kind zweiseitig operiert.

Zur Indikationsstellung wurde in allen Fällen neben der Klinik und dem MCU eine Cystoskopie zur Beurteilung der Ostienmorphologie sowie eine Urodynamik zum Anschluß einer neurogenen Blase durchgeführt.

Die erhaltenen Ergebnisse, Komplikationen und insbesondere die Inzidenz von passageren oder chronischen Blasenentleerungsstörungen in Abhängigkeit von einseitigem oder zweiseitigem Vorgehen werden angegeben und in dem Beitrag diskutiert.

Referenten und Moderatoren

Prof. Dr. F. Baumbusch
Brucknerstraße 26
W - 4005 Meerbusch 1

Prof. Dr. H. Becker
Marienkrankenhaus
Urologische Abteilung
Alfredstraße 9
W - 2000 Hamburg 76

Dr. L. Boecken
Krankenhaus Holweide
Neufelder Straße 32
W - 5000 Köln 80

Dr. W. Boeckmann
Urologische Universitätsklinik
Klinikum der RWTH Aachen
Pauwelsstraße 50
W - 5100 Aachen

Dr. E. Böhm
Institut für Pathologie
Kreiskrankenhaus Lüdenscheid
Paulmannshöher Straße 14
W - 5880 Lüdenscheid

Prof. Dr. F. Boemingham
Urologische Klinik
Städtische Kliniken Neuss
Lukaskrankenhaus
Preußenstraße 84
W - 4040 Neuss

Dr. J. Borkowski
Urologische Klinik der
Universität Witten-Herdecke
im Verbandskrankenhaus Schwelm
Dr.-Moeller-Straße 15
W - 5630 Schwelm

Dr. R. Bosshardt
Urologische Klinik der
RWTH Aachen
Pauwelsstraße 50
W - 5100 Aachen

Dr. R. Brinkmann
Arndtstraße 16
W - 4630 Bochum 1

Dr. U. Bröcheler
Urologische Universitätsklinik
Essen
Hufelandstraße 55
W - 4300 Essen

Prof. Dr. P. Brühl
Urologische Universitätsklinik
W - 5300 Bonn-Venusberg

Dr. Czaja
Ostwall 191
W - 4150 Krefeld

Dr. F. di Tonno
Divisione Urologica Ospedale
Civile Camposampiero
Dipartimento di Biologia
Università di Padova
Via P. Cosma 1
I - 35012 Camposampiero

Dr. W. Ebert
Abteilung für Urologie
Kreiskrankenhaus Lüdenscheid
Paulmannshöher Straße 14
W - 5880 Lüdenscheid

Referenten und Moderatoren

Prof. Dr. H.U. Eickenberg
Urologische Klinik
Franziskus Hospital
Kiskerstraße 26
W - 4800 Bielefeld 1

Prof. Dr. R. Engelking
Klinik und Poliklinik für Urologie
Universitätsklinik Köln
Joseph-Stelzmann-Straße 9
W - 5000 Köln 41

PD Dr. U. Engelmann
Kath. Marienhospital
Urologische Abteilung
Widumer Straße 8
W - 4690 Herne 1

Dr. K. Erpenbach
LwSanStiff - LwVersRgt 8
Mechernich
Monschauer Weg 15
W - 5042 Erftstadt-Liblar

Dr. C. Fabris
Divisione Urologica Ospedale
Civile Camposampiero
Dipartimento di Biologia Università
di Padova
Via P. Cosma 1
I - 35012 Camposampiero

Dr. R. Feinen
Krankenhaus Holweide
Neufelder Straße 32
W - 5000 Köln 80

Dr. H.-J. Fink
Bastion 2
W - 2370 Rendsburg

Dr. W. Franzen
Klinik und Poliklinik für Urologie
der Universitätskliniken zu Köln
Joseph-Stelzmann-Straße 9
W - 5000 Köln 41

Prof. Dr. H. Frohmüller
Urologische Klinik und Poliklinik
der Universität Würzburg
Luitpoldkrankenhaus
Josef-Schneider-Straße 2
W - 8700 Würzburg

Prof. Dr. P. Frosch
Städtische Kliniken
Hautklinik
Beurhausstraße 40
W - 4600 Dortmund 1

Dr. G. Gellhaar
Franziskus-Hospital gem. GmbH
Kisker Straße 26
W - 4800 Bielefeld 1

Dr. W. Gemander
Franziskus-Hospital gem. GmbH
Kisker Straße 26
W - 4800 Bielefeld 1

Dr. U. Gertenbach
Urologische Klinik
Klinikum Barmen
Heusner Straße 40
W - 5600 Wuppertal-Barmen

Dr. G.D. Giebel
II. Lehrstuhl für Chirurgie
Universität zu Köln
Ostmerheimer Straße 200
W - 5000 Köln 91

Referenten und Moderatoren

Dr. M. Goepel
Urologische Universitätsklinik Essen
Hufelandstraße 55
W - 4300 Essen

Dr. U. Grein
Urologische Klinik der Universität
Witten-Herdecke im Verbands-
krankenhaus Schwelm
Dr.-Moeller-Straße 15
W - 5830 Schwelm

Dr. F. Haaf
Abteilung für Allgemeinchirurgie
Städt. Krankenhaus Leverkusen
Dhünnberg 60
W - 5900 Leverkusen

Dr. G. Haupt
Urologische Universitätsklinik
Bochum
Marienhospital Herne
Widumer Straße 8
W - 4690 Herne

Dr. D. Heimbach
Urologische Klinik und Poliklinik
Universität Würzburg
Josef-Schneider-Straße 2
W - 8700 Würzburg

Dr. V. Hoch
Lehrstuhl für Urologie an der
Universität Witten-Herdecke im
Verbandskrankenhaus Schwelm
Dr.-Moeller-Straße 15
W - 5630 Schwelm

Dr. G. Hofmockel
Urologische Klinik und Poliklinik
der Universität Würzburg
Josef-Schneider-Straße 2
W - 8700 Würzburg

Dr. W. Horn
Urologische Klinik
Städtische Kliniken Neuss
Lukaskrankenhaus
Preußenstraße 84
W - 4040 Neuss

Prof. Dr. R. Hubmann
Allg. Krankenhaus St. Georg
Urologische Abteilung
Lohmühlenstraße 5
W - 2000 Hamburg 1

Prof. Dr. F. Ikoma
Med. Hochschule
Urologische Klinik
1-1 Mukogawe-Cho
663 Nishinomiya/Japan

Dr. Th. Jachertz
Knappschafts-Krankenhaus
Abteilung Urologie
Wieckesweg 27
W - 4600 Dortmund 12

Prof. Dr. G. Jakse
Urologische Klinik und Poliklinik
RWTH Aachen
Pauwelsstraße 50
W - 5100 Aachen

Referenten und Moderatoren

Prof.
Dr. L. Jeromin
Urologische Klinik der
Medizinischen Akademie
Kopernikastraße 18
PL - 90-503 Lodz

Dr. U. Kaldenbach
Klinikum Barmen
Urologische Klinik
Heusnerstraße 40
W - 5600 Wuppertal-Barmen

Dr. R. Kawaguchi
Med. Hochschule
Urologische Klinik
1-1, Mukogawa-Cho
663 Nishinomiya/Japan

Prof. Dr. G. Kierfeld
Urologische Klinik
Städtisches Krankenhaus
Leverkusen
Dhünnberg 60
W - 5090 Leverkusen

Dr. H.-G. Kimont
Abteilung für Urologie
Städtisches Krankenhaus
Leverkusen
Dhünnberg 60
W - 5090 Leverkusen

Dr. R. Kirschner-Hermanns
Urologische Klinik der
RWTH Aachen
Pauwelsstraße 50
W - 5100 Aachen

Prof. Dr. W. Knipper
Baron-Voght-Straße 168
W - 2000 Hamburg 52

Dr. H.-J. Knopf
Urologische Universitätsklinik
Marienhospital Herne
Widumer Straße 8
W - 4690 Herne 1

Dr. B. Koll
Städtische Kliniken
Urologische Klinik
Westfalendamm 403-407
W - 4600 Dortmund 1

Prof. Dr. G. Konrad
Urologische Klinik
Krankenhaus Maria Hilf
W - 4050 Mönchengladbach

Dr. U. Krämer
Urologische Klinik der
RWTH Aachen
Pauwelsstraße 50
W - 5100 Aachen

Dr. R. Krause
Klinik und Poliklinik für Urologie
Medizinische Einrichtungen der
Universität GHS Essen
Hufelandstraße 55
W - 4300 Essen 1

PD DR. D. Kröpfl
Urologische Klinik
Universität Essen
Hufelandstraße 55
W - 4300 Essen 1

Dr. M. Kuss
Klinik und Poliklinik für Urologie
der Universitätskliniken zu Köln
Joseph-Stelzmann-Straße 9
W - 5000 Köln 41

Referenten und Moderatoren

Dr. A. Kutta
Urologische Universitätsklinik
Bochum
Marienhospital Herne
Widumer Straße 8
W - 4690 Herne 1

Dr. H. Kwa
Städtische Kliniken
Urologische Klinik
Westfalendamm 403-407
W - 4600 Dortmund 1

Dr. D. Lavelli
Divisione Urologica Ospedale
Civile Camposampiero
Dipartimento di Biologia
Università di Padova
Via P. Cosma 1
I - 35012 Camposampiero

Dr. B. Lettgen
Universitätsklinikum Essen
Urologische Klinik und Poliklinik
Hufelandstraße 55
W - 4300 Essen 1

K.-H. Lichtenstein
Hygiene Fachkraft
Ev. Krankenhaus
Lutherhaus
W - 4300 Essen 1

Dr. M. Ludwig
Urologische Universitätsklinik und
Poliklinik der
Georg-August-Universität
Robert-Koch-Straße 40
W - 3400 Göttingen

Dr. W. Martin
Urologische Universitätsklinik
Marienhospital Herne
Widumer Straße 8
W - 4690 Herne 1

Prof. Dr. F.J. Marx
Urologische Abteilung
Städtisches Krankenhaus Hol-
weide
Neuenfelder Straße 32
W - 5000 Köln 80

PD Dr. M. Meyer-Schwickerath
Urologische Klinik
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstraße 55
W - 4300 Essen 1

Dr. C. Milanesi
Divisione Urologica Ospedale
Civile Camposampiero
Dipartimento di Biologia
Università di Padova
Via P. Cosma 1
I - 35012 Camposampiero

Prof. Dr. J.G. Moormann
Krankenhaus der Barmherzigen
Brüder Trier
Urologische Abteilung
Nordallee 1
W - 5500 Trier

Dr. P. Neumann
Münsterstraße 55
W - 4670 Lünen

Referenten und Moderatoren

Dr. S. Niehaus
Urologische Klinik der
RWTH Aachen
Pauwelsstraße 50
W - 5100 Aachen

Dr. F. Noll
Urologische Klinik der Universität
Witten-Herdecke im Verbands-
krankenhaus Schwelm
Dr.-Moeller-Straße 15
W - 5830 Schwelm

Dr. U. Oesingmann
Asselner Hellweg 101
W - 4600 Dortmund 13

Dr. R. Olanas
Urologische Klinik der Universität
Witten-Herdecke im Verbands-
krankenhaus Schwelm
Dr.-Moeller-Straße 15
W - 5830 Schwelm

Dr. J. Pastor
Urologische Universitätsklinik
Marienhospital Herne
Widumer Straße 8
W - 4690 Herne 1

Prof. Dr. P. Rathert
Urologische Klinik
Krankenanstalten Düren
Roonstraße 30
W - 5160 Düren

Dr. K. Rembrink
Klinik und Poliklinik für Urologie
Medizinische Einrichtungen der
Universität GHS Essen
Hufelandstraße 55
W - 4300 Essen 1

Dr. A. Richter
Städtische Kliniken
Hautklinik
Beurhausstraße 40
W - 4600 Dortmund

Prof. Dr. R.H. Ringert
Urologische Klinik
Georg-August-Universität
Robert-Koch-Straße 40
W - 3400 Göttingen

Dr. G. Rodeck
Posener Straße 3
W - 3550 Marburg-St. Cappel

Dr. S. Roth
Urologische Klinik
Krankenanstalten Düren
Roonstraße 30
W - 5160 Düren

Prof. Dr. H. Rübber
Urologische Klinik und
Poliklinik
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstraße 55
W - 4300 Essen 1

Dr. S. Saad
II. Lehrstuhl für Chirurgie
Universität zu Köln
Ostmerheimer Straße 200
W - 5000 Köln 91

Dr. M. Schermesser
Urologische Klinik
Städtische Kliniken Neuss
Lukaskrankenhaus
Preußenstraße 84
W - 4040 Neuss

Referenten und Moderatoren

Dr. K.-H. Schmitz
In der Wüste 10
W - 5960 Olpe-Biggesee

Dr. W. Schöps
Urologische Abteilung
Krankenhaus Leverkusen
Dhünnberg 60
W - 5090 Leverkusen 1

Dr. F. Schreiter
Lehrstuhl für Urologie an der
Universität Witten-Herdecke im
Verbandskrankenhaus Schwelm
Dr.-Moeller-Straße 15
W - 5830 Schwelm

Dr. I. Schröder-Printzen
Urologische Klinik und Poliklinik
Georg-August-Universität
Robert-Koch-Straße 40
W - 3400 Göttingen

PD Dr. H. Schulze
Urologische Klinik der Universität
Bochum
Marienhospital Herne
Widumer Straße 8
W - 4690 Herne 1

Prof. Dr. Th. Senge
Urologische Universitätsklinik
Bochum
Marienhospital Herne
Widumer Straße 8
W - 4690 Herne 1

Dr. R. Sikora
Urologische Klinik der RWTH
Aachen
Pauwelsstraße 50
W - 5100 Aachen
Dr. M. Sohn
Urologische Klinik
RWTH Aachen
Pauwelsstraße 50
W - 5100 Aachen

Dr. I. Soliman
Klinik und Poliklinik für Urologie
Medizinische Einrichtungen der
Universität GHS Essen
Hufelandstraße 55
W - 4300 Essen 1

Prof. Dr. P. Strohmer
Urologische Klinik
Städtische Kliniken Osnabrück
Caprivistraße 1
W - 4500 Osnabrück

Dr. J. Sulke
Städtische Kliniken
Urologische Klinik
Westfalendamm 403-407
W - 4600 Dortmund 1

Dr. C.M. Theisen
Urologische Praxis
Steinzentrum Bielefeld
Obernstraße 27
W - 4800 Bielefeld 1

Referenten und Moderatoren

Prof. Dr. J.W. Thüroff
Urologische Klinik
Klinikum Barmen
Heusnerstraße 40
W - 5600 Wuppertal-Barmen

Dr. R. Vorreuther
Klinik und Poliklinik für Urologie
Universität Köln
Joseph-Stelzmann-Straße 9
W - 5000 Köln 41

Dr. B. Walter
Urologische Klinik der Stadt
Köln
Abteilung für Anästhesie
W - 5000 Köln

Prof. Dr. P. Walz
Urologische Abteilung
Krankenhäuser des Märkischen
Kreises
Paulmannshöher Straße 21
W - 5880 Lüdenscheid

Dr. W. Weidner
Urologische Klinik und Poliklinik
Georg-August-Universität
Robert-Koch-Straße 40
W - 3400 Göttingen

Dr. B. Wein
Klinik für Radiologische
Diagnostik der RWTH Aachen
Pauwelsstraße 50
W - 5100 Aachen

Prof. Dr. L. Weißbach
Urologische Abteilung
St. Urban Krankenhaus
Dieffenbachstraße 1
W - 1000 Berlin 61

Prof. Dr. M. Westenfelder
Krankenhaus Maria-Hilf
Urologische Abteilung
Oberdießemer Straße 94
W - 4150 Krefeld

Prof. Dr. R. Winkler
Martin-Luther-Krankenhaus
Chirurgie
W - 2380 Rendsburg

Prof. Dr. M. Wirth
Urologische Klinik und Poliklinik
Universität Würzburg
Josef-Schneider-Straße 2
W - 8700 Würzburg

Dr. J. M. Wolff
Urologische Klinik der RWTH Aachen
Pauwelsstraße 50
W - 5100 Aachen

Dr. J. Zumbé
Urologische Abteilung
Krankenhaus Leverkusen
Dhünnberg 60
W - 5090 Leverkusen


Sponsoren

Wir danken den folgenden Firmen für die Unterstützung
der Tagung:

AMS Deutschland, München
Bayer AG, Leverkusen
Boehringer Mannheim GmbH, Mannheim
B. Braun Melsungen AG, Melsungen
Byk Gulden Lomborg GmbH, Konstanz
CASCAN GmbH & Co.KG, Wiesbaden
Clintec Salvia GmbH & Co.OHG, Homburg/Saar
ESSEX PHARMA GmbH, München
EuroCetus GmbH, Frankfurt am Main
Farco-Pharma GmbH, Köln
FARMITALIA CARLO ERBA GmbH, Freiburg
FERRING Arzneimittel GmbH, Kiel
FRESENIUS AG, Bad Homburg v.d.H.
Galenika Dr. Hetterich GmbH, Fürth
GRUENENTHAL GmbH, Stolberg
HOECHST AG, Dortmund
HOYER GmbH & Co., Neuss
ICI Pharma Arzneimittelwerk Plankstadt, Plankstadt
KABI PHARMACIA GmbH, Erlangen-Tennenlohe
KANOLDT Arzneimittel GmbH, Höchstädt
Madaus Diagnostik Dr. Madaus & Co., Köln
MSD Sharp & Dohme GmbH, München
Olympus Winter & Ibe GmbH, Hamburg
Pharma Osterholz, Osterholz-Scharmbeck
Pharma Stroschein GmbH, Hamburg
RIWOPLAN GmbH, Knittlingen
Röhm Pharma GmbH, Weiterstadt
SANOFI Pharma GmbH, München
Schering AG, Berlin
Karl Storz GmbH & Co., Tuttlingen
TAD PHARMAZEUTISCHES WERK GmbH, Cuxhaven
Takeda Pharma GmbH, Aachen
E. Tosse & Co. GmbH, Hamburg
Richard Wolf GmbH, Knittlingen

R. Ackermann J. E. Altwein
P. Faul (Hrsg.)

Aktuelle Therapie des Prostata- Karzinoms

 Springer-Verlag

1991. Etwa 435 S. 112 Abb.
150 Tab. Geb. DM 248,-
ISBN 3-540-52991-8

Mit diesem Buch liegt das Standardwerk zu einem der meistdiskutierten Themen der Urologie vor. Es ist ein Wegweiser zu einer verbesserten patientenorientierten Behandlung. Neben Histologie und Zytologie werden die Besonderheiten des natürlichen Verlaufs des Prostatakarzinoms sowie die Behandlung des lokal begrenzten und des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms diskutiert. Dabei wird auf die Möglichkeit neuer diagnostischer Verfahren hingewiesen und der Stellenwert der Strahlenbehandlung sowie der radikalen Prostatektomie ausführlich besprochen. Das inzidentelle Prostatakarzinom besitzt mit seiner unterschiedlichen biologischen Aktivität (T 1a, T 1b) eine große klinische Bedeutung, welche entsprechend gewürdigt wird.

Die derzeit praktizierten hormonellen und zytotoxisch wirksamen Therapeutika werden in ihrer Effizienz bei der Primär- und Sekundärbehandlung des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms umfassend beleuchtet, neuere Erkenntnisse von Therapiemodalitäten anhand aktueller internationaler Studienergebnisse dargelegt. Dadurch ergibt sich für verschiedene Therapiekonzepte ein neuer Stellenwert.

Die Behandlung des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms ist heute nicht mehr standardisiert, sondern sollte in jedem Fall individuell erfolgen.

Dem interessierten Leser ist dieses Buch die ideale Entscheidungshilfe für die einzuschlagende Therapie.

**Umfassend und
auf dem neuesten Stand!**

Springer-Verlag
Berlin
Heidelberg
New York
London
Paris
Tokyo
Hong Kong
Barcelona
Budapest

tm. 40.234/SF

Heidelberger Platz 3, W-1000 Berlin 33, F. R. Germany

Aussteller

- | Stand-Nr. | | Stand-Nr. | |
|-----------|--|-----------|--|
| O-54 | AD. KRAUTH GmbH & Co.
Wandsbeker Königstraße 27-29
Postfach 70 12 60
W - 2000 Hamburg 70 | O-43 | CIRCON GmbH
Mehlbeerenstraße 2
W - 8028 Taufkirchen |
| E-25 | Amgen GmbH
Riesstraße 25
W - 8000 München 50 | E-13 | Clintec Salvia GmbH & Co.OHG
Fabrikstraße 51
W - 6650 Homburg/Saar |
| O-28 | AMS - Deutschland
Gneisenaustraße 14
W - 8000 München 50 | E-17 | Coburger Lehrmittelanstalt
Friedrich-Rückert-Straße 54
W - 8630 Coburg |
| O-55 | ANGIOMED AG
Wachhausstraße 6
W - 7500 Karlsruhe 41 | O-39 | William Cook Europe GmbH
Hermannstraße 12
Postfach 690
W - 4050 Mönchengladbach |
| E-10 | Bayer AG Leverkusen
Pharma Vertrieb Deutschland
Hemmelrather Weg 201
W - 5090 Leverkusen | O-46 | DANTEC
Elektronische Meßgeräte GmbH
Schinnrainstraße 9
W - 7500 Karlsruhe 41 |
| O-48 | Boehringer Mannheim GmbH
Sandhofer Straße 116
Postfach 31 01 20
W - 6800 Mannheim 31 | O-32 | Erbe Elektromedizin GmbH
Waldhörnlestraße 17
Postfach 14 20
W - 7400 Tübingen |
| O-59 | B. Braun Melsungen AG
Postfach 17 69
W - 4400 Münster | E-8 | ESSEX PHARMA GmbH
Sonnenstraße 33
Postfach 33 01 49
W - 8000 München 2 |
| O-49 | Bristol-Myers Squibb GmbH
ConvaTec-Division
Volkartstraße 83
W - 8000 München 19 | E-24 | EuroCetus GmbH
Frankfurt Airport Center
Büro 03
W - 6000 Frankfurt/M. 75 |
| E-20 | Byk Gulden Lomborg
Chemische Fabrik GmbH
Byk-Gulden-Straße 2
Postfach 10 03 10
W - 7750 Konstanz | E-1 | Farco-Pharma GmbH
Mathias-Brüggen-Straße 82
Postfach 30 04 33
W - 5000 Köln 30 |

Stand bei Drucklegung

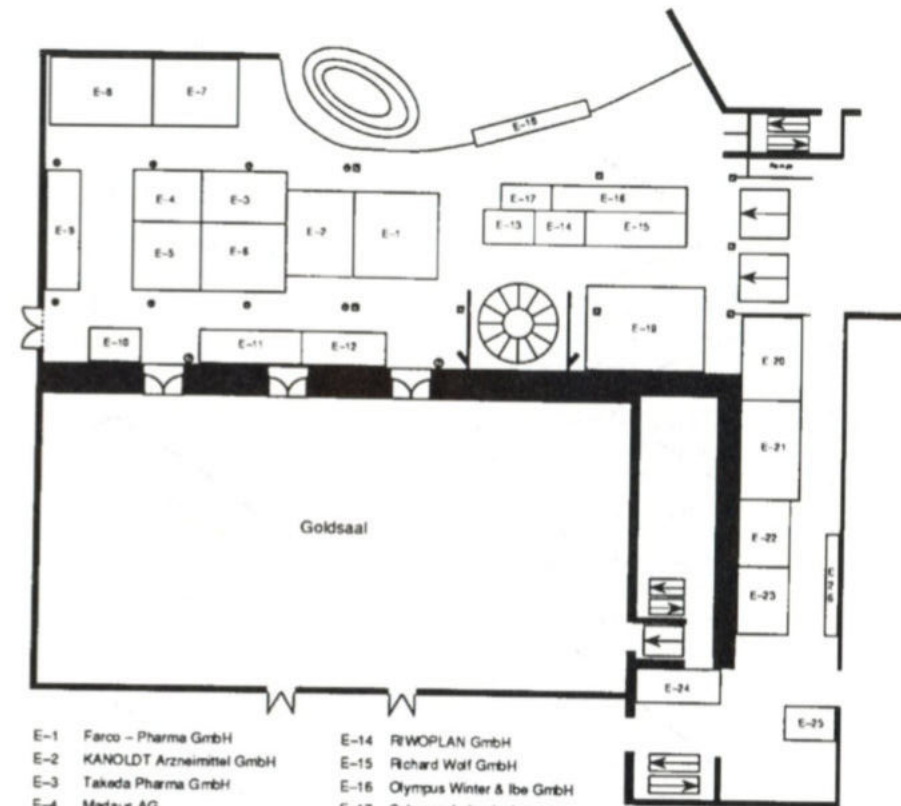
87

Aussteller

- | | |
|--|---|
| Stand-Nr. | Stand-Nr. |
| E-7 FARMITALIA CARLO ERBA GmbH
Merzhauser Straße 112
W - 7800 Freiburg | E-24 Hoffmann-La Roche AG
E-25 Emil-Barell-Straße 1
W - 7889 Grenzach-Wyhlen |
| E-9 Ferring Arzneimittel GmbH
Wittland 11
Postfach 21 45
W - 2300 Kiel 1 | E-19 HOYER GmbH & Co.
Siemensstraße 14
Postfach 21 03 55
W - 4040 Neuss 21 |
| E-18 FRESENIUS AG
Klinik Inland
Siemensstraße 15-17
Postfach 18 09
W - 6380 Bad Homburg v.d.H. | O-51 HOYER GmbH & Co.
Uro-Technik
Im Seelenkamp 10
Postfach 12 67
W - 4937 Lage |
| O-41 Galenika Dr. Hetterich GmbH
Gebhardtstraße 5
Postfach 17 53
W - 8510 Fürth | E-21 ICI Pharma Arzneimittelwerk
Plankstadt
Otto-Hahn-Straße
W - 6831 Plankstadt |
| O-40 GLENWOOD GmbH
Riedener Weg 23
Postfach 12 80
W - 8130 Starnberg | E-6 KABI PHARMACIA GmbH
Am Wetterkreuz 3
Postfach 28 40
W - 8520 Erlangen-Tennenlohe |
| E-12 GRUENENTHAL GmbH
Steinfeldstraße 2
Postfach 129
W - 5190 Stolberg | E-2 KANOLDT Arzneimittel GmbH
Oberer Weberberg 11
Postfach 11 53
W - 8884 Höchstädt |
| O-29 Heumann Pharma GmbH & Co.
Heideloffstraße 18-28
Postfach 22 60
W - 8500 Nürnberg | O-42 KENDALL
Med. Erzeugnisse GmbH
Raffineriestraße 8
W - 8425 Neustadt/Donau |
| | O-34 Dr. F. Köhler Chemie GmbH
Neue Bergstraße 3-7
W - 6146 Alsbach-Hähnlein |

Ausstellungsplan

Erdgeschoß



- | | |
|-----------------------------------|---|
| E-1 Farco - Pharma GmbH | E-14 RWOPLAN GmbH |
| E-2 KANOLDT Arzneimittel GmbH | E-15 Richard Wolf GmbH |
| E-3 Takeda Pharma GmbH | E-16 Olympus Winter & Ibe GmbH |
| E-4 Madax AG | E-17 Coburger Lehmteileranstalt |
| E-5 Schering AG | E-18 FRESENIUS AG |
| E-6 KABI PHARMACIA GmbH | E-19 HOYER GmbH & Co. |
| E-7 FARMITALIA CARLO ERBA GmbH | E-20 Byk Gulden Lomberg Chemische Fabrik GmbH |
| E-8 ESSEX PHARMA GmbH | E-21 ICI Pharma Arzneimittelwerk Plankstadt |
| E-9 E. Tasse & Co. mbH | E-22 Mentor Deutschland GmbH |
| FERRING Arzneimittel GmbH | E-23 Dr. Wilmar Schwabe GmbH & Co. |
| E-10 Bayer AG | E-24 Hoffmann-La Roche AG |
| E-11 Karl Storz GmbH & Co. | Upjohn GmbH |
| E-12 GRUENENTHAL GmbH | EuroCetus GmbH |
| E-12a MEDICAL SERVICE | E-25 Hoffmann-La Roche AG |
| E-13 Clintec Salvia GmbH & Co.OHG | Amgen GmbH |
| | E-26 Otter-Hogrefe GmbH |
| | Buchhandlung für Medizin |

Aussteller

Stand-Nr.		Stand-Nr.	
E-4	Madaus AG Ostermerheimer Straße 198 Postfach 91 05 55 W - 5000 Köln 91	O-31	Dr. R. Pflieger Chemische Fabrik GmbH Emil-Kemmer-Straße 33 Postfach 22 40 W - 8600 Bamberg
O-38	Mallinckrodt Medical GmbH Josef-Dietzgen-Straße 1 W - 5202 Hennef/Sieg 1	O-37	Pfm-GmbH Unterer Buschweg 45 Postfach 50 17 48 W - 5000 Köln 50
O-36	medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH Fehlandtstraße 3 Postfach 30 36 29 W - 2000 Hamburg 36	O-52	Pharma Stroschein GmbH Sellhopsweg 1 W - 2000 Hamburg 61
E-12a	MEDICAL SERVICE Luisenstraße 8 W - 7263 Bad Liebenzell	E-14	RIWOPLAN GmbH Pforzheimer Straße Postfach 80 W - 7134 Knittlingen
E-22	Mentor Deutschland GmbH Stemplingeranger 22 Postfach 83 06 31 W - 8000 München 83	O-35	Röhm Pharma GmbH Dr.-Otto-Röhm-Straße 2-4 Postfach 43 47 W - 6108 Weiterstadt
O-33	E. Merck Frankfurter Straße 250 Postfach 41 19 W - 6100 Darmstadt	O-50	WILLY RÜSCH AG Willy-Rüsch-Straße 4-10 Postfach 16 33 W - 7050 Waiblingen
E-16	Olympus Winter & Ibe GmbH Kuehnstraße 61 Postfach 70 17 09 W - 2000 Hamburg 70	O-44	Sandoz AG Deutscherherrenstraße 15 W - 8500 Nürnberg
E-26	Ottiger-Hogrefe GmbH Buchhandlung für Medizin und Psychologie Robert-Bosch-Breite 25 Postfach 29 52 W - 3400 Göttingen	O-27	SANOFI Winthrop GmbH Augustenstraße 10 Postfach 20 17 08 W - 8000 München 2
90	Stand bei Drucklegung	E-5	Schering AG Postfach 65 03 11 W - 1000 Berlin 65

Ausstellungsplan

Obergeschoß



O-43	CIRCON GmbH	O-43	CIRCON GmbH
O-44	Sandoz AG	O-44	Sandoz AG
O-45	Ulrich medizinische Technologie GmbH	O-45	Ulrich medizinische Technologie GmbH
O-46	DANTEC Elektronische Messgeräte GmbH	O-46	DANTEC Elektronische Messgeräte GmbH
O-47	TECHNOMATIX MEDICAL	O-47	TECHNOMATIX MEDICAL
O-48	Boehringer Mannheim GmbH	O-48	Boehringer Mannheim GmbH
O-49	Brinco-Myers Squibb GmbH Conva Tec Division	O-49	Brinco-Myers Squibb GmbH Conva Tec Division
O-50	Willy Rüsch AG	O-50	Willy Rüsch AG
O-51	Hoyer GmbH & Co., Uro-Technik	O-51	Hoyer GmbH & Co., Uro-Technik
O-52	Pharma Stroschein GmbH	O-52	Pharma Stroschein GmbH
O-53	UFOMED Kurt Driess GmbH	O-53	UFOMED Kurt Driess GmbH
O-54	AD KRALUTH GmbH & Co.	O-54	AD KRALUTH GmbH & Co.
O-55	ANGIOMED AG	O-55	ANGIOMED AG
O-56	Siemens AG	O-56	Siemens AG
O-57	Otto A. Vogedes	O-57	Otto A. Vogedes
O-58	Karl Zieger GmbH	O-58	Karl Zieger GmbH
O-59	B. Braun Melsungen AG	O-59	B. Braun Melsungen AG
O-27	SANOFI Pharma GmbH	O-27	SANOFI Pharma GmbH
O-28	AMS - Deutschland	O-28	AMS - Deutschland
O-29	Heumann Pharma GmbH & Co	O-29	Heumann Pharma GmbH & Co
O-30		O-30	
O-31	Dr. R. Pflieger Chemische Fabrik GmbH	O-31	Dr. R. Pflieger Chemische Fabrik GmbH
O-32	Erbe Elektromedizin GmbH	O-32	Erbe Elektromedizin GmbH
O-33	E. Merck	O-33	E. Merck
O-34	Dr. F. Köhler Chemie GmbH	O-34	Dr. F. Köhler Chemie GmbH
O-35	Röhm Pharma GmbH	O-35	Röhm Pharma GmbH
O-36	medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH	O-36	medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH
O-37	Pfm-GmbH	O-37	Pfm-GmbH
O-38	Mallinckrodt Medical GmbH	O-38	Mallinckrodt Medical GmbH
O-39	William Cook Europe GmbH	O-39	William Cook Europe GmbH
O-40	GLENWOOD GmbH	O-40	GLENWOOD GmbH
O-41	Galenika Dr. Hietrich GmbH	O-41	Galenika Dr. Hietrich GmbH
O-42	KENDALL Med. Erzeugnisse GmbH	O-42	KENDALL Med. Erzeugnisse GmbH

Aussteller

- | Stand-Nr. | | Stand-Nr. | |
|-----------|---|-----------|---|
| E-23 | Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co.
Willmar-Schwabe-Straße 4
Postfach 41 09 25
W - 7500 Karlsruhe | O-45 | Urotech
Med. Technologie GmbH
Gottlob-Weiler-Platz 1
W - 8206 Bruckmühl |
| O-56 | Siemens AG
Region West
Neusser Straße 111
Postfach 10 44 62
W - 4000 Düsseldorf | O-57 | Otto A. Vogedes
Elektromedizin und Strahlen-
technik
Gahlenfeldstraße 7 a
Postfach 15 29
W - 5804 Herdecke |
| E-11 | Karl Storz GmbH & Co.
Mittelstraße 8
Postfach 230
W - 7200 Tuttlingen | E-15 | Richard Wolf GmbH
Pforzheimer Straße 32
Postfach 40
W - 7134 Knittlingen |
| E-3 | Takeda Pharma GmbH
Victoriaallee 3-5
Postfach 16 07
W - 5100 Aachen | O-58 | Karl Zieger GmbH
Hörder Semerteichstraße 187
W - 4600 Dortmund 30 |
| O-47 | TECNOMATIX MEDICAL
Niederlassung Deutschland
Alter Markt 43
W - 4050 Mönchengladbach | | |
| E-9 | E. Tosse & Co. mbH
Friedrich-Ebert-Damm 101
W - 2000 Hamburg 70 | | |
| E-24 | Upjohn GmbH
Humboldtstraße 10
W - 6148 Heppenheim | | |
| O-53 | UROMED Kurt Drews GmbH
Meessen 7
W - 2000 Oststeinbek | | |

Bernd Hamm

Sonographische Diagnostik des Skrotalinhalts

Lehrbuch und Atlas

Unter Mitarbeit von
Franz Fobbe, Wolfgang Kramer
und Klaus-Peter Dieckmann

Mit einem Geleitwort von
Hartwig Huland und Karl-Jürgen Wolf



Springer-Verlag

... ein einzigartiges Werk!

B. Hamm, Freie Universität Berlin

Sonographische Diagnostik des Skrotalinhalts

Lehrbuch und Atlas

Unter Mitarbeit von
F. Fobbe, W. Kramer, K.-P. Dieckmann
Vorwort von H. Huland, K.-J. Wolf

1991. XIV, 235 S. 169 z. T. farb. Abb. in 212 Einzeldarst.
221 Tab. Geb. DM 248,- ISBN 3-540-51003-6

Diese detaillierte Darstellung der sonographischen Diagnostik des Skrotalinhalts bezieht so weitgefächerte Aspekte wie die Erläuterung der Ultraschalltechnik, anatomische Grundlagen, klinische und sonographische Untersuchungstechniken sowie die Erörterung der verschiedenen Krankheitsbilder mit klinischem Befund und sonographischem Bild mit ein. Für erfahrene Praktiker von besonderem Interesse ist die neue Untersuchungsmethode der farbkodierten Duplexsonographie und die Diskussion von Bildartefakten bei der sonographischen Untersuchung.

Strukturiert ist diese Kombination von Atlas und Lehrbuch in einen Textteil und 99 Fallbeispiele, wodurch die Darstellung sehr übersichtlich und praxisbezogen wird. Sogenannte „Diagnosekästchen“, die den klinischen und sonographischen Befund der einzelnen Krankheitsbilder gegenüberstellen, bieten dem vielbeschäftigten Arzt die Möglichkeit, sich rasch und dennoch gründlich zu informieren.

Springer-Verlag
Berlin
Heidelberg
New York
London
Paris
Tokyo
Hong Kong
Barcelona
Budapest

Inserenten

Azupharma GmbH, Gerlingen	8
Bayropharm GmbH, Leverkusen	14
Boehringer Mannheim GmbH, Mannheim	32
Dantec, Karlsruhe	59
Farco-Pharma GmbH, Köln	U2/30
Farmitalia Carlo Erba GmbH, Freiburg	48/49
Gry-Pharma GmbH, Kirchzarten	38
Hoyer & Co., Neuss	34
ICI-Pharma, Heidelberg	12
KABI PHARMACIA GmbH, Erlangen	24
Madaus AG, Köln	22
E. Merck, Darmstadt	20
Pharma Osterholz GmbH, Osterholz	U4
Schaper & Brümmer, Salzgitter	16
Schering AG, Berlin	10/40
Springer Verlag GmbH & Co.KG, Berlin Heidelberg	26/36 86/93
Karl Storz GmbH, Tuttlingen	18
Takeda Pharma GmbH, Aachen	57
E. Tosse & Co. GmbH, Hamburg	6/28
Richard Wolf GmbH, Knittlingen	4

Herausgeber und verantwortlich für den redaktionellen Inhalt:

Prof. Dr. J. Sökeland, Städtische Kliniken, Urologische Klinik
Westfalendamm 403, 4600 Dortmund 1

Verlag:

Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York London Paris
Tokyo Hong Kong Barcelona Budapest

Verantwortlich für Anzeigen:

E. Lückermann, H. Hüttig, Heidelberger Platz 3, 1000 Berlin 33

Druck:

ABC Satz und Druck GmbH, Berlin



Pharma Osterholz
Markenpräparate für Preisbewußte



Brennesselextrakt
bei Prostata-Hyperplasie

Urtica plus

Tagestherapie DM 0,75*

* 2 x 1 Kps. O.P. 100

– Befreit rasch von Nykturie –

Zusammensetzung: Eine Kapsel enthält Extr. aus Radix et Herba Urticae (9:1) 300 mg (Genuiner Extrakt zu Trockenextrakt 1:1) standardisiert. **Anwendungsgebiete:** Benigne Prostata-Hyperplasie, Miktionsbeschwerden bei Prostatitis, Prostatopathien. **Gegenanzeigen:** Sind nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** Sind nicht bekannt.

Dosierungsanleitung: Zur Anfangsbehandlung 2 x täglich 2 Kapseln, zur Langzeitbehandlung 2 x täglich 1 Kapsel morgens und nachmittags mit etwas Flüssigkeit einnehmen.

Handelsformen:

OP mit 50 Kapseln N2 DM 21,98
OP mit 100 Kapseln N3 DM 37,62

Stand: Januar 1992



Pharma Osterholz GmbH
2860 Osterholz-Scharmbeck



 Westfahlenhalle – Dortmund