

ΘΕΜΑΤΑ

ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

Official Journal of the Union of Obstetricians and Gynecologists of Greece

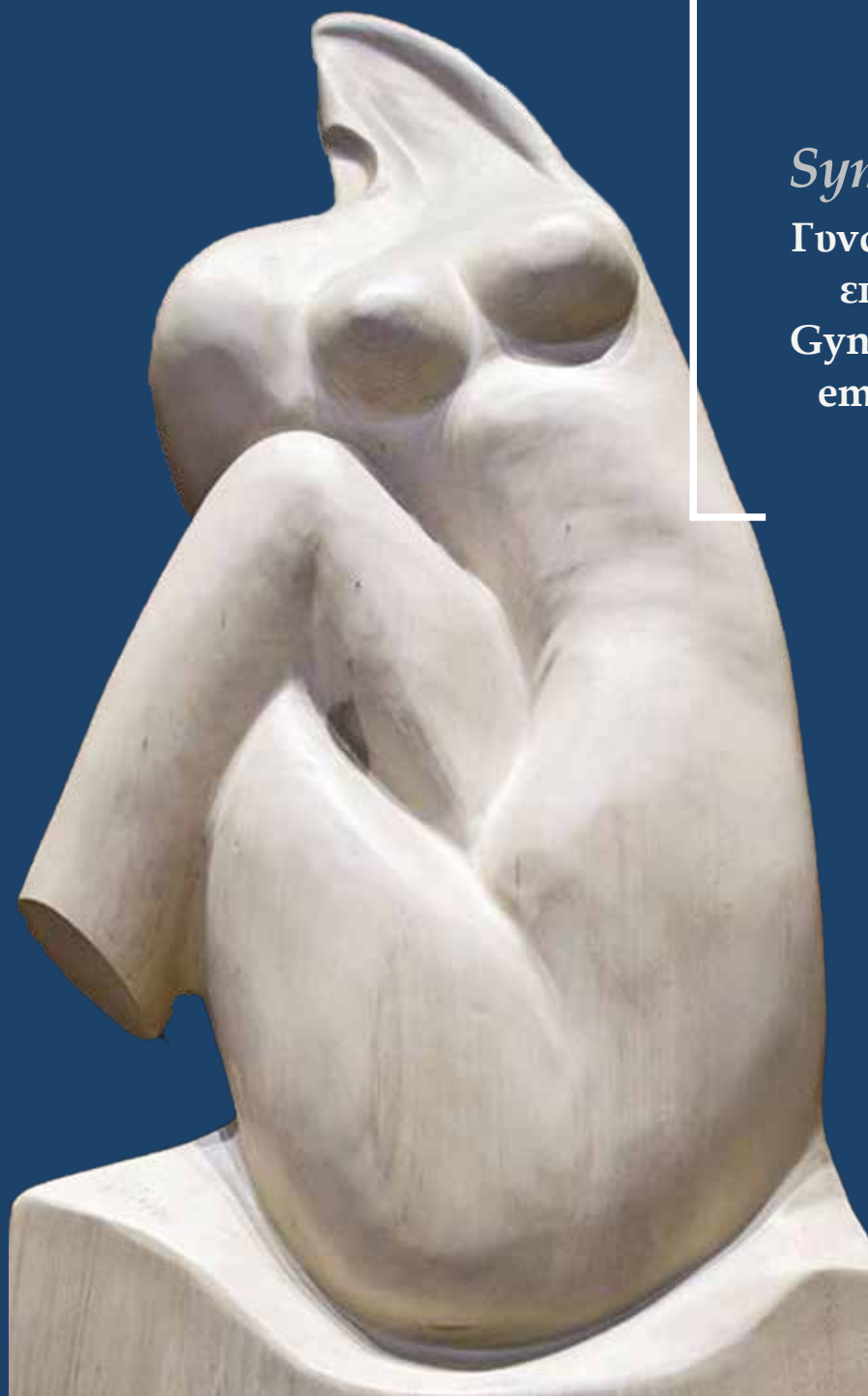
ΙΟΥΛΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2023,
ΤΕΥΧΟΣ 2, ΤΟΜΟΣ 7
ISSN 1105 - 4697



www.enmge.gr

*Mini
Symposium*

Γυναικολογικά
επείγοντα
Gynaecological
emergencies





Η HPV λοίμωξη δεν αποτελεί πλέον βάρδια σε τεντωμένο σχοινί



Κοκκία για πόσιμο εναιώρημα

Κολπική κρεμογέλη

eva
intima
(v)
NEO
CERVASIL*

Ολοκληρωμένη &
ολιστική διαχείριση
της λοίμωξης
του HPV

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑ
ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

CE 0373
ΙΑΤΡΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΠΡΟΪΟΝ

ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΣΕΙΡΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

www.eva-intima.com • www.intermed.com.gr

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΣΕΙΡΑ

...αυτονόητη επιλογή

30 χρόνια στη δημιουργία γυναικολογικών προϊόντων υψηλής ασφάλειας και ποιότητας.



ΑΠΟΖΗΜΙΩΝΤΑΙ
από το
ΤΑΜΕΙΑ

Ελληνικά
Παραγόμενα



Ο πλέον
ευαπορρόφητος
σίδηρος!



Βεβαιώστε να γίνεται το φάρμακο πιο ασφαλή και
Ανοητέριε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"

Παρασκευάζονται στην Ελλάδα στις εγκαταστάσεις της Viofar Ltd.
Εθν. Αντιστάσεως & Τριφυλίας 76Α, 13671 Αχαρνάι Αττική
Τηλ. 210 2468185, S. www.viofar.gr
E. info@viofar.gr, E. pharmacovigilance@viofar.gr

TUV
AUSTRIA
EN ISO 9001:2015
No. 200012300101-09



V-Loc™ 90 wound closure device

For the moments that matter most

Every year, millions of families gain a new member through C-section.¹ Those first moments are full of critical decisions that can shape your patients' lives for years to come. With the V-Loc™ 90 device, you can help ensure that they experience positive outcomes – and help save time during their precious moments.

Speed of closure

- The V-Loc™ 90 device eliminates the need for knot tying^{2,†} and can reduce suturing time by 50 percent^{3,4,†} – helping your patients move to recovery to be with their newborn sooner.
- The knotless design helps you close uterine wall defects more quickly^{3,4,†} with both single- and double-layer techniques.^{5,7,†}
- The device is easy to use and is associated with significantly lower surgical difficulty in uterine wall closure.^{4,8,‡}

Security of closure

- With its dual-angle cut and barbed pattern,^{9,10} the V-Loc™ 90 device securely closes the wound with a strong anchoring barb.^{9,†}
- The device is also associated with significantly lower intraoperative bleeding when closing uterine wall defects.^{1,4,8,11,12,†}

Improved uterine healing

Finally, the V-Loc™ 90 device has been shown to improve uterine healing,^{5-7,1,§} demonstrating greater myometrial thickness^{5-7,1} and reduction in uterine niche scarring^{5,6,†}:

0.7 mm
thicker myometrium
(4.9 mm vs. 4.2 mm)^{5,7,†}

40%
less instances
of uterine niche
scarring
(after six months)^{5,6,†}

† As compared to conventional sutures.

‡ Animal data may not correlate with human clinical outcomes.

§ V-Loc™ 90 device sizes 0 and 2-0.

Deliver confidence in every stitch.

Our wound closure solutions cover the full spectrum of your C-section needs.



Maxon™ absorbable sutures for fascia closure



V-Loc™ 90 device for dermal closure



V-Loc™ 180 device for subcutaneous closure

Behind each suture is a story.

See the benefits at [medtronic.com/covidien/en-gb/products/wound-closure.html](https://www.medtronic.com/covidien/en-gb/products/wound-closure.html)



Feel free to request a demonstration or additional information by contacting our authorized distributor, A. Mavrogenis SA
T: +30 210 20 20 232

Important: Do not tie knots. Tying knots may damage the barbs and potentially reduce their effectiveness. Adverse effects include but not limited to wound dehiscence, failure to provide adequate wound support in sites where expansion, stretching or distention occur. Please refer to IFU for complete contraindication and risk information.

1. FY22 SI Market Model Key Metrics US. August 2021. 2. Angioli R, Plotti F, Montera R, et al. A new type of absorbable barbed suture for use in laparoscopic myomectomy. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;117(3):220-223. 3. Fouda, U. M., Elsetohy, K. A. & Elshaer, H. S. Barbed versus conventional suture: A randomized trial for suturing the endometrioma bed after laparoscopic excision of ovarian endometrioma. *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2016; 23(6), 962-8. 4. Song T, Kim TJ, Kim WY, Lee SH. Comparison of barbed suture versus traditional suture in laparoscopic single-site myomectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015;185:99-102. 5. Alessandri F, Evangelisti G, Centurioni MG, Gustavino C, Ferrero S, Barra F. Fishbone double-layer barbed suture in cesarean section: a help in preventing long-term obstetric sequelae. *Arch Gynecol Obstet.* 2021;304(3):573-576. 6. Alessandri, F., Ferrero, S., Altieri, M., Evangelisti, G., Centurioni, M. G., & Barra, F. (2020). Incidence and ultrasonographic characteristics of cesarean scar niches after uterine closure by double-layer barbed suture: a prospective comparative study. *Fertility and Sterility*, 114(3), e54. 7. Roberge S, Demers S, Girard M, et al. Impact of uterine closure on residual myometrial thickness after cesarean: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(4):507.e1-507.e6. 8. Alessandri F, Remorgida V, Venturini PL, Ferrero S. Unidirectional barbed suture versus continuous suture with intracorporeal knots in laparoscopic myomectomy: a randomized study. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17(6):725-729. 9. Zaruby J, Gingras K, Taylor J, Maul D. An in vivo comparison of barbed suture devices and conventional monofilament sutures for cosmetic skin closure: biomechanical wound strength and histology. *Aesthet Surg J.* 2011;31(2):232-40. 10. Based on internal test report# RE00186732, Medtronic vs Ethicon barbed suture benchtop test evaluation. January 201. 11. Chan, C., 2013. The experience of the V-Loc™ 180 wound closure device used in laparoscopic myomectomy. *Fertility and Sterility*. Volume 100, Issue 3, S396. 12. Iefimenko A, Bondarchuk V, Zhegulovich O, et al. The benefits of V-Loc™ suture during laparoscopic myomectomy. 21st Annual Congress ESGE. September 11-14, 2012. Paris. *Gynecol Surg.* 9, 1-137 (2012).

Important: Please refer to the package insert for complete instructions, contraindications, warnings and precautions.

© 2022 Medtronic. Medtronic, Medtronic logo, and Engineering the extraordinary are trademarks of Medtronic. All other brands are trademarks of a Medtronic company. EMEA-WC-2200037 - 22-weu-v-loc-90-for-c-section-infosheet-7003637

[medtronic.com/covidien/uk](https://www.medtronic.com/covidien/uk)

Medtronic

Mesulid®

Nimesulide



Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος: **1.ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ.** Mesulid® 100mg Δισκία. **2.ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ.** Κάθε δισκίο περιέχει 100mg νιμεσουλίδης. Έκδοχο(α) με γνωστές δράσεις: λακτόζη. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1.**3.ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ.** Λευκά έως υποκίτρινα στρογγυλά δισκία. **7.ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ.** ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε., Οδός Βαρυμπόμπης 8, 14671 Ν. Ερυθραία, Κηφισιά, Τηλ.: 210 8009111. **8. ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** 36240/29-05-2015 **10.ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ.** 06-04-2023.

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ. Χορηγείται με ιατρική συνταγή. **Λ.Τ.4,01€** (σε περίπτωση τροποποίησης του Δ.Τ. ισχύει η νεότερη τιμή).

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος, η οποία διατίθεται από την εταιρεία.

Διανέμεται κατόπιν αδειας της Helsinn Healthcare SA, Switzerland.

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»



ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε. - Έδρα : Οδός Βαρυμπόμπης 8, 14671 Ν. Ερυθραία, Κηφισιά • Ταχ. Θυρίδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία
Τηλ. : 210 8009111 • Fax: 210 8071573 • E-mail: mailbox@vianex.gr • WEBSITE: www.vianex.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδημίου 113, 562 24 Εύοσμος Θεσσαλονίκης • Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000

HELSINN

LIFE | CODE

Ιδιωτικό Διαγνωστικό Εργαστήριο

Η ΕΠΟΜΕΝΗ ΜΕΡΑ ΣΤΗΝ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Μη επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος

PrenaTest®

Για να είστε σίγουροι!
Αξιόπιστο | Γρήγορο | Ασφαές

Ένα Τεστ

Δύο Μεθοδολογίες: mps & qPCR

Πέντε Επιλογές

by life|codexx

Europe's first NPT provider



GENANTE™

ΠΑΤΕΝΤΑΡΙΣΜΕΝΗ
ΦΟΡΜΟΥΛΑ

Συμπλήρωμα διατροφής που περιέχει: Revifast®, trans-Ρεσβερατρόλη, Extrafolate-S®, Βιταμίνη Β6, Βιταμίνη Β12 και Βιταμίνη D



Μια εξειδικευμένη προσέγγιση αποκλειστικά για την αρχική φάση για ζευγάρια που είναι σε διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης (IVF)



FARMACEUTICI

Παράγεται και συσκευάζεται από:
S&R Farmaceutici S.p.A.
Via dei Pioppi, 2, 06083 Bastia Umbra, (Perugia) - Italia
www.srfarmaceutici.com

adelco

Διανομή και διάθεση στην Ελλάδα από την:
ADELCO - Βιομηχανία Φαρμάκων & Καλλυντικών Α.Ε.
Πειραιώς 37, 183 46 Μοσχάτο, Τηλ.: 210 4819311-13
e-mail: info@adelco.gr, www.adelco.gr

Ivor[®]
Bemiparin sodium

IvorMAX[®]
Bemiparin sodium



ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Ivor 2.500 IU anti-Xa/0,2 ml ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένες σύριγγες. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ & ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Bemiparin sodium: 2.500 IU (anti-Factor Xa*) ανά 0,2 ml προγεμισμένη σύριγγα (ισοδύναμη με 12.500 IU (anti-Factor Xa*) ανά ml ενέσιμο διάλυμα). Η δραστηριότητα περιγράφεται σε Διεθνείς μονάδες anti-Factor Xa δραστηριότητας (IU) με βάση το Πρώτο Διεθνές Πρότυπο Αναφοράς: Ηπαρίνης Χαμηλού Μοριακού Βάρους. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1. **ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ:** IVOR 2.500 IU anti-Xa/0,2 ml BT x 2 PF.SYR Λ.Τ.: 5,83 €

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Ivor 3.500 IU anti-Xa/0,2 ml ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένες σύριγγες. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ & ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Bemiparin sodium: 3.500 IU (anti-Factor Xa*) ανά 0,2 ml προγεμισμένη σύριγγα (ισοδύναμη με 17.500 IU (anti-Factor Xa*) ανά ml ενέσιμο διάλυμα). Η δραστηριότητα περιγράφεται σε Διεθνείς μονάδες anti-Factor Xa δραστηριότητας (IU) με βάση το Πρώτο Διεθνές Πρότυπο Αναφοράς: Ηπαρίνης Χαμηλού Μοριακού Βάρους. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1. **ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ:** IVOR 3.500 IU anti-Xa/0,2 ml BT x 2 PF.SYR Λ.Τ.: 10,74 € BT x 30 PF.SYR Λ.Τ.: 120,83 €

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: IvorMAX 25.000 IU anti-Xa/ml ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένες σύριγγες. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ & ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Bemiparin sodium: 25.000 IU (anti-Factor Xa*) ανά ml ενέσιμο διάλυμα. Ισοδύναμη με: 5.000 IU (anti-Factor Xa) ανά 0,2 ml προγεμισμένη σύριγγα, 7.500 IU (anti-Factor Xa) ανά 0,3 ml προγεμισμένη σύριγγα, 10.000 IU (anti-Factor Xa) ανά 0,4 ml προγεμισμένη σύριγγα. * Η δραστηριότητα περιγράφεται σε Διεθνείς μονάδες anti-Factor Xa δραστηριότητας (IU) με βάση το Πρώτο Διεθνές Πρότυπο Αναφοράς: Ηπαρίνης Χαμηλού Μοριακού Βάρους. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1. **ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ:** IVORMAX 25.000 IU anti-Xa/ml, BTx2PF.SYRx0,3ML Λ.Τ.: 21,86€, IVORMAX 25.000 IU anti-Xa/ml, BTx2PF.SYRx0,3ML Λ.Τ.: 19,09€, IVORMAX 25.000 IU anti-Xa/ml BTx2PF.SYRx0,4ML Λ.Τ.: 23,33€

ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ: Ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένες σύριγγες. (Άχρωμο ή ελαφρώς κίτρινωπό, διαυγές διάλυμα, ελεύθερο ορατών σωματιδίων). **ΚΑΤΟΧΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** BIANEX A.E. - Οδός Τατσιού, 146 71 Νέα Ερυθραία, Τηλ. 210 8009111.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ: 12-10-2021

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ: Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή

Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον ΚΑΚ κατόπιν αιτήσεως.

Βοηθήστε να γίνει το φάρμακο πιο ασφαλή και
επιφύλαξη
DMS τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
όλα τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»



BIANEX A.E.
ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΕΝΙΚΟΦΑΡΜΑΚΑ

BIANEX A.E. - Έδρα: οδός Τατσιού, 18^ο χλμ. Ε.Ο. Αθηνών - Λαμίας 146 71 Ν. Ερυθραία Αττικής Ταχ. Θυρίδα 52894, 146-10 Ν. Ερυθραία
Τηλ. : 210 8009111 • Fax: 210 8071573 • E-mail: mailbox@bianex.gr • WEBSITE: www.bianex.gr
ΟΣΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδημίου 113, 562 24 Εύσσομος Θεσσαλονίκης Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000



VE-22096-IVC-4/2022

Η γόνιμη επιλογή!

Από την προετοιμασία στη σύλληψη.

Ολοκληρωμένες και ισορροπημένες συνθέσεις για υψηλή αποτελεσματικότητα και ασφάλεια.



Διευκολύνει τη διαδικασία της σύλληψης και προετοιμάζει τον οργανισμό για την περίοδο της εγκυμοσύνης.



Συμβάλλει στην ποιότητα, την ποσότητα και την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων.



Διπλή συσκευασία που περιλαμβάνει το Pregnacare® conception & το Wellman® conception.



Dedicated to Life. Naturally.



Τα Συμπληρώματα Διατροφής δεν υποκαθιστούν μια ισορροπημένη και ποικίλη διατροφή. Τα προϊόντα αυτά δεν προορίζονται για πρόληψη, αγωγή ή θεραπεία ανθρώπινης νόσου. Συμβουλευτείτε τον γιατρό σας αν είστε έγκυος, θηλάζετε, βρίσκεστε υπό θεραπευτική αγωγή ή αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας. Αριθ. Γνωστ. ΕΟΦ: 59908/02.06.2022 (Pregnacare® Conception), 61465/10.06.20 (Wellman® Conception), 59882/02.06.2022 (Pregnacare® Him & Her Conception). Ο αριθμός γνωστοποίησης ΕΟΦ δεν επέχει θέση άδειας κυκλοφορίας από τον ΕΟΦ.

* Total VMS Branded Manufacturer Category: Nielsen GB ScanTrack Total Coverage Value and Unit Retail Sales 52 Week, period ending 08/10/22.

Οικογένεια Iofolen®



Iofolen® στην εγκυμοσύνη

Το Iofolen® είναι ένα πολυβιταμινούχο συμπλήρωμα διατροφής για την εγκυμοσύνη, που περιέχει ακριβώς τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζονται η μητέρα και το μωρό της, στις σωστές αναλογίες.



Iofolen® Lactancia στον θηλασμό

Το Iofolen® Lactancia αποτελεί το ιδανικό συμπλήρωμα διατροφής για την πλήρη κάλυψη των αυξημένων αναγκών της μητέρας και του μωρού της κατά τον θηλασμό.



Iofolen® Twin

στην πολύδυμη κύηση

Το Iofolen® Twin είναι το τρίτο μέλος της οικογένειας Iofolen® και αποτελεί το μοναδικό εξειδικευμένο συμπλήρωμα διατροφής για την κάλυψη των αυξημένων διατροφικών αναγκών κατά τη διάρκεια πολύδυμων κύσεων.



 **ITF Hellas**
Pharmaceuticals

www.itfarmaco.gr

Άρεως 103 & Αγ. Τριάδος 36, 175 62 Παλ. Φάληρο, ☎ 210 9373 330, 📞 210 9373 339, 📧 itfhellas@italfarmacogroup.com

Αριθμός Γνωστοποίησης ΕΟΦ: ΙΟΦΟΛΕΝ: 48265/13-07-2007, ΙΟΦΟΛΕΝ ΤWINE: 69802/30-05-2019, ΙΟΦΟΛΕΝ LACTANCIA: 20028/26-2-2016.
Τα προϊόντα δεν υπόκεινται σε διαδικασία αδειοδότησης.

ΤΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΩΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ ΜΙΑΣ ΙΣΟΡΡΟΠΗΜΕΝΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ.

Νέος Αξονικός Τομογράφος

Με πολύ χαμηλή ακτινοβολία



Νέος Μαγνητικός Τομογράφος

Με μεγάλο διαμπερές άνοιγμα κατά της κλειστοφοβίας



**Δεκτά
παραπεμπτικά ΕΟΠΥΥ**

Κλείστε ραντεβού στο 210 6902100

**ΛΗΤΩ Γενική, Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Α.Ε. Μουσών 7-13, Αθήνα, 115 24
www.letogr - info@letogr**



Vagirux®

ΑΝΕΣΗ & ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ
ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ



GEDEON RICHTER

ΑΠΟΖΗΜΙΩΝΕΤΑΙ
ΑΠΟ ΤΑ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ
ΤΑΜΕΙΑ

ΣΕ ΜΟΡΦΗ
ΚΟΛΠΙΚΩΝ
ΔΙΣΚΙΩΝ

Το Vagirux® περιέχει ημιδρική οιστραδιόλη για τη θεραπεία της κολπικής ατροφίας λόγω ανεπάρκειας οιστρογόνων σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες*

*VAGIRUX (οιστραδιόλη 10 μικρογραμμάρια) κολπικά δισκία. Περιληφή Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
Τρόπος διάθεσης: Με ιατρική συνταγή • Λ.Τ. Vagirux BTx18TABS: 11,38€

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ Vagirux 10 μικρογραμμάρια κολπικά δισκία.

2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΙΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ - Κάθε κολπικό δισκίο περιέχει οιστραδιόλη ημιδρική, ισοδύναμη με 10 μικρογραμμάρια οιστραδιόλης. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1.

3. ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ - Κολπικό δισκίο. Επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο στρογγυλά δισκία λευκού χρώματος με έκτυπη τήν ένδειξη "E" στη μία πλευρά. Η διάμετρος του δισκίου είναι περίπου 6 mm.

4. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΡΟΡΟΦΙΣΕΙΣ

4.1 Θεραπευτικές ενδείξεις - Θεραπεία της κολπικής ατροφίας λόγω ανεπάρκειας οιστρογόνων σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (βλέπε παράγραφο 5.1).

4.2 Δοσολογία και τρόπος χορήγησης Το Vagirux μπορεί να χρησιμοποιείται σε γυναίκες με ή χωρίς κέρασμα μήτρα. **Δοσολογία** Οι κολπικές λοσιμάδες θα πρέπει να αντιμετωγίζονται πριν από την έναρξη της θεραπείας με Vagirux. Η θεραπεία μπορεί να ξεκινήσει οποιαδήποτε ημέρα είναι βολική. **Αρχική δόση** Ένα κολπικό δισκίο ημερησίως για δύο εβδομάδες. **Δόση συντήρησης** Ένα κολπικό δισκίο δύο φορές την εβδομάδα. Σε ό,τι αφορά στην έναρξη και τη συνέχηση της θεραπείας των μετεμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων, πρέπει να χρησιμοποιείται η χαμηλότερη αποτελεσματική δόση για την πλέον μικρή διάρκεια (βλέπε επίσης παράγραφο 4.4). Για πρόληψη οιστρογόνων κολπικής εφαρμογής όπως το Vagirux, στα οποία η συστηματική έκθεση σε οιστρογόνα παραμένει εντός του φυσιολογικού εύρους τιμών για εμμηνόπαυσιακές γυναίκες, δε συνιστάται η προσθήκη προγεστερόνης (βλέπε παράγραφο 4.4 «Υπερπλασία και καρκίνος του ενδομητρίου»). Εάν παραληφθεί μία δόση, πρέπει να ληφθεί αμέσως μόλις το θυμηθεί η ασθενής. Η λήψη διπλής δόσης θα πρέπει να αποφεύγεται. **Τρόπος χορήγησης** Το Vagirux εφαρμόζεται ενδοκολπικά ως τοπική οιστρογονική θεραπεία με τη χρήση εφαρμοστή. **Τρόπος χορήγησης του Vagirux: 1.** Ο εφαρμοστής πρέπει να αφαιρεθεί από τη συσκευασία. 2. Ένα κράτιο το σωληνάριο, το έμβολο του εφαρμοστή πρέπει να τραβηχτεί μέχρι τέρας. Ένα κολπικό δισκίο θα πρέπει να τοποθετηθεί σταθερά μέσα στην υποδοχή (πίεση άκρο) του σωληνίου εφαρμογής. 3. Ο εφαρμοστής θα πρέπει να εισαχθεί προσεκτικά μέσα στον κόλπο μέχρι να συναντήσει κάποια αντίσταση (8-10 cm). 4. Για να απελευθερώσει το κολπικό δισκίο, το έμβολο θα πρέπει να πιεστεί μέχρι να σταματήσει. Το δισκίο θα προσκολληθεί αμέσως στο κολπικό τοίχωμα. Δε θα πέσει εάν η ασθενής σηκωθεί όρθια ή περπατήσει. 5. Μετά από κάθε χρήση, και πριν από την επόμενη χρήση, η συσκευή εφαρμογής θα πρέπει να καθαρίζεται. Τόσο το σωληνάριο όσο και το έμβολο θα πρέπει να καθαρίζονται με ήπιο σαπούνι και να ξεπλένονται με ζεστό νερό βρύσης. Τόσο το σωληνάριο όσο και το έμβολο θα πρέπει να στεγνώνουν στον αέρα, σε καθαρή επιφάνεια (π.χ. χάρτινη πετσέτα). 6. Η συσκευή εφαρμογής θα πρέπει να χρησιμοποιείται μέχρι να αδράσει η συσκευασία (18 ή 24 φορές). Στη συνέχεια, θα πρέπει να απορρίπτεται στα οικιακά απορρίμματα.

4.3 Αντενδείξεις - Διαγνωσμένος καρκίνος του μαστού, ιστορικό καρκίνου του μαστού ή υποψία καρκίνου του μαστού • Διαγνωσμένοι οιστρογονοεξαρτώμενοι κακοήθεις όγκοι, ιστορικό οιστρογονοεξαρτώμενων κακοήθων όγκων ή υποψία ύπαρξής τους (π.χ. καρκίνος του ενδομητρίου) • Αδύναστη κολπική αμορροαία • Υπερπλασία του ενδομητρίου που δεν

έχει αντιμετωπισθεί θεραπευτικά • Ιστορικό φλεβικής θρομβοεμβολής ή ενεργός φλεβική θρομβοεμβολή (εν τω βόθρε φλεβική θρόμβωση, πνευμονική εμβολή) • Γνωστές θρομβοφιλικές διαταραχές (π.χ. ανεπάρκεια πρωτεΐνης C, πρωτεΐνης S ή αντιθρομβίνης, βλέπε παράγραφο 4.4) • Ενεργός ή πρόσφατη αρτηριακή θρομβοεμβολική νόσος (π.χ. σπαστική, έμφραγμα του μυοκαρδίου) • Οξεία ηπατοπάθεια ή ιστορικό ηπατοπάθειας, εφόσον τα αποτελέσματα από τις εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας δεν έχουν επανέλθει σε φυσιολογικά επίπεδα • Υπερτασσία στη δραστηρία ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα που αναφέρονται στην παράγραφο 6.1 • Παρφυρία

4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση Σε ό,τι αφορά στην αντιμετώπιση των μετεμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων, η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (ΘΟΥ) θα πρέπει να ξεκινά μόνο σε περίπτωση που τα συμπτώματα επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής. Σε κάθε περίπτωση, οι κίνδυνοι και τα οφέλη της θεραπείας πρέπει να αξιολογούνται προσεκτικά τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο και η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης θα πρέπει να συνεχίζεται μόνο εφόσον τα οφέλη υπερτερούν των κινδύνων. **Ιατρική εξέταση / Παρακολούθηση** Πριν από την έναρξη ή επανεκκίνηση της ορμονικής θεραπείας, πρέπει να λαμβάνεται ολοκληρωμένο σωματικό και οικογενειακό ιατρικό ιστορικό. Η φυσική εξέταση (όπου περιλαμβάνεται εξέταση της πυελικής χώρας και των μαστών) θα πρέπει να έχει ως γνώμονα το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς, καθώς και τις αντενδείξεις και τις προειδοποιήσεις κατά τη χρήση. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, συνιστάται να διεξάγονται περιοδικό έλεγχοι, η συντόμιση και η φύση των οποίων θα εξαρτώνται από την κατάσταση της εκάστοτε γυναίκας. Οι γυναίκες πρέπει να ενθαρρύνονται να αναφέρουν στον γιατρό ή στον νοσηλεύτη τους οποιαδήποτε αλλαγές παρατηρούν στους μαστούς τους (βλέπε παρακάτω "Καρκίνος του μαστού"). Οι παρακλινικές εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένων αυτών που διενεργούνται με κατάλληλα εργαλεία απεικόνισης, π.χ. μαστογραφία, πρέπει να διενεργούνται σύμφωνα με τις ισχύουσες αποδεδειγμένες πρακτικές έλεγχου, τροποποιημένες ανάλογα με τις κλινικές ανάγκες του ατόμου. Το φαρμακοκινητικό προφίλ του Vagirux δείχνει ότι κατά τη διάρκεια της θεραπείας παρατηρείται πολύ χαμηλή συστηματική απορρόφηση της οιστραδιόλης (βλέπε παράγραφο 5.2), ωστόσο, καθώς πρόκειται για προϊόν θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα ακόλουθα, ειδικά για τη μακροχρόνια ή επαναλαμβανόμενη χρήση αυτού του προϊόντος. **Κατάσταση που χρήζουν επιβλέψεως** Εάν οποιαδήποτε από τις ακόλουθες καταστάσεις υφίσταται, έχει συμβεί κατά το παρελθόν ή/και έχει επιδεινωθεί κατά τη διάρκεια κύησης ή προηγούμενης ορμονικής θεραπείας, η ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται στενά. Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι αυτές οι καταστάσεις ενδέχεται να υποτροπιάσουν ή να επιδεινωθούν κατά τη διάρκεια θεραπείας με οιστρογόνα, και συγκεκριμένα: • Λεωμοίωση (ινώμαση της μήτρας) ή ενδομητρίωση • Παράγοντες κινδύνου για θρομβοεμβολικές διαταραχές (βλέπε παρακάτω) • Παράγοντες κινδύνου οιστρογονοεξαρτώμενων όγκων, π.χ. κληρονομικόποτα Του Βαθμού για καρκίνο του μαστού • Υπέρταση • Ηπατικές διαταραχές (π.χ. ηπατική αδένωμα) • Σακχαρώδης διαβήτης με ή χωρίς γλυκαιμικές επιπλοκές • Χοληλιθίαση • Ημικρανία ή (σοβαρή) κεφαλαλγία • Συστημικός ερπηματοειδής λύκος • Ιστορικό υπερπλασίας του ενδομητρίου (βλέπε παρακάτω) • Επιληψία • Άσθμα • Οπισθοκλήρυση. Το φαρμακοκινητικό προφίλ του Vagirux καταδεικνύει ότι υπάρχει πολύ χαμηλή απορρόφηση οιστραδιόλης κατά τη διάρκεια της

θεραπείας (βλέπε παράγραφο 5.2). Εξαιτίας αυτού, η υποτροπή ή η επιδείνωση των προανφερμένων παθήσεων φαίνεται λιγότερο πιθανή απ' ό,τι με τη συστηματική θεραπεία με οιστρογόνα. **Λόγω άμεσας διακοπής της θεραπείας** Η θεραπεία πρέπει να διακόπτεται εάν εντοπιστεί ανένδειξη, καθώς και στις παρακάτω καταστάσεις: • Ίκτερος ή επιδείνωση της ηπατικής λειτουργίας • Σημαντική αύξηση της αρτηριακής πίεσης. • Πρωτοεμφανιζόμενη κεφαλαλγία τύπου ημικρανίας • Κύηση. **Υπερπλασία και καρκίνος του ενδομητρίου** Οι γυναίκες με ανέπαφη μήτρα που έχουν υποβληθεί προηγουμένως σε θεραπεία με μεμονωμένα οιστρογόνα θα πρέπει να εξετάζονται με ιδιαίτερη προσοχή για τον αποκλεισμό του κινδύνου υπερδιέγερσης / κακοήθειας του ενδομητρίου πριν από την έναρξη της θεραπείας με Vagirux. Σε γυναίκες με ανέπαφη μήτρα ο κίνδυνος εμφάνισης υπερπλασίας και καρκίνου του ενδομητρίου είναι αυξημένος όταν χορηγείται συστηματική μονοθεραπεία με οιστρογόνα για παρατεταμένα χρονικά διαστήματα. Για πρόληψη οιστρογόνων κολπικής εφαρμογής, στα οποία η συστηματική έκθεση στα οιστρογόνα παραμένει εντός του φυσιολογικού εύρους τιμών για μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, όπως το Vagirux, δε συνιστάται η προσθήκη προγεστερόνης. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας με κολπικά δισκία οιστραδιόλης 10 μικρογραμμάρια, ενδέχεται να σημειωθεί μικρός βαθμής συστηματικής απορρόφησης σε ορισμένες ασθενείς, ειδικά κατά τις δύο πρώτες εβδομάδες χορήγησης εφάπαξ ημερησίως. Ωστόσο, οι μέσες συγκεντρώσεις E2 στο πλάσμα (C_{16β-24h}), σε όλες τις ημέρες αδόλωσης, παρέμειναν εντός του φυσιολογικού εύρους τιμών για εμμηνόπαυσιακές γυναίκες, σε όλες τις ασθενείς (βλέπε παράγραφο 5.2). Η ασφάλεια του ενδομητρίου μετά από μακροχρόνια χορήγηση (άνω του ενός έτους) ή επαναλαμβανόμενη χρήση οιστρογόνων μέσω τοπικής κολπικής εφαρμογής είναι αμφίβολη. Συνεπώς, εάν επαναλαμβάνεται η θεραπεία πρέπει να επανεξετάζεται τουλάχιστον μία φορά επίσης, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή σε οποιαδήποτε συμπτώματα υπερπλασίας ή καρκίνου του ενδομητρίου. Γενικά, η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης δεν πρέπει να συνταγογραφείται για περισσότερο από ένα έτος χωρίς να πραγματοποιείται νέα σωματική εξέταση, συμπεριλαμβανομένης της γυναικολογικής. Εάν παρατηρηθεί αμορροαία ή κηλιδές αίματος σε οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια της θεραπείας, πρέπει να διερευνηθεί η αιτιολογία, που μπορεί να περιλαμβάνει και βίωση του ενδομητρίου, για να αποκλειστεί τυχόν κακοήθεια του ενδομητρίου. Σε περίπτωση αμορροαίας ή εμφάνισης κηλιδών αίματος κατά τη διάρκεια της θεραπείας με το Vagirux η γυναίκα πρέπει να επικοινωνεί με τον γιατρό της. Η διάγνωση που προκύπτει από μονοθεραπεία οιστρογόνων ενδέχεται να οδηγείται σε προκακοήθεις ή κακοήθεις αλλαγές σε υπολειπόμενα εστια ενδομητρίωσης. Συνεπώς, ιδιαίτερη προσοχή συνιστάται κατά τη χρήση του συγκεκριμένου προϊόντος σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε υπερεκτομή λόγω ενδομητρίωσης, ιδίως εάν είναι γνωστό ότι πάσχουν από υπολειπόμενη ενδομητρίωση. Με τη χρήση **ασυμμετρικής** θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης έχουν συσχετισθεί οι ακόλουθοι κίνδυνοι και ισχύουν σε μικρότερο βαθμό για πρόληψη οιστρογόνων κολπικής εφαρμογής, στα οποία η συστηματική έκθεση στα οιστρογόνα παραμένει εντός του φυσιολογικού εύρους τιμών για μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Ωστόσο, οι εν λόγω κίνδυνοι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε περίπτωση μακροχρόνιας ή επαναληφόμενης χρήσης του προϊόντος. **Καρκίνος του μαστού** Επιδημιολογικά στοιχεία για μια μεγάλη μετα-ανάλυση υποδηλώνουν ότι δεν υπάρχει αύξηση του κινδύνου καρκίνου του μαστού σε γυναίκες χωρίς ιστορικό καρκίνου του μαστού

Meriofert®

Εμμηνοτροπίνη/Menotrophin

Κόνις και διαλύτης για ενέσιμο διάλυμα

When nature meets innovation



Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών που Παράγεται που διατίθεται στο εκλεκτήριο.

Τμήμα Επιστημονικής Ενέργειας
Τ. 210 6254175, E: faran@faran.gr



ΝΕΟ

Phydelis®

Her first choice

Η **Πρώτη της Επιλογή** για τη διαχείριση
των **ινομυωμάτων μήτρας**

Μειώνει την έντονη αιμορραγία
και τη **διάρκεια** της εμμήνου ρύσεως
και **βελτιώνει την ποιότητα ζωής**
των γυναικών με ινομυώματα μήτρας



ΜΑΘΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΕΔΩ



 **ITF Hellas**
Pharmaceuticals

www.italfarmaco.gr

Αρεώς 103 & Αγ. Τριάδος 36, 175 62 Παλ. Φάληρο ☎ 210 9373 330, ☎ 210 9373 339, ✉ itfhellas@italfarmacogroup.com

ΘΕΜΑΤΑ

ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

Official Journal of the Union of Obstetricians and Gynecologists of Greece

ΙΟΥΛΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2023,
ΤΕΥΧΟΣ 2, ΤΟΜΟΣ 7



www.enmge.gr

EDITORIAL BOARD

EDITOR - IN - CHIEF

Dr. Κλέντζερης Λουκάς

MD (Ath) CCST (UK) Dr. Med (Sheffield) FRCOG (London)

ASSISTANT EDITORS

Κατσάκος Ιωάννης, MSci

Χιόνης Αθανάσιος, MD MSc

ASSOCIATE EDITORS

Αποστολούδη Μαριάνθη

Αργυρού Κυριακή

Αρματάς Ηλίας

Ζερβός Ιωάννης

Λινάρδος Νικόλαος

Μάζης Δημήτριος

Παπαδόπουλος Λεωνίδας

Τρικοίλης Ιωάννης

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΝ.Μ.Γ.Ε.

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: ΚΛΕΝΤΖΕΡΗΣ ΛΟΥΚΑΣ

Α' ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: ΑΠΟΣΤΟΛΟΥΔΗ ΜΑΡΙΑΝΘΗ

Β' ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: ΑΡΜΑΤΑΣ ΗΛΙΑΣ

Γ' ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ

ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: ΑΡΓΥΡΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΕΙΔ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: ΚΑΤΣΑΚΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΤΑΜΙΑΣ: ΛΙΝΑΡΔΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΜΕΛΗ: ΖΕΡΒΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΜΑΖΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΤΡΙΚΟΙΛΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΧΙΟΝΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

Φωτογραφία Εξωφύλλου: Το γλυπτό, "Η Αρχή της Ζωής", του μαιευτήρα-γυναικολόγου Γιάννη Ζερβού.
Δωρεά του καλλιτέχνη στο «ΜΗΤΕΡΑ» 2014.

Distributed at no charge to all members of the Union of Obstetricians and Gynecologists of Greece

ISSN 1105 - 4697 - Address: 6, Erithrou Stavrou, 151 23 Marousi, Greece,

tel.: +30 210 6869 279, E - mail: pkaragianni@mitera.gr, www.enmge.gr

ZITA
MEDICAL
MANAGEMENT

Published by ZITA MEDICAL MANAGEMENT S.A.,

ZITA ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΥΝΔΕΣΜΩΝ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ Α.Ε., Ομήρου 29,

Πέτα Σαρωνικού, 19001, Ελλάδα, τηλ.: +30 22994 40962, E - mail: g.kouloumpis@zitamanagement.com

**Αν σας αρέσουν αυτά
τα παπούτσια...**



θα κάνουμε μαζί το πρώτο βήμα!

Το όνειρό σας για μια καινούργια ζωή, γεμάτη αγάπη, εμπειρίες και ευτυχισμένες στιγμές, είναι και δικό μας όνειρο. Είμαστε η πιο σύγχρονη Μονάδα Υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ελλάδα, και είμαστε εδώ για να σας βοηθήσουμε να φέρετε στον κόσμο μια ζωή, που θα αλλάξει την ζωή σας.



**Φέρνουμε περισσότερη
αγάπη στον κόσμο σας!**

Φλέμινγκ 15 Μαρούσι, 15123
Τ. 211 7500 510
www.hygeiaivf.gr

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Mini Symposium

Γυναικολογικά επειγόντα Gynaecological emergencies

Editorial

<i>Λουκάς Κλέντζερης</i>	1
<i>Επιπλοκές κύησης πρώτου τριμήνου. Διάγνωση και αντιμετώπιση Τσικούρας Παναγιώτης, Οικονόμου Ευθύμιος, Νικολέττος Κωνσταντίνος, Νικολέττος Νικόλαος</i>	2-7
<i>Οξύ πνευλικό άλγος στην γυναικολογία. Αίτια και διαφορική διάγνωση. Δαπόντε Νικολέττα, Μαγαλιού Ιουλία, Βαλασούλης Γεώργιος, Δαπόντε Αλέξανδρος</i>	8-17
<i>Κολπική αιμορραγία στην παιδική ηλικία Μιχαλά Λίνα, Ροΐδη Στέλλα, Τσιρίβα Μαρία, Κασιώνη Σπυριδούλα</i>	18-23
<i>Δυσλειτουργικές Αιμορραγίες Μήτρας στην Εφηβεία Δρ. Ευθύμιος Κ. Δεληγεώρογλου, Δρ. Βασίλειος Καρούντζος</i>	24-29
<i>Εξωμήτριος κύηση. Διάγνωση και θεραπευτικές επιλογές Χρυσόστομος Σοφούδης, Κωνσταντίνος Ζιώρης</i>	30-36
<i>Σύνδρομο Υπερδιέγερσης Ωοθηκών Στρατής Κολυμπιανάκης, Αντώνης Καλπατσανίδης</i>	37-45
<i>Οξεία πνευλική φλεγμονή. Πρόληψη-Διάγνωση-Θεραπεία Μαρία Παπασταματίου, Παρασκευάς Αναγνωστόπουλος, Κωνσταντίνα Καλλιγιάννη-Σοφικίτη, Γεώργιος Ανδρεαδάκης, Φανούριος Μακρργιαννάκης, Αντώνης Μακρργιαννάκης, Θωμάς Βρεκούσης</i>	46-54
INSTRUCTIONS TO AUTHORS (CHAPTERS/REVIEWS)	55

FEMANNOSE[®] N

Ουρολοιμωξη;



FEMANNOSE^N
D-MANNOSE

Για τη θεραπεία και την πρόληψη της κυστείτιδας, άλλων μη επιπλεγμένων λοιμώξεων του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος

14

Γρήγορο αποτέλεσμα Ευχάριστη γεύση

Για τη θεραπεία και την πρόληψη
της κυστείτιδας και άλλων
μη επιπλεγμένων λοιμώξεων του κατώτερου
ουροποιητικού συστήματος

Ιατροτεχνολογικό προϊόν

Με τη φυσική
δραστική ουσία
D-Μαννόζη

Ελ. Βενιζέλου 34-36, Μεταμόρφωση Αττικής,
Τ.Κ. 144 52, Τ. 210 2850455
www.femannose.gr • femannose@bioser.gr

KLOSTERFRAU
HEALTHCARE GMBH



Sexual Health

Improve patient and community health with Cepheid's portfolio of easy-to-use on-demand tests.

TEST NAME	INTENDED USE SUMMARY	TEST RUN TIME (MIN)	TARGETED GENE SEQUENCES	SAMPLE [^]
Blood Virology, Women's Health, & Sexual Health				
Xpert CT/NG	Detection and differentiation of genomic DNA from Chlamydia trachomatis (CT) and/or Neisseria gonorrhoeae (NG)	88	3	Urine or swab (vaginal/ endocervical swab or pharyngeal or rectal swab)
Xpert HPV	Detection of high risk Human Papillomavirus (HPV) — identifies types HPV 16 and HPV 18/45; reports 11 other high risk types in a pooled result	56	5	Cervical specimens collected with PreservCyt solution
Xpert GBS	Detection of Group B Streptococcus (GBS)	56	1	Both vaginal and rectal swab
Xpert Xpress GBS	Detection of Group B Streptococcus	42	2	Both vaginal and rectal swab
Xpert TV	Detection of Trichomonas vaginalis (TV)	64	1	Urine or vaginal/endocervical swab

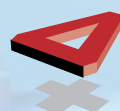
LESS
waiting

—



MORE
acting

+



ΔΕΛΤΑ ΙΑΤΡΙΚΗ
ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΙΔΗ

Λεωφ. Μαραθώνος 48, Γλυκά Νερά 15354, Τ: +30 210 6615209, www.deltamedical.gr

Γυναικολογικά Επείγοντα Gynaecological Emergencies

Από την πρώτη ημέρα έναρξης της ειδικότητας, ο ειδικευόμενος θα κληθεί να αντιμετωπίσει, τουλάχιστον, ένα επειγόν γυναικολογικό περιστατικό!! Η λήψη λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού, η εμπειριστατωμένη κλινική εξέταση και οι κατάλληλες εργαστηριακές/ απεικονιστικές εξετάσεις αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για την σωστή διάγνωση, διαφορική διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση.

Editor - in - Chief

Dr. Λουκάς Κλέντζερης

MD (Ath)

CCST (UK)

Dr. Med (Sheffield)

FRCOG (London)

- Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Sheffield Αγγλίας
 - Ακόλουθος Βρετανικού Βασιλικού Κολλεγίου Μαιευτήρων & Γυναικολόγων
 - τ. Αν. Καθηγητής Μ & Γ Πανεπιστημίου Warwick - UK
 - τ. Διευθυντής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Cardiff - UK
-

Επιπλοκές κύησης πρώτου τριμήνου, εξωμήτριος κύησης, οξεία πυελική φλεγμονή, οξύ πυελικό άλγος, επιπλοκές κύστεως ωοθήκης και ανώμαλη κολπική αιμορραγία είναι μερικά από τα πιο συχνά εμφανιζόμενα επειγόντα γυναικολογικά προβλήματα.

Στο τεύχος αυτό διακεκριμένοι επιστήμονες, από τον χώρο της Μαιευτικής και Γυναικολογίας, παρουσιάζουν τεκμηριωμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις για τα ανωτέρω αναφερόμενα γυναικολογικά προβλήματα.

Είμαστε στην εποχή της εξειδικευμένης Μαιευτικής-Γυναικολογίας και δι' αυτόν τον λόγον μερικά γυναικολογικά επειγόντα όπως σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών, κολπική αιμορραγία στην παιδική ηλικία πρέπει να αντιμετωπίζονται, όπου είναι εφικτόν, από γυναικολόγους με εξειδίκευση στην Παιδιατρική/Εφηβική Γυναικολογία ή στην Αναπαραγωγική Ιατρική αντιστοίχως.

Είμαι σίγουρος ότι όλοι οι συνάδελφοι που θα διαβάσουν το περιοδικό θα ωφεληθούν «επιστημονικώς» από την εξαιρετική δουλειά των συγγραφέων στους οποίους εκφράζω τα θερμά μου ευχαριστήρια.

Καλή ανάγνωση!!

Επιπλοκές κύησης πρώτου τριμήνου. Διάγνωση και αντιμετώπιση

Τσικούρας Παναγιώτης, Οικονόμου Ευθύμιος, Νικολέττος Κωνσταντίνος, Νικολέττος Νικόλαος
Πανεπιστημιακή Γυναικολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Περίληψη

Η προγεννητική φροντίδα περιλαμβάνει τακτική επαφή μεταξύ της εγκύου και κατάλληλα εκπαιδευμένων επαγγελματιών υγείας μετά την επιβεβαίωση της κύησης και η πρώτη επαφή μπορεί να πραγματοποιηθεί ήδη από τις 6 εβδομάδες της κύησης. Στις συνεδρίες αυτές ταυτοποιούνται και αναγνωρίζονται κίνδυνοι, επιπλοκές και τυχόν αναδυόμενα προβλήματα εάν αναγνωριστούν για να ευαισθητοποιηθούν οι επαγγελματίες υγείας να κάνουν τις απαραίτητες ενέργειες ώστε οι έγκυες να λαμβάνουν την απαραίτητη επιτήρηση, αντιμετώπιση, συμβουλή ή υποστήριξη για την μείωση της επίπτωσης των κινδύνων.

Κατά την πρώτη συνεδρία οι στόχοι είναι να εντοπιστούν οι κίνδυνοι, να γίνει έλεγχος για εμβρυϊκές ανωμαλίες ή ασθένειες, να αναπτυχθεί μια σχέση και να ενθαρρυνθεί η μελλοντική συμμετοχή διασφαλίζοντας ότι η γυναίκα έχει μια θετική πρώτη εμπειρία στη φροντίδα της μητρότητας και να παρέχει βασικά μηνύματα αναφορικά με την υγεία. Η ευαισθητοποίηση της εγκύου στις προτεινόμενες συνεδρίες από το πρώτο τρίμηνο συμβάλλει στην εξερεύνηση της ετοιμότητας μιας γυναίκας να κάνει θετικές αλλαγές στις συμπεριφορές και συνήθειες που σχετίζονται με την υγεία όπως είναι το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ, η διατροφή και ο έλεγχος του βάρους, η φυσική άσκηση και οι σεξουαλικές συμπεριφορές. Η συνεχόμενη παρακολούθηση από τους επαγγελματίες υγείας κατά την προγεννητική περίοδο και η συνεπής προσέλευση της εγκύου γυναίκας στις αντίστοιχες συνεδρίες συσχετίζεται με βελτιωμένη έκβαση και ικανοποίηση.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Κύηση / Επιπλοκές πρώτου τριμήνου / Διάγνωση / Αντιμετώπιση

Corresponding author

Παναγιώτης Τσικούρας, tikouraspanagiotis@gmail.com

Επιπλοκές πρώτου τριμήνου κύησης

Η ναυτία και ο έμετος της εγκυμοσύνης επηρεάζουν περίπου το 50% έως 80% των εγκύων. Κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης η έγκαιρη αντιμετώπιση των προβλημάτων που παρουσιάζονται και περιλαμβάνουν κολπική αιμορραγία, αποβολή, έκτοπη κύηση, ναυτία, έμετο συμπεριλαμβανομένης της βαριάς έμεσης μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα τόσο για την έγκυο όσο και για το έμβρυο. Τα κοινά μη μαιευτικά προβλήματα περιλαμβάνουν την ασυμπτωματική βακτηριουρία, τις λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος συμπεριλαμβανομένης της πυελονεφρίτιδας και την οξεία σκωληκοειδίτιδα.¹⁻²

Κολπική αιμόρροια-Αποβολές

Η αποβολή εγκυμοσύνης αναφέρεται είτε σε μη βιώσιμη ενδομήτρια εγκυμοσύνη είτε σε αναπτυσσόμενο έμβρυο ή έμβρυο χωρίς καρδιακή δραστηριότητα του εμβρύου πριν από τη 13η εβδομάδα κύησης. Περίπου το 25% των εγκύων γυναικών παρουσιάζουν κολπική αιμορραγία και το 7% έως 27% των εγκύων γυναικών αποβολή. Η κολπική αιμορραγία στην εγκυμοσύνη είναι ένα ανησυχητικό σύμπτωμα για εγκύους ασθενείς και υπάρχουν πολλές αιτίες, μερικές εκ των οποίων απειλητικές για τη ζωή. Η προσέγγιση σε μια έγκυο με κολπική αιμορραγία στην αρχή της εγκυμοσύνης περιλαμβάνει αξιολόγηση της αιμοδυναμικής σταθερότητας. Το ποσοστό των κλινικά αναγνωρισμένων αποβολών (με εμφάνιση μετά την 6η εβδομάδα της κύησης) είναι 12-15%. (3-6) Οι αποβολές διακρίνονται σε σποραδικές και επανειλημμένες ή καθ'έξιν αποβολές. Οι *καθ'έξιν αποβολές* αποτελούν ένα ιδιαίτερο πρόβλημα με σωματικά αλλά και ψυχολογικά επακόλουθα για τις γυναίκες. Η συχνότητα εμφάνισης των καθ'έξιν αποβολών είναι δυστυχώς αρκετά μεγάλη (μία για κάθε 300 κύησεις). Οι σποραδικές αποβολές αποτελούν το 10-15% των κλινικών κύησεων (80% εμφανίζονται στο 1ο τρίμηνο κύησης, 50-60% οφείλονται σε γενετικές ανωμαλίες). Ο κίνδυνος απώλειας της κύησης μετά την αναγνώριση εμβρυϊκής καρδιακής λειτουργίας ανέρχεται σε 2-5%, η συχνότητα εμφάνισης δύο αποβολών ανέρχεται σε 5%, ενώ περισσότερων από 3 αποβολές υπολογίζεται σε περίπου 1%. Το ποσοστό των κύησεων που επιπλέκονται με

αυτόματη αποβολή στο πρώτο τρίμηνο υπολογίζεται στο 15-40%.⁶⁻⁹ Το 75% των αυτόματων αποβολών λαμβάνει χώρα πριν από τη 16η εβδομάδα της κύησης και γύρω στο 62% πριν από τη 12η εβδομάδα. Τα 2/3 των αποβολών αυτών δεν επιβεβαιώνονται κλινικά, με αποτέλεσμα το ποσοστό των εκδηλωμένων αυτόματων αποβολών να κυμαίνεται κατά προσέγγιση στο 8%. Κύρια αίτια των αποβολών που προκαλούνται στην αρχή της κύησης είναι σε ποσοστό 60% οι ανωμαλίες στον καρυότυπο του εμβρύου. Σαν αιτία αναγνωρίζεται και παθολογία της σύλληψης, με ανωμαλίες που λαμβάνουν χώρα σε διαφορετικά στάδια της εμφύτευσης (πρόσφυση της βλαστοκύστης στο ενδομήτριο, προσκόλληση της βλαστοκύστης στο ενδομήτριο, διείσδυση και εισδοχή της τροφοβλάστης).⁶⁻⁹

Οι αποβολές εμβρύων με φυσιολογικό καρυότυπο παρουσιάζονται συνήθως μετά τη 13η εβδομάδα και σε γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών. Αυτόματες αποβολές με φυσιολογικό καρυότυπο εμβρύων μπορεί να προκαλέσουν πολλές παθολογικές καταστάσεις της μητέρας, οι κυριότερες από τις οποίες είναι οι λοιμώξεις. Χρόνια νοσήματα της μητέρας όπως είναι η υπέρταση ενδοκρिनοπάθειες και άλλα νοσήματα όπως η φυματίωση, η νεφρική ανεπάρκεια, ο συστηματικός ερυθρηματώδης λύκος, καρκίνος, κακή διατροφή και ιδιαίτερα ο υποσιτισμός προδιαθέτουν στην πρόκληση αυτόματων αποβολών. Στη διάρκεια της κύησης παρουσιάζονται ανοσοολογικοί παράγοντες που συμμετέχουν σε αυτοάνοσους και αλλοάνοσους μηχανισμούς, οι οποίοι οδηγούν συχνά σε αυτόματες αποβολές ή ενδομήτριους θανάτους.⁶⁻⁹

Διάγνωση

Ο πρώτος υπερηχογραφικός έλεγχος σε γυναίκα με θετική δοκιμασία κύησης έχει ως βασικό σκοπό τον προσδιορισμό της θέσης εμφύτευσης και της πιθανότητας η εγκυμοσύνη αυτή να εξελιχθεί ομαλά.

Βιώσιμη είναι η κύηση που εξελίσσεται φυσιολογικά και η πιθανότητα να γεννηθεί ζωντανό νεογνό είναι υψηλή. Η έκτοπος κύηση και η αποτυχημένη ενδομήτρια κύηση αποτελούν περιπτώσεις μη βιώσιμων κύησεων. Μια ιδιαίτερη ενδιάμεση κατάσταση είναι η ενδομήτρια κύηση αβέβαιης βιω-

σιμότητας, στην οποία απεικονίζεται ενδομήτριος σάκος κύησης με εμβρυϊκά στοιχεία, χωρίς καρδιακή δραστηριότητα και χωρίς οριστικά στοιχεία που να συνηγορούν υπέρ της αποτυχίας της κύησης.¹⁰⁻¹²

Στην αρχή της 4ης εβδομάδας, τα πρώτα υπερηχογραφικά σημεία ενδεικτικά κύησης είναι το πεπαχυσμένο ενδομήτριο και η παρουσία του ωχρού σωματίου, που απεικονίζεται ως μια απλή κύστη με πυκνά τοιχώματα και ομοιογενή υφή εντός της ωοθήκης. Λόγω της δράσης της προγεστερόνης, το ενδομήτριο υπόκειται σε συνεχείς αλλαγές. Τα στρωματικά κύτταρα του ενδομητρίου μεγεθύνονται και σε αυτό το στάδιο μιας φυσιολογικά αναπτυσσόμενης εκγυμοσύνης το πάχος του ενδομητρίου θα πρέπει να είναι μεγαλύτερο από 8 mm. Η πρώτη υπερηχογραφική επιβεβαίωση ενδομητρίου κύησης με χρήση διακολπικού υπερηχογραφήματος τίθεται στις 4⁺⁴-4⁺⁶ εβδομάδες από την τελευταία έμμηνο ρύση, με την απεικόνιση της επιφάνειας επαφής μεταξύ του φθαρού και του πλακούντα, αλλά και της έξω σπλαχνικής κοιλότητας. Στο σημείο επαφής, το μέγεθος των δομών αυτών εκτιμάται ως σύνολο και έχει μέγεθος από 2 mm έως 4 mm. Στο διακοιλιακό υπερηχογράφημα, οι δομές αυτές απεικονίζονται 1-3 ημέρες αργότερα, όταν είναι πλέον 10 mm. Πολύ σημαντικό εύρημα για τη φυσιολογικά αναπτυσσόμενη κύηση είναι το σημείο του διπλού σάκου, που αποτελείται από τον τοιχωματικό ή γνήσιο φθαρό που επενδύει την κοιλότητα της μήτρας και τον θυλακοειδή φθαρό που καλύπτει τον σάκο κύησης. Σε φυσιολογικές κυήσεις, η μέση διάμετρος του σάκου (ΜΔΣ) αυξάνεται 1 mm κάθε ημέρα και στις αρχές της 5ης εβδομάδας ο σάκος έχει μέγεθος 5 mm. Όταν η ΜΔΣ φθάσει τα 8-10 mm (5⁺³-5⁺⁵ εβδομάδες), μπορεί πλέον να απεικονιστεί ο δευτερογενής λεκιθικός ασκός, ο οποίος φαίνεται υπερηχογραφικά ως στρογγυλή υποχογενής δομή εντός του εμβρυϊκού σάκου. Η παρουσία της δομής αυτής αποτελεί ισχυρή απόδειξη ότι η κύηση εξελίσσεται ενδομήτρια. Η συγκέντρωση υγρού ανάμεσα στα δύο στρώματα του ενδομητρίου που παρατηρείται κυρίως στις έκτοπες κυήσεις ορίζεται ως ψευδοσάκος. Υπερηχογραφικό στοιχείο που βοηθά στην αναγνώριση του σημείου εμφύτευσης είναι το ότι το ενδομητριακό υγρό βρίσκεται στο κέντρο της ενδομητριακής κοιλότητας, σε αντίθεση με τον αληθή σάκο κύησης που βρι-

σκεται έκκεντρα τοποθετημένος.¹²⁻¹⁴ Η οριστική διάγνωση της πρόωρης αποβολής μπορεί να τεθεί στις 6 εβδομάδες, όταν το κεφαλοουριαίο μήκος (crown-rump length, CRL) του εμβρύου είναι μεγαλύτερο από 7 mm και δεν έχει απεικονιστεί η καρδιακή του λειτουργία. Υποψία αποτυχημένης κύησης υπάρχει, όταν το CRL του εμβρύου είναι μικρότερο από 7 mm με απουσία καρδιακής δραστηριότητας ή όταν δεν απεικονίζεται εμβρυϊκός πόλος 6 εβδομάδες μετά την τελευταία έμμηνο ρύση. Ένα Η απεικόνιση ενός μικρού σάκου κύησης συγκριτικά με το μέγεθος του εμβρύου αποτελεί ύποπτο εύρημα και ειδικότερα στις περιπτώσεις που η διαφορά της ΜΔΣ και του εμβρυϊκού πόλου είναι μικρότερη από 5 mm, τίθεται η υποψία πρόωμης αυτόματης αποβολής. Άλλοι υπερηχογραφικοί δείκτες, που παρουσιάζονται στην πρόωμη αυτόματη αποβολή είναι ο λεκιθικός ασκός μεγαλύτερος από 7 mm και ο κενός αμνιακός σάκος που βρίσκεται δίπλα στο λεκιθικό ασκό.

Η απεικόνιση λεκιθικού ασκού χωρίς ένδειξη εμβρυϊκής καρδιακής δραστηριότητας θέτει την οριστική διάγνωση της αυτόματης πρόωμης αποβολής, όταν η εμβρυϊκή καρδιακή δραστηριότητα εξακολουθεί να απουσιάζει σε επαναληπτικό έλεγχο με το πέρας των 11 ημερών. Η διάγνωση είναι πιθανή αλλά όχι οριστική, όταν ο χρόνος ανάμεσα στους δύο ελέγχους κυμαίνεται μεταξύ των 7 και 10 ημερών.¹²⁻¹⁴

Αντιμετώπιση

Σε περιπτώσεις που το αίτιο των καθ' ἑξίν αποβολών αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, η πιθανότητα γέννησης ενός βιώσιμου εμβρύου κυμαίνεται από 70% έως 85%. Η θεραπευτική αντιμετώπιση τους περιλαμβάνει τη χορήγηση μικρών δόσεων ασπιρίνης, ηπαρίνης και πρεδνιζόνης.¹⁵⁻¹⁷ Η κύρια πρόκληση επί του παρόντος παραμένει να εξασφαλιστούν ευρέως οι αποτελεσματικές μέθοδοι πρόκλησης εκτρώσεων και να είναι διαθέσιμες στην πλειονότητα των γυναικών στον κόσμο. Οι φαρμακευτικές μέθοδοι έκτρωσης και άμβλωσης έχουν αποδειχθεί ασφαλείς και αποτελεσματικές. Τα πιο αποτελεσματικά σχήματα περιλαμβάνουν τη μifeπριστόνη και τη μισοπροστόλη. Η μισοπροστόλη είναι ευρέως διαθέσιμη και έχει χαμηλό κόστος. Η φαρμακευτική άμβλωση έχει διερευνηθεί ως επιλογή για την πρόω-

ρη διακοπή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και την αποφυγή του κινδύνου αναισθησίας, χειρουργικών τραυματισμών τραχήλου, μήτρας, άλλων οργάνων καθώς και περιπτώσεις διάτρησης της μήτρας (0,12-1,98%), μετάγγισης αίματος (0,5%), αναγκαιότητα επανάληψης χειρουργικής επέμβασης (1%) και συνεχιζόμενης εγκυμοσύνης λόγω αποτυχίας χειρουργικής επέμβασης (0,2%) Επίσης, ο κίνδυνος συμφύσεων της μήτρας τόσο στην ενδομήτρια κοιλότητα όσο και στην ελάσσονα λεκάνη κοντά στη μήτρα αποφεύγεται με την φαρμακευτική άμβλωση. Μειονεκτήματα αυτής της μεθόδου είναι η στενή ιατρική παρακολούθηση, ο συχνός έλεγχος με υπερηχογραφικές και βιοχημικές παραμέτρους, η παράταση της κολπικής αιμορραγίας και της πύελου. πόνος. Είναι μια καλή εναλλακτική και περιλαμβάνει την αποφυγή χειρουργικής διακοπής της εγκυμοσύνης με διαστολή του τραχήλου της μήτρας και κολπικές ουλές. Η μισοπροστόλη έχει αποδειχθεί πολύ αποτελεσματική σε περιπτώσεις ανεμβρυϊκής εγκυμοσύνης ή εμβρυϊκού θανάτου Η μifeπριστόνη είναι ανταγωνιστής των υποδοχέων προγεστερόνης και χορηγείται σε δόση 600 mg από του στόματος ή άλλο συνδυασμό 200 mg από του στόματος σε συνδυασμό μετά από 36 ώρες δύο δόσεων μισοπροστόλης 400 μικρογραμμάρια ανά δόση διακολλητικά¹⁵⁻¹⁷

Πρόβλεψη επιπλοκών πρώτου τριμήνου κύησης

Από τις 11-13 εβδομάδες και μετά, οι εγκυμοσύνες

μπορούν να ταξινομηθούν ως χαμηλού κινδύνου για επιπλοκές εγκυμοσύνης, με ουσιαστικά μειωμένο αριθμό ιατρικών επισκέψεων και υψηλού κινδύνου, με στενή παρακολούθηση σε ειδικευμένες κέντρα Χαμηλή πιθανότητα επιπλοκών της εγκυμοσύνης της μητέρας λαμβάνει υπόψη την πιθανότητα ανάπτυξης προεκλαμψίας, εμφάνιση πρόωρου τοκετού, παθολογικής ανάπτυξης του εμβρύου χρησιμοποιώντας δεδομένα μητρικού ιστορικού, επιπέδων ορού PAPP-A (σχετιζόμενη με την εγκυμοσύνη πρωτεΐνη πλάσματος-A) παραγόντων IGF-1, IGFBP-1 που συμμετέχουν στους μηχανισμούς εμφύτευσης του ωαρίου και αγγειογενετικών παραγόντων δείκτη παλμικότητας της μητριάας αρτηρίας (UtA-PI) ,δείκτη παλμικότητας του φλεβικού πόρου καθώς και άλλα μέλη της οικογένειας του αγγειακού ενδοθηλιακού αυξητικού παράγοντα (VEGF).¹⁸⁻²⁰

Συμπεράσματα

Η έγκαιρη εκτίμηση των ειδικών κινδύνων για την έγκυο και η αντιμετώπιση των επιπλοκών της εγκυμοσύνης έχουν σκοπό να βελτιώσουν την έκβαση της εγκυμοσύνης . Ο έγκαιρος εντοπισμός ομάδων χαμηλού και υψηλού κινδύνου κύησης θα βοηθήσει στον καθορισμό του καλύτερου πρωτοκόλλου για συγκεκριμένες διαταραχές στην εγκυμοσύνη και στρατηγικές για την πρόληψη των διαταραχών ή των δυσμενών συνεπειών τους. ☺

Take home messages

- Οι επιπλοκές του πρώτου τριμήνου κύησης περιλαμβάνουν τις ακόλουθες παθολογικές καταστάσεις: Υπέρμεση κύησης, ναυτία ,κολπική αιμόρροια ,αποβολή. Οι περισσότερες κύησεις θεωρούνται χαμηλού κινδύνου και δεν εμφανίζουν ιδιαίτερες επιπλοκές.
- Ο προγεννητικός έλεγχος κατά τη διάρκεια της κύησης αποσκοπεί στην έγκαιρη διάγνωση διαφόρων εμβρυικών ανωμαλιών και επιπλοκών όπως ο πρόωρος τοκετός, η ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης, η προεκλαμψία και ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης.
- Κατάλληλο χρονικό διάστημα για εύρεση παθολογίας κύησης στο πρώτο τρίμηνο είναι οι 11-13 εβδομάδες της κύησης, ο χρόνος δηλαδή που γίνεται το υπερηχογράφημα της αυχενικής διαφάνειας και αξιολογείται η ροή του αίματος στα μητριάια αγγεία της μητέρας.
- Πέραν τούτων προτείνεται να γίνεται διακολλητικό υπερηχογράφημα για την ακριβή μέτρηση του τραχηλικού μήκους.

Complications of Pregnancy in the first trimester. Diagnosis and management

Synopsis

Antenatal care includes regular contact between the pregnant woman and appropriately trained health professionals after confirmation of pregnancy. The first consultation can take place as early as 6 weeks of pregnancy. In these sessions, risks, complications and any emerging problems are identified and recognized and if they are identified, they raise the awareness of health professionals to take the necessary actions so that pregnant women receive the necessary surveillance, treatment, advice or support to reduce the incidence of risks. The complications of pregnancy in the first trimester include the following : Hyperemesis gravidarum, nausea, vaginal bleeding, miscarriage. Most pregnancies are considered low-risk and do not show any particular complications. Prenatal screening during pregnancy is aimed at the early diagnosis of various fetal abnormalities and complications such as preterm birth, intrauterine growth retardation, preeclampsia and gestational diabetes mellitus. An appropriate period of time for finding pregnancy pathology in the first trimester is 11-13 weeks of pregnancy, that is, the time when the ultrasound of the cervical transparency is performed and the blood flow in the mother's uterine vessels is evaluated. In addition, it is recommended to perform a transvaginal ultrasound to accurately measure the cervical length.

KEYWORDS: Pregnancy / First trimester complications / Diagnosis / Management

References

1. Van Oppenraaij RH, Jauniaux E, Christiansen OB, Horcajadas JA, Farquharson RG, Exalto N; ESHRE Special Interest Group for Early Pregnancy (SIGEP). Predicting adverse obstetric outcome after early pregnancy events and complications: a review. *Hum Reprod Update*. 2009 Jul-Aug;15(4):409-21. doi: 10.1093/humupd/dmp009. Epub 2009 Mar 7. PMID: 19270317
2. Ertmann RK, Nicolaisdottir DR, Kragstrup J, Overbeck G, Kriegbaum M, Siersma V. The predictive value of common symptoms in early pregnancy for complications later in pregnancy and at birth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2023 Jan;102(1):33-42. doi: 10.1111/aogs.14474. Epub 2022 Oct 27. PMID: 36300886
3. Baños Cándenas L, Abehsera Davó D, Castaño Frías L, González Mesa E. Retrospective Study of First Trimester Metrorrhagia: Pregnancy Follow-Up and Relationship with the Appearance of Gestational Complications. *Medicina (Kaunas)*. 2023 Jul 27;59(8):1370. doi: 10.3390/medicina59081370. PMID: 37629660
4. Linehan LA, San Lazaro Campillo I, Hennessy M, Flannery C, O'Donoghue K. Reproductive outcomes following recurrent first-trimester miscarriage: a retrospective cohort study. *Hum Reprod Open*. 2022 Oct 11;2022(4):hoac045. doi: 10.1093/hropen/hoac045. eCollection 2022. PMID: 36339248
5. Oliver A, Overton C. Diagnosis and management of miscarriage. *Practitioner*. 2014 May;258(1771):25-8, 3. PMID: 25055407
6. Saraswat L, Bhattacharya S, Maheshwari A, Bhattacharya S. Maternal and perinatal outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester: a systematic review. *BJOG*. 2010 Feb;117(3):245-57. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02427.x. Epub 2009 Nov 26. PMID: 19943827 Review.
7. Bhandari S, Raja EA, Shetty A, Bhattacharya S. Maternal and perinatal consequences of

- anteartum haemorrhage of unknown origin. BJOG. 2014 Jan;121(1):44-50; discussion 50-2. doi: 10.1111/1471-0528.12464. Epub 2013 Oct 15. PMID: 24125550
8. Petriglia G, Palaia I, Musella A, Marchetti C, Antonilli M, Brunelli R, et al Threatened abortion and late-pregnancy complications: a case-control study and review of literature. Minerva Ginecol. 2015 Dec;67(6):491-7. Epub 2015 Feb 5. PMID: 25668506 Review.
 9. Johns J, Jauniaux E. Threatened miscarriage as a predictor of obstetric outcome. Obstet Gynecol. 2006 Apr;107(4):845-50. doi:10.1097/01.AOG.0000206186.91335.9a. PMID: 16582121
 10. Bhattacharya S, Townend J, Shetty A, Campbell D, Bhattacharya S. Does miscarriage in an initial pregnancy lead to adverse obstetric and perinatal outcomes in the next continuing pregnancy? BJOG. 2008 Dec;115(13):1623-9. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01943.x. PMID: 18947339
 11. Al-Memar M, Vaulet T, Fourie H, Bobdiwala S, Farren J, Saso S, et al First-trimester intrauterine hematoma and pregnancy complications. Ultrasound Obstet Gynecol. 2020 Apr;55(4):536-545. doi: 10.1002/uog.20861. PMID: 31483898
 12. Al-Memar M, Vaulet T, Fourie H, Nikolic G, Bobdiwala S, Saso S, et al . Early-pregnancy events and subsequent antenatal, delivery and neonatal outcomes: prospective cohort study. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019 Oct;54(4):530-537. doi: 10.1002/uog.20262. PMID: 30887596
 13. Saraswat L, Bhattacharya S, Maheshwari A, Bhattacharya S. Maternal and perinatal outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester: a systematic review. BJOG. 2010 Feb;117(3):245-57. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02427.x. Epub 2009 Nov 26. PMID: 19943827 Review.
 14. Sapro KJ, Buck Louis GM, Sundaram R, Joseph KS, Bates LM, Galea S, et al . Signs and symptoms associated with early pregnancy loss: findings from a population-based preconception cohort. Hum Reprod. 2016 Apr;31(4):887-96. doi: 10.1093/humrep/dew010. Epub 2016 Mar 2. PMID: 26936888 Free PMC article.
 15. McLaren H, Hennessey C. First-trimester Procedural Abortion. Clin Obstet Gynecol. 2023 Dec 1;66(4):676-684. doi: 10.1097/GRF.0000000000000808. Epub 2023 Sep 19. PMID: 37750678
 16. Lui MW, Ho PC. First trimester termination of pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2020 Feb;63:13-23. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.06.004. Epub 2019 Jul 12. PMID: 31420315 Review.
 17. Fiala C, Cameron S, Bombas T, Parachini M, Agostini A, Lertxundi R, et al. Outcome of first trimester medical termination of pregnancy: definitions and management. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2018 Dec;23(6):451-457. doi: 10.1080/13625187.2018.1535058. Epub 2019 Jan 2. PMID: 30600730 Review.
 18. Stout MJ, Goetzinger KR, Tuuli MG, Cahill AG, Macones GA, Odibo AO. First trimester serum analytes, maternal characteristics and ultrasound markers to predict pregnancies at risk for preterm birth. Placenta. 2013 Jan;34(1):14-9. doi: 10.1016/j.placenta.2012.10.013. Epub 2012 Nov 28. PMID: 23199792
 19. O'Gorman N, Wright D, Syngelaki A, Akolekar R, Wright A, Poon LC, et al . Competing risks model in screening for preeclampsia by maternal factors and biomarkers at 11-13 weeks gestation. Am J Obstet Gynecol. 2016 Jan;214(1):103.e1-103.e12. doi: 10.1016/j.ajog.2015.08.034. Epub 2015 Aug 19. PMID: 26297382 2023 Apr 4;24(7):6744. doi: 10.3390/ijms24076744. PMID: 37047717
 20. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, Kapur A, Hadar E, Divakar H, et al The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. M. Int J Gynaecol Obstet. 2019 May;145 Suppl 1(Suppl 1):1-33. doi: 10.1002/ijgo.12802. PMID: 31111484

Οξύ πυελικό άλγος στην γυναικολογία. Αίτια και διαφορική διάγνωση.

Δαπόντε Νικολέττα¹, Μαγαλιού Ιουλία^{1,2}, Βαλασούλης Γεώργιος^{1,3}, Δαπόντε Αλέξανδρος¹

¹Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα

²Τμήμα Μαιευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας, Πτολεμαΐδα, Ελλάδα

³Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας - ΕΟΔΥ, Αθήνα, Ελλάδα

Περίληψη

Οξύ πυελικό άλγος ονομάζεται η παρουσία άλγους στο υπογάστριο διάρκειας μικρότερης του τριμήνου. Τις περισσότερες φορές προκαλείται από διαταραχές του αναπαραγωγικού, του ουροποιητικού ή του γαστρεντερικού συστήματος ωστόσο, μυοσκελετικές, αγγειακές και νευρολογικές διεργασίες είναι ικανές εν δυνάμει να προκαλέσουν την εν λόγω συμπτωματολογία. Οι περισσότερες γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας θα εμφανίσουν κάποια στιγμή στη ζωή τους πυελικό άλγος μη σχετιζόμενο με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο, όμως κρίσιμο διαγνωστικό βήμα αποτελεί ο αποκλεισμός της κύησης, καθώς οι εγκυμονούσες ασθενείς θα πρέπει να παραπέμπονται για άμεση αξιολόγηση. Πρωταρχικός στόχος θα πρέπει να παραμένει πάντοτε η αναγνώριση των απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων και η προτεραιοποίηση των διαγνωστικών κλινικών και εργαστηριακών βημάτων στη διαχείριση ασθενών που χρήζουν άμεσης παρέμβασης και αντιμετώπισης.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Οξύ πυελικό άλγος / Γυναικολογία / Χρόνιο πυελικό άλγος / Πυελικές λοιμώξεις / Φλεγμονώδης νόσος πύελου / Εκτοπη κύηση / Διαχείριση πυελικού άλγους / Διαφορική διάγνωση πυελικού άλγους

Corresponding author

Δαπόντε Αλέξανδρος, daponte@med.uth.gr

Εισαγωγή

Οξύ πελκικό άλγος ορίζεται το άλγος υπογαστρίου διάρκειας μικρότερης του τριμήνου. Μπορεί να εκδηλώνεται ως ήπια ή έντονη δυσφορία, η παρουσία του να είναι παροξυσμική ή συνεχής, έχουσα εντοπισμένη ή διάχυτη έκταση, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να συνυπάρχει με οσφυαλγία.

Οι ασθενείς ενδέχεται να εμφανίσουν άλγος όχι μόνο στην πύελο, αλλά και στην ευρύτερη κοιλιακή χώρα, με εντοπισμένη αρχικά έναρξη και με την πάροδο του χρόνου, ο πόνος να μεταναστεύει και να εντοπίζεται σε διαφορετική περιοχή από το σημείο έναρξης και αυτό συνεισφέρει στην διαφορική διάγνωση. Πρέπει να αναφερθεί πως οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνιο πελκικό άλγος (άλγος διάρκειας μεγαλύτερης των 3 έως 6 μηνών) μπορεί να παρουσιάζουν διαλείπουσα συμπτωματολογία με παροξυσμικές εξάρσεις.

Αίτια - Διαφορική Διάγνωση

Προτεραιότητα της κλινικής διαφοροδιαγνωστικής προσέγγισης είναι ο διαχωρισμός των απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων από τα διάφορα συστήματα και ο καθορισμός της ανάγκης εισαγωγής στο νοσοκομείο (Πίνακας 1Α &1Β).

1. Απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις:

Α. Τα πιο συχνά γυναικολογικά αίτια εμφάνισης του οξέος πελκικού άλγους αποτελούν η ρήξη έκτοπης κύησης ή κύστης των ωοθηκών (ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία), η συστροφή κύστης ωοθήκης (επαπειλούμενη νέκρωση ωοθήκης λόγω μειωμένης ή μη αιμάτωσης), η φλεγμονώδης νόσος της πύελου (ΦΝΠ) και το σαλπινγοοθηκικό απόστημα (ΣΟΑ)¹⁻³. Επίσης η ρήξη της μήτρας, παρόλη τη σπανιότητά της, αποτελεί μία εξαιρετικά απειλητική για τη ζωή της ασθενούς κατάσταση, η οποία μπορεί να εμφανιστεί σε εγκυμονούσες, αλλά και σε μη έγκυες γυναίκες^{4,5}.

Β. Όσον αφορά το γαστρεντερικό σύστημα, οι διαγνώσεις που πρωτίστως αναζητούνται είναι η σκοληκοειδίτιδα και η εκκολπωματίτιδα. Οι δύο αυτές κατά τα άλλα “ακίνδυνες” καταστάσεις είναι ικανές να προκαλέσουν διάτρηση του εντέρου και κατ'επέκταση, η ασθενής, να οδηγηθεί σε σήψη και να απαιτείται εισαγωγή σε δομή υγείας⁶.

Γ. Οι παθήσεις του ουροποιητικού που είναι ικανές να εκδηλωθούν με κοιλιακό άλγος είναι η νεφρολιθίαση (κωλικός νεφρού) και οι λοιμώξεις του ανώτερου και κατώτερου ουροποιητικού (πυελονεφρίτιδα και κυστίτιδα)⁷.

II. Αποκλεισμός απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων

Στόχος της αρχικής αξιολόγησης είναι ο διαχωρισμός των ασθενών που χρήζουν άμεσης παρέμβασης. Για το λόγο αυτό σκόπιμη είναι η λήψη πλήρους ατομικού και οικογενειακού ιστορικού, καθώς μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο. Κατά τη λήψη ιστορικού επιβάλλεται να εκμαιευθούν τα χαρακτηριστικά του άλγους (εντόπιση, χρόνος εμφάνισης, επανεμφάνιση στο παρελθόν, ανακουφιστικοί παράγοντες/θέση, αντανάκλαση, συσχέτιση με έμμηνο ρύση - δυσμηνόρροια - ενδομητρίωση, σημείο Mittelschmerz - άλγος σχετιζόμενο με την ωορρηξία), η ημερομηνία τελευταίας εμμηνορρυσίας (ΤΕΡ), το ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, η πιθανή λήψη φαρμακευτικής αγωγής, οι έξεις (κάπνισμα, αλκοόλ κλπ) ή χρήσης ναρκωτικών ουσιών (κοιλιακό άλγος λόγω στερητικού συνδρόμου) και να καταγραφούν οι αλλεργίες φαρμακευτικές ή μη.

Στη συνέχεια ακολουθεί η λήψη των ζωτικών σημείων, γίνεται η καταγραφή τους και πραγματοποιείται φυσική εξέταση. Η ασταθής ασθενής παρουσιάζει επί το πλείστον μη φυσιολογικά ζωτικά σημεία, με συνοδό κοιλιακή ευαισθησία ή απειλητικά για τη ζωή ευρήματα (π.χ. ρήξη έκτοπης κύησης-υποογκαιμία, διάτρηση εντέρου-περιτοναϊσμός) οπότε θα πρέπει να υποβάλλεται σε άμεση ανάνηψη⁸.

Με την ολοκλήρωση της λήψης του ιστορικού, η ασθενής θα πρέπει να υποβληθεί σε τεστ κύησης ούρων ή αίματος, προς αποκλεισμό ή διάγνωση μιας πιθανής άγνωστης κύησης, καθώς τα δεδομένα της βιβλιογραφίας αναφέρουν, πως το 18% των γυναικών που επισκέπτονται το τμήμα των επειγόντων περιστατικών κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης με αναφερόμενο πελκικό άλγος ή κοιλιακή αιμόρροια (ή και τα δύο) διαγιγνώσκονται με έκτοπη κύηση⁸⁻¹⁰. Η εν λόγω εξέταση θα πραγματοποιηθεί σε όλες τις ασθενείς αναπαραγωγικής ηλικίας, εκτός από τις περιπτώσεις με ήδη διαγνωσμένη κύηση, τις προε-

Πίνακας 1Α. Αιτίες προέλευσης οξέος πυελικού άλγους σε ενήλικες γυναίκες ανά σύστημα

Γεννητικό Σύστημα	
Γυναικολογικά: Λοιμώδη	<ul style="list-style-type: none"> • Φλεγμονώδης νόσος της πύελου • Ενδομητρίτιδα • Σαλπινγίτιδα • Σαλπινγοωοθηκικό απόστημα
Γυναικολογικά: Μη Λοιμώδη	<ul style="list-style-type: none"> • Δυσμηνόρροια • Κύστη ωοθηκών (ραγείσα ή μη) • Ενδομητρίωση • Λειομώματα μήτρας • Αδενομύωση • Mittelschmerz (μεσοκυκλικό άλγος κατά την ωορρηξία) • Συστροφή ωοθήκης ή/και σάλπιγγας • Σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών (OHSS) • Υδροσάλπιγγα • Διάτρηση μήτρας • Σύνδρομο Asherman • Νεοπλασίες

Πόνος σχετιζόμενος με κύηση	
A τρίμηνο	<ul style="list-style-type: none"> • Επαπειλούμενη έκτρωση • Έκτοπη κύηση, συμπεριλαμβανομένης της ετερότοπης κύησης (μετά από IVF) • Αιμάτωμα ωχρού σωματίου • Ατελής αποβολή • Σηπτική έκτρωση • Επίσχεση σφύρων
B και Γ τρίμηνο	<ul style="list-style-type: none"> • Πρόωρος τοκετός • Χοριοαμνιονίτιδα • Αποκόλληση πλακούντα • Διάταση στρογγύλων συνδέσμων
Λοχεία	<ul style="list-style-type: none"> • Ενδομητρίτιδα • Λοίμωξη τραύματος (καισαρικής τομής, ρήξη/διάσπαση τραύματος/περινεοτομίας) • Θρόμβωση ωοθηκικής φλέβας ή σηπτική θρομβοφλεβίτιδα της πύελου

φηβικές ηλικίες ή τις ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ολική υστερεκτομή¹¹.

Η φυσική εξέταση, πέρα από τη γυναικολογική εξέταση με μητροσκόπιο, πρέπει να είναι ενδελεχής ψηλαφώντας όλη την κοιλιακή χώρα, καθώς πιθανή ανεύρεση αυξημένου μεγέθους της μήτρας μπορεί να υποδηλώνει άγνωστη για την ασθενή κύηση, ύπαρξη λειομωμάτων, ενώ μια επώδυνη ετερόπλευρη εξαρτηματική μάζα μπορεί να υποκρύπτει την ύπαρξη σαλπινγοωοθηκικού αποστήματος ή κύστης των ωοθηκών.

Αναπόσπαστο κομμάτι της φυσικής εξέτασης αποτελεί η επισκόπηση των έξω γεννητικών οργάνων

για τον αποκλεισμό ευρημάτων από ιογενείς ή βακτηριακές λοιμώξεις της ανατομικής περιοχής του αιδοίου και περινέου όπως οι λοιμώξεις (έλκη - φυσαλίδες από HSV1 και HSV2), κλινικά οξυτενή κονδυλώματα (HPV), απόστημα βαρθολινείου αδένου, και ανατομικά αίτια όπως ατρησία παρθενικού υμένα (αιματοκόλπος - αιματομήτρα)¹². Επίσης, δεν θα πρέπει να αμελείται το σεξουαλικό ιστορικό, πέρα από την εξέταση του κόλπου και του τραχήλου για την ανάδειξη πιθανών παθολογικών εκκρίσεων λόγω τραχηλίτιδας, κολπίτιδας από κολποτραχηλικά βακτηριακά παθογόνα (*Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*,

Πίνακας 1B.

Γαστρεντερικό σύστημα
• Σκωληκοειδίτιδα
• Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου
• Εκκολπωματίτιδα
• Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου
• Δυσκοιλιότητα
• Γαστρεντερίτιδα
• Μεσεντέρια λεμφαδενίτιδα
• Συμφώσεις
• Ειλεός
• Περιοφιγμένη κήλη
• Εντερική ισχαιμία
• Νόσος Hirschsprung
• Εγκολεασμός
• Εκκόλπωμα Meckel

Ουροποιητικό σύστημα
• Κυστίτιδα
• Πυελονεφρίτιδα
• Σύνδρομο υπερδραστήριας κύστης
• Νεφρολιθίαση
• Επίσχεση ούρων
• Κακοήθη νεοπλάσματα ουροδόχου κύστης

Κυκλοφορικό σύστημα
• Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής
• Θρόμβωση ωθηκικής φλέβας
• Σύνδρομο πελλικής συμφόρησης

Μυοσκελετικό σύστημα

• Μυϊκή καταπόνηση
• Αιμάτωμα ή λοίμωξη κοιλιακού τοιχώματος
• Βουβονοκήλη
• Μηροκήλη
• Κάταγμα πύελου

Ψυχιατρικά αίτια
• Κατάθλιψη
• Σωματοποιημένο στρες
• Στερητικό σύνδρομο

Άλλα
• Οικογενής Μεσογειακός Πυρετός
• Πορφύρα
• Κρίση δρεπανοκυτταρικής αναιμίας
• Δηλητηρίαση από μόλυβδο
• Περιοδικό σύνδρομο που σχετίζεται με τον υποδοχέα TNF (TRAPS)
• Έρπηζ ζωστήρας
• Ενδοοικογενειακή βία
• Σεξουαλική κακοποίηση

Ureaplasma spp, *Mycoplasma spp*), ΦΝΠ, ή κατακράτηση ξένου σώματος (ταμπόν) και κολπικής αιμόρροιας λόγω ατελούς, επαπειλούμενης ή πλήρους αποβολής/έκτρωσης^{13,14}.

Κατόπιν, θα πρέπει πάντοτε να πραγματοποιείται αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, καθώς η ευαισθησία κατά τη μετακίνηση του τραχήλου (σημείο Chandelier) συνήθως υποδηλώνει περιτονίτιδα λόγω φλεγμονής των έσω γεννητικών οργάνων όπως συμβαίνει στην ΦΝΠ, αλλά μπορεί επίσης να

υποδηλώνει φλεγμονή διαφορετικών γειτονικών ανατομικών δομών με σημεία αντανάκλασης στον δουλγάσειο χώρο (π.χ. κυστίτιδα, σκωληκοειδίτιδα)¹⁵.

Θα πρέπει να σημειωθεί πως πολύ σημαντική εξέταση, η οποία πολλές φορές παραλείπεται, είναι η δακτυλική εξέταση του ορθού, που μπορεί να αποκαλύψει άλγος στο ορθό οφειλόμενο σε θρομβωμένες αιμορροΐδες, ύπαρξη ραγάδας του πρωκτού ή ακόμα πιο σπάνια ενδομητρίωση του εντέρου.

Παρόλη τη σημαντικότητα των προαναφερθέντων, σε περίπτωση αιμοδυναμικής αστάθειας, όλα τα ανωτέρω προτιμότερο είναι να παραληφθούν, ούτως ώστε να προηγηθούν οι απεικονιστικές εξετάσεις οι οποίες θα βοηθήσουν στην ταχύτερη διάγνωση της ασθενούς και κατ' επέκταση στην άμεση αντιμετώπιση και θεραπεία της^{16,17}.

Πραγματοποιείται λοιπόν αιμοληψία με πλήρη εργαστηριακό έλεγχο και διασταύρωση σε περι-

πτώση που η κατάσταση της ασθενούς χρήζει άμεσης χειρουργικής παρέμβασης, ενώ οι καλλιέργειες αίματος και κοιλιακού υγρού χρησιμεύουν σε περιπτώσεις συνδυαζόμενου κοιλιακού άλγους και εμπυρέτου, καθώς η συνύπαρξη τους μπορεί να υποκρύπτει ΦΝΠ.

Μεγάλη διαφοροδιαγνωστική χρησιμότητα παρέχει επίσης η εξέταση των ούρων, που γίνεται εύκολα στο εξωτερικό ιατρείο με τις ταινίες ανάλυσης (urine dipstick), καθώς τα νιτρικά άλατα και η πυουρία υποδηλώνουν λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος, ενώ σε ευρήματα μικροσκοπικής και μακροσκοπικής αιματουρίας μπορεί να υποκρύπτεται ουρολιθίαση ή κυστίτιδα. Επιπλέον, όλες οι έγκυες γυναίκες με πυελικό άλγος, ανεξάρτητα από τη συμπτωματολογία του ουροποιητικού συστήματος, θα πρέπει να υποβάλλονται σε μικροσκοπική και βιοχημική ανάλυση ούρων, διότι οι ουρολιθώξεις, συμπεριλαμβανομένης και της ασυμπτωματικής βακτηριουρίας πρέπει να θεραπεύονται, καθώς σχετίζονται με σημαντική μητρική και εμβρυϊκή νοσηρότητα, καθώς επίσης και με πρόωρο τοκετό λόγω ανιούσας λοίμωξης. Σε όλες τις περιπτώσεις ανεύρεσης παθολογικού αποτελέσματος (γενική εξέταση ούρων), θα πρέπει να ακολουθεί καλλιέργεια ούρων και αντιβιογράμμα με σκοπό τη χορήγηση ή διόρθωση της κατάλληλης στοχευμένης φαρμακευτικής αγωγής και κατ' επέκταση την αποφυγή ανάπτυξης ανθεκτικών μικροβίων και επιπλοκών.

Εφόσον τεθεί η διάγνωση και εφόσον κρίνεται απαραίτητο, θα πρέπει να αναζητάται και η συνδρομή των αντίστοιχων συναδέλφων διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων για περαιτέρω αντιμετώπιση, είτε συντηρητική, είτε χειρουργική, ανάλογα με τα εκάστοτε ευρήματα και την κλινική εικόνα.

III. Αρχική αξιολόγηση καταστάσεων

Βασική υποχρέωση της ασθενούς είναι η παράθεση στο θράποντα της πλήρους εξέλιξης των συμπτωμάτων όπως πυρετική κίνηση, ρίγη, φρίκια, κοιλιακή αιμόρροια ή παρουσία άλλων παθολογικών κοιλιακών εκκρίσεων, δυσουρικά ενοχλήματα συμπεριλαμβανομένης της συχνουρίας, αιδοιοδυσνίας, και άτυπης συμπτωματολογίας όπως ναυτίας, εμέτου, δυσκοιλιότητας ή διάρροιας. Σε περιπτώσεις όμως που η κατάσταση της ασθενούς δεν το επιτρέ-

πει, την υποχρέωση εκμείευσης του ιστορικού αναλαμβάνει ο θράποντας οπότε τότε, όλες οι απαραίτητες πληροφορίες λαμβάνονται από τους οικείους της είτε από το κοντινό περιβάλλον, στην ανάγκη με μεταφραστική. Επίσης λήψη αυτών των πληροφοριών θα πρέπει να γίνεται πάντα με απόλυτη διακριτικότητα και εμπιστευτικότητα. Πληροφορίες για τη σεξουαλική συμπεριφορά ή το ιστορικό νοσηλείας για ΦΝΠ λόγω κάποιου σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος (ΣΜΝ), προηγηθείσες χειρουργικές επεμβάσεις θα πρέπει να αναζητούνται και να καταγράφονται καθώς χαρακτηριστικό παράδειγμα, οξέος πυελικού άλγους αποτελεί η μόλυνση ή διάτρηση της μήτρας μετά από τοποθέτηση ενδομήτριου σπειράματος,

Ιδιαίτερη χρησιμότητα στη διαφορική διάγνωση κατέχουν οι απεικονιστικές μέθοδοι:

Α. Το υπερηχογράφημα αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την αρχική αξιολόγηση της ασθενούς μαζί με το ιστορικό και τη φυσική της εξέταση, καθώς εκτός από την ευκολία στην χρήση του, είναι μια ασφαλής μέθοδος, δεδομένης της απουσίας ακτινοβολίας. Ανάλογα λοιπόν με το σεξουαλικό υπόβαθρο της ασθενούς, η εξέταση θα πραγματοποιηθεί είτε διακολπικά (TVS), είτε διακοιλιακά (TAS). Με αυτόν τον τρόπο δύναται να διαγνωσθεί μια πιθανή άγνωστη μέχρι στιγμής κύηση, ενώ παρουσία ελεύθερου υγρού στον δουγλάσσειο χώρο μπορεί να υποδηλώνει ανάλογα με την ποσότητά και την υφή του πληθώρα παθολογιών όπως φυσιολογική ωορρηξία, ρήξη κυστικού μορφώματος ωοθήκης, ή ακόμα και ρήξη έκτοπης κύησης. Σε περιπτώσεις όμως που υφίσταται υπερηχογραφική επιβεβαίωση ενδομήτριας κύησης, τότε το σενάριο της εξωμήτρου κύησης θεωρείται απίθανο εκτός από τις περιπτώσεις ασθενών που έχουν υποβληθεί σε υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (ετερότοπη κύηση)¹⁸. Σε αυτήν την περίπτωση πολύ πιθανή παραμένει η ανεύρεση θετικού τεστ κυήσεως, με συνοδό υπερηχογραφική απουσία ενδομήτριου σάκου (κενό ενδομήτριο, μαζί στα παραμήτρια, ring of fire)¹⁹. Σε αυτές τις περιπτώσεις η ασθενής χρήζει περαιτέρω διερεύνησης με τη διενέργεια επανελέγχου των επιπέδων της β-hCG στον ορό για τον προσδιορισμό του ρυθμού αύξησης αυτής και περαιτέρω διαχείριση ανάλογα

με τα ευρήματα (συντηρητική ή χειρουργική)²⁰.

Β. Η αξονική τομογραφία χρησιμοποιείται συχνά σε ασθενείς με ύποπτα ευρήματα απόφραξης εντέρου, σκωληκοειδίτιδας, νεφρολιθίαση, εκκολπωματίτιδας ή ακόμα και σε ασθενείς με αμφίβολα υπερηχογραφικά ευρήματα.

Γ. Τέλος, η μαγνητική τομογραφία βοηθά στην ανάδειξη της πυελικής ανατομίας σε περιπτώσεις κακοήθειας των έσω γεννητικών οργάνων, πυελικού αποστήματος, εκφυλιστικά ινομυώματα ή έγκυες γυναίκες στις οποίες η υπερηχογραφική αξιολόγηση της κοιλιακής και πυελικής χώρας δεν μπορεί να διαγνώσει την αιτία του άλγους.

IV. Αρχική διάγνωση και επανααξιολόγηση της θεραπείας

Εφόσον εντοπιστεί η γενεσιουργός αιτία του άλγους, οι ασθενείς λαμβάνουν την ανάλογη θεραπεία και εφόσον παρατηρηθεί η αναμενόμενη βελτίωση της κλινικής τους εικόνας, στην απαραίτητη προγραμματισμένη επανεξέταση, τότε δεν απαιτείται κατά κανόνα περαιτέρω αξιολόγηση ή παρέμβαση και θεραπεία. Στην αντίθετη περίπτωση, κρίνεται απαραίτητη η επανααξιολόγηση της ασθενούς για τον καθορισμό πιθανής άτυπης κλινικής σημειολογίας κατά την προσέλευση στην επανεξέταση, ή ακόμα και η ύπαρξη μιας χρόνιας νόσου με έξαρση της συμπτωματολογίας. Σε περιπτώσεις που και μετά την εκτέλεση των ανωτέρω δεν υπάρχει ξεκάθαρη ανεύρεση αιτιολογίας των συμπτωμάτων, τότε κρίνεται σκόπιμη η προσπάθεια αναζήτησης λιγότερο κοινών διαγνώσεων.

Συνοπτικά, τα βήματα της διαγνωστικής προσέγγισης των ασθενών των οποίων το οξύ πυελικό άλγος επιμένει, είναι τα ακόλουθα:

A. Επανεκτίμηση έκτακτων ή απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων

B. Επανάληψη λήψης ιστορικού και φυσικής εξέτασης για αξιολόγηση λιγότερων κοινών αιτιών.

Γ. Σε ασθενείς με μη υφόμενο οξύ πυελικό άλγος παρά τον αποκλεισμό των ανωτέρω, πραγματοποιείται διερεύνηση για ανίχνευση σπάνιων παθολογιών. Χαρακτηριστικά παραδείγματα σπάνιων παθολογιών αποτελούν το παροδικό σύνδρομο που σχετίζεται με τον υποδοχέα 1 του παράγοντα νέκρωσης όγκου (TRAPS) και εκδηλώνεται με διάχυτο

κοιλιακό και πυελικό άλγος, ο οικογενής μεσογειακός πυρετός, καθώς επίσης η πορφύρα και η τοξικότητα από μόλυβδο.

Επιπλέον, σημαντική πτυχή του ιατρικού ιστορικού και της φυσικής εξέτασης είναι η αξιολόγηση των διαταραχών ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη, το άγχος και η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, καταστάσεις δηλαδή που μπορούν να προκαλέσουν σύγχυση και αποπροσανατολισμό στη διαφορική διάγνωση και θεραπεία, καθώς οι συγκεκριμένες παθολογίες συνδέονται με δραματοποίηση της σοβαρότητας και της συμπτωματολογίας²¹. Επιπλέον, γυναίκες που βιώνουν ενδοοικογενειακή βία, μπορεί να προσέρχονται επανειλημμένως για αξιολόγηση ιατρικών καταστάσεων σχετιζόμενων άμεσα ή έμμεσα με τις τραυματικές τους εμπειρίες που απαιτούν τη συμμετοχή κοινωνικού λειτουργού²².

Μετά τη διάγνωση και θεραπεία της ασθενούς συνιστάται η τακτική παρακολούθηση έως ότου τα συμπτώματα υποχωρήσουν επαρκώς, παρά ταύτα, μια μικρή ομάδα γυναικών, μπορεί να διαμαρτύρεται για άλγος διάρκειας μεγαλύτερης του τριμήνου ή ακόμα και του εξαμήνου χωρίς να υπάρχει ξεκάθαρη αιτιολόγηση της συμπτωματολογίας. Η κατάσταση αυτή εξ ορισμού μεταπίπτει στην κατηγορία του χρόνιου πυελικού άλγους.

Ο ρόλος της χειρουργικής αξιολόγησης

Είναι κοινώς αποδεκτό ότι η διαγνωστική λαπαροσκόπηση βοηθά τόσο στην επιβεβαίωση των ευρημάτων πέραν της κλινικής εκτίμησης και του απεικονιστικού ελέγχου, όσο και στη θεραπεία, δίνοντας παράλληλα τη δυνατότητα αναγνώρισης διαφυγόντων ή διαλαθόντων παθολογιών, ιδιαίτερα σε ασθενείς των οποίων τα συμπτώματα επιμένουν (π.χ. συστροφή ωθηκών, ρήξη έκτοπης κύησης), ωστόσο, η διενέργειά της υλοποιείται έπειτα σχετικής συναίνεσης της ασθενούς. Για τον λόγο αυτό πρέπει να παρέχεται πλήρης ενημέρωση για όλους τους πιθανούς κινδύνους και των επιπλοκών που ενέχει η μη πραγματοποίησή της. Θα πρέπει λοιπόν να γνωστοποιηθεί ο κίνδυνος δυνητικής απώλειας της ευκαιρίας για διάγνωση και θεραπεία, καθώς περίπου στο 2% των ασθενών με κλινική σκωληκοειδίτιδα ανευρίσκεται υποκείμενος όγκος της σκωληκοειδούς απόφουσης και ενώ η συντηρητική θε-

ραπεία της οξείας σκωληκοειδίτιδας με αντιβιοτική αγωγή είναι παγκοσμίως αποδεκτή προσέγγιση, η ενδεχόμενη κακοήθεια αυτής, διαγιγνώσκεται και αντιμετωπίζεται μόνο χειρουργικά²³.

Η απόφαση αυτή περιπλέκεται περαιτέρω για τις ασθενείς που πάσχουν από χρόνια πυελικό άλγος σχετιζόμενο με ενδομητρίωση, καθώς η μακροχρόνια φαρμακευτική θεραπεία της εν λόγω πάθησης είναι προτιμότερη σε αντίθεση με τις πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις^{24, 25}.

Οξύ άλγος σε χρόνιες παθήσεις

Όπως προαναφέρθηκε, το οξύ πυελικό άλγος μπορεί επιπροσθέτως να εμφανιστεί ως αποτέλεσμα έξαρσης μιας γνωστής για την ασθενή, χρόνιας πάθησης. Παραδείγματα αφορούν την κρίση δρεπανοκυτταρικής αναιμίας που προκαλείται κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως, καθώς φαίνεται πως οι γυναίκες αυτές ενδεχομένως να εμφανίζουν καταμήνιες κρίσεις, οπότε σε αυτές τις περιπτώσεις, θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο καταστολής της εμμηνορροσίας προς βελτίωση των συμπτωμάτων²⁶.

Μια ακόμα συχνή χρόνια και σοβαρή πάθηση όσον αφορά τη συμπτωματολογία και τις επιπλοκές της, αποτελεί η ενδομητρίωση. Ασθενείς με τη συγκεκριμένη παθολογία μπορεί να παρουσιάσουν εξάρσεις της νόσου με επεισόδια οξέος πυελικού άλγους, αιφνίδιας έναρξης, σχετιζόμενων με την εμμηνορροσία εξαιτίας ανάπτυξης νέων ή επιδείνωσης των ήδη εγκατεστημένων ενδομητριοειδών εστιών.

Επιπροσθέτως, οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (Νόσος του Crohn & Ελκώδης κολίτιδα) είναι ικανές παθολογικές καταστάσεις εμφάνισης επιπλοκών στο πλαίσιο χρόνιας νόσου, όπως η διάτρηση και η απόφραξη του εντέρου/ειλός, όπως επίσης τα ενδοπεριτοναϊκά αποστήματα και τα συρίγγια²⁷.

Οξύ πυελικό άλγος μπορεί επίσης να εκδηλωθεί ως απότοκος επιπλοκή πρόσφατης χειρουργικής παρέμβασης. Σε αυτήν την περίπτωση η ασθενής χρήζει άμεσης κλινικής αξιολόγησης για προσδιορισμό πρωταρχικά της αιμοδυναμικής της κατάστασης με παράλληλο αποκλεισμό πιθανής συστηματικής λοίμωξης, και ανάλογα των κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων ακολουθούν οι απαραίτητες ενέργειες και διαχείριση. Παραδείγματα πιθανών μετεγχειρητικών επιπλοκών με εκδήλωση

οξείας έναρξης πυελικού άλγους περιλαμβάνουν η ενδοπεριτοναϊκή συλλογή (αίματος, ούρων ή εντερικού περιεχομένου), οι λοιμώξεις του χειρουργικού τραύματος συμπεριλαμβανομένου του αποστήματος και της κυτταρίτιδας, οι λοιμώξεις των συνθετικών πλεγμάτων κοιλιακών τοιχωμάτων και πυελικού εδάφους ή ακόμα περιτονίτιδα οφειλόμενη σε διάτρηση εντέρου μετά από λαπαροσκοπική χρήση morcellator^{28, 29}. Η ενδομητρίτιδα και η σηπτική αποβολή, όπως επίσης η διάτρηση της μήτρας έπειτα από χειρουργική επέμβαση (υστεροσκόπηση - απόξεση - εισαγωγή ενδομήτριου σπειράματος (IUD)), θα πρέπει πάντοτε να εξετάζεται και να μην εξαιρείται από το διαφοροδιαγνωστικό πλαίσιο. Τέλος, άλλες πιθανές και συνάμα συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές αφορούν την επίσχεση ούρων, είτε λειτουργική (π.χ. μετά από αναισθησία) είτε μηχανικής αιτιολογίας (π.χ. απόφραξη) καθώς επίσης την ιατρογενή ενδομητρίωση των κοιλιακών τοιχωμάτων στο σημείο του χειρουργικού τραύματος, μετά από καισαρική τομή³⁰.

Οξύ πυελικό άλγος και γυναικολογική ή άλλη κακοήθεια

Πέραν των αιτιών που περιγράφηκαν παραπάνω, κλινική σημειολογία με οξύ πυελικό άλγος δύναται επίσης να προκαλέσει μια παραμελημένη και αδιάγνωστη κακοήθεια.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, κατά κανόνα δεν προκαλεί την εν λόγω συμπτωματολογία και οι ασθενείς με τη συγκεκριμένη νεοπλασία πιο συχνά προσέρχονται με άτυπα συμπτώματα κολπικής αιμόρροιας μετά από επαφή (post coital bleeding), ενώ σε πιο προχωρημένα στάδια και ανάλογα με την έκταση της νόσου, μπορεί να παρουσιάσουν αιματουρία ή ακόμα και τεινισμό λόγω δυσκολίας απόδευσης.

Αντίθετα με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, στον καρκίνο των ωοθηκών παρατηρείται αύξηση της περιμέτρου κοιλίας λόγω της παρουσίας ασκτικής συλλογής και συμπτώματα δύσπνοιας, πρώιμου γαστρικού κορεσμού και δυσκοιλιότητα με απότοκο το κοιλιακό άλγος.

Ο καρκίνος του ενδομητρίου, όπως και ο καρκίνος του τραχήλου συνήθως δεν προκαλεί σε αρχικά στάδια την προαναφερθείσα συμπτωματολογία,

παρά μόνο κολπική αιμόρροια η οποία συμβαίνει κυρίως στην εμμηνόπαυση.

Ο καρκίνος του ορθού συνηθέστερα προκαλεί άλγος στο ορθό, αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου και αιματοχεσία.

Τέλος, η κύρια πρωταρχική συμπτωματολογία στον καρκίνο της ουροδόχου κύστης είναι αιματοουρία, συμπεριλαμβανομένης της διέλευσης θρόμβων αίματος κατά την ούρηση, η οποία συνήθως δεν συνδυάζεται με διάχυτο πνευλικό άλγος.

Σύνοψη

Συνοψίζοντας, το οξύ πνευλικό άλγος ορίζεται το άλγος στο υπογάστριο διάρκειας μικρότερης του τριμήνου και μπορεί να είναι διάχυτο, εντοπισμένο και σε ορισμένες περιπτώσεις, να συνοδεύεται από οσφυαλγία. Τα πιο συχνά αίτια αφορούν γυναικολογικές, γαστρεντερικές και ουρολογικές διαταραχές, αν και μπορεί επίσης να εμφανιστούν μυοσκελετικές, αγγειακές και νευρολογικές διαμαρτίες. Ο κλινικός μαιευτήρας-γυναικολόγος θα βρεθεί συχνά σε διαφοροδιαγνωστικό δίλλημα καθώς θα κλιθεί στην καθ' ημέρα πράξη να αντιμετωπίσει τις περισσότερες από αυτές τις κλινικές καταστάσεις. Ωστόσο, υπάρχουν παθολογίες πιο σπάνιες και παράλληλα κάποιες ιδιαίτερα απειλητικές για τη ζωή της ασθενούς.

Πρωταρχικός στόχος θα πρέπει να παραμένει πάντοτε η αναγνώριση των απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων και η προτεραιοποίηση στη διαχείριση των ασθενών που χρήζουν άμεσης παρέμβασης και αντιμετώπισης. Ταυτόχρονα συνεκτιμάται η κλινική εικόνα της ασθενούς, λαμβάνεται πλήρες ιστορικό και εκτελείται κλινική εξέταση. Ευρήματα που συνάδουν υπέρ αιμοδυναμικής αστάθειας περιλαμβάνουν τα ασταθή ζωτικά σημεία, η έντονη ευαισθησία της κοιλιακής χώρας ο περιτοναϊσμός και κάποιες απειλητικές για τη ζωή παθολογίες (π.χ. έκτοπη κύηση και διάτρηση εντέρου). Κρίσιμο βήμα στην κλινική αξιολόγηση κάθε γυναίκας αναπαραγωγικής ηλικίας αποτελεί ο αποκλεισμός της κύησης.

Εφόσον τεθεί η διάγνωση και χορηγηθεί η κατάλληλη θεραπεία αναμένονται σημεία βελτίωσης εντός ενός εύλογου χρονικού πλαισίου και εφόσον δεν παρατηρηθούν πραγματοποιείται εκ νέου επανεκτίμηση. Τέλος, σημαντικός είναι ο διαγνωστικός και θεραπευτικός ρόλος που κατέχει η διαγνωστική λαπαροσκόπηση στην επιβεβαίωση της διάγνωσης και διαχείριση του οξέος πνευλικού άλγους, ειδικά σε περιπτώσεις επίμονου άλγους, με ταυτόχρονη αδυναμία προσδιορισμού του αιτιοπαθογενετικού παράγοντα. ☺

Take home messages

- Οξύ πνευλικό άλγος ορίζεται το άλγος στο υπογάστριο διάρκειας μικρότερης του τριμήνου.
- Οι συνηθέστερες αιτίες στις γυναίκες περιλαμβάνουν παθολογίες των έσω και έξω γεννητικών οργάνων, του γαστρεντερικού και του ουροποιητικού συστήματος.
- Μυοσκελετικά, αγγειακά και νευρολογικά αποτελούν σπανιότερα αίτια οξέος πνευλικού άλγους
- Προτεραιότητα έχει ο αποκλεισμός απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων και ο αποκλεισμός πιθανής κύησης.
- Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού, η ενδελεχής φυσική εξέταση και ο παρακλινικός έλεγχος (απεικονιστικές/εργαστηριακές εξετάσεις) είναι βήματα μείζονος σημασίας για την ορθή διαφοροδιαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση.
- Σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει βελτίωση συμπτωματολογίας παρά την αρχική θεραπεία συνίσταται επανεκτίμηση της ασθενούς.
- Η χειρουργική προσέγγιση με διαγνωστική λαπαροσκόπηση σε περιπτώσεις στις οποίες η συμπτωματολογία επιμένει χωρίς σαφή και ξεκάθαρη αιτιολογία παρέχει τόσο διαγνωστική όσο και θεραπευτική χρησιμότητα.

Acute pelvic pain in gynaecology. Causes and differential diagnosis.

Synopsis

Acute pelvic pain is the presence of pain in the lower abdomen lasting less than three months. It is usually caused by disorders of the reproductive, urinary or gastrointestinal tract. Musculoskeletal, vascular and neurological diseases however, are capable of causing similar symptoms. Most women of reproductive age will experience pelvic pain unrelated to the menstrual cycle at some point in their lives, but a critical diagnostic step is to rule out pregnancy, as pregnant patients should be referred for immediate evaluation. The primary goals should always remain the recognition of life-threatening conditions and the prioritization of diagnostic clinical and laboratory steps for the management of patients who need immediate intervention and treatment.

KEYWORDS: Acute pelvic pain / Chronic pelvic pain / Gynaecology / Differential diagnosis / Management / Pelvic infections / Pelvic inflammatory disease / Ectopic pregnancy

References

1. Kruszka PS, Kruszka SJ. Evaluation of acute pelvic pain in women. *Am Fam Physician*. 2010;82(2):141-7.
2. Robertson JJ, Long B, Koyfman A. Myths in the Evaluation and Management of Ovarian Torsion. *J Emerg Med*. 2017;52(4):449-56.
3. Tsevat DG, Wiesenfeld HC, Parks C, Peipert JF. Sexually transmitted diseases and infertility. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(1):1-9.
4. Herrera FA, Hassanein AH, Bansal V. Atraumatic spontaneous rupture of the non-gravid uterus. *J Emerg Trauma Shock*. 2011;4(3):439.
5. Mostafa-Gharabaghi P, Bordbar S, Vazifekhah S, Naghavi-Behzad M. Spontaneous Rupture of Pyometra in a Nonpregnant Young Woman. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2017;2017:4572379.
6. Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, Ansaloni L, Coccolini F, Abu-Zidan F, et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J Emerg Surg*. 2020;15(1):32.
7. Basta Nikolic M, Spasic A, Hadnadjev Simonjic D, Stojanovic S, Nikolic O, Nikolic D. Imaging of acute pelvic pain. *Br J Radiol*. 2021;94(1127):20210281.
8. Daponte A, Deligeoroglou E, Garas A, Pournaras S, Hadjichristodoulou C, Messinis IE. Activin A and follistatin as biomarkers for ectopic pregnancy and missed abortion. *Dis Markers*. 2013;35(5):497-503.
9. Daponte A, Pournaras S, Polyzos NP, Tsezou A, Skentou H, Anastasiadou F, et al. Soluble FMS-like tyrosine kinase-1 (sFlt-1) and serum placental growth factor (PlGF) as biomarkers for ectopic pregnancy and missed abortion. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96(9):E1444-51.
10. Daponte A, Pournaras S, Zintzaras E, Kallitsaris A, Lialios G, Maniatis AN, et al. The value of a single combined measurement of VEGF, glycodelin, progesterone, PAPP-A, HPL and LIF for differentiating between ectopic and abnormal intrauterine pregnancy. *Hum Reprod*. 2005;20(11):3163-6.
11. Barnhart KT. Clinical practice. Ectopic pregnancy. *The New England journal of medicine*. 2009;361(4):379-87.
12. Zacharis K, Klimatsouda M, Donoudis C, Valasoulis G, Daponte A. A Rare Case of Imperforate Hymen Presenting with Perineal Pain. *Austin J Obstet Gynecol*. 2021;8(1):1161.

13. Valasoulis G, Pouliakis A, Michail G, Magaliou I, Parthenis C, Margari N, et al. Cervical HPV Infections, Sexually Transmitted Bacterial Pathogens and Cytology Findings; A Molecular Epidemiology Study. *Pathogens*. 2023;12(11):1347.
14. Βαλασούλης Γ. Προοπτική μελέτη παρατήρησης του επιπολασμού της HPV προσβολής καθώς χλαμυδιακών, ουρεοπλασματικών και μυκοπλασματικών λοιμώξεων σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας [(Μεταπτυχιακή Διπλωματική Διατριβή)]. Αλεξανδρούπολη, Ελλάδα: Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης; 2018.
15. Klein E, Helzner E, Shayowitz M, Kohlhoff S, Smith-Norowitz TA. Female Genital Mutilation: Health Consequences and Complications-A Short Literature Review. *Obstetrics and gynecology international*. 2018;2018:7365715.
16. AIUM practice guideline for the performance of the focused assessment with sonography for trauma (FAST) examination. *J Ultrasound Med*. 2014;33(11):2047-56.
17. Emergency ultrasound imaging criteria compendium. *American College of Emergency Physicians. Ann Emerg Med*. 2006;48(4):487-510.
18. Daponte A, Spyridakis M, Ioannou M, Vanakara P, Tzovaras G, Hatzitheofilou K, et al. Live birth after laparotomy for concurrent heterotopic pregnancy and appendicitis in a 6 weeks IVF pregnancy. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2007;275(5):397-9.
19. Xiao S, Mo M, Hu X, Zhang H, Xu S, Wang Z, et al. Study on the incidence and influences on heterotopic pregnancy from embryo transfer of fresh cycles and frozen-thawed cycles. *J Assist Reprod Genet*. 2018;35(4):677-81.
20. Valasoulis G, Magaliou I, Koufidis D, Garas A, Daponte A. Caesarean Scar Pregnancy: A Case Report and a Literature Review. *Medicina*. 2022;58(6):740.
21. Woo AK. Depression and Anxiety in Pain. *Rev Pain*. 2010;4(1):8-12.
22. Baldwin SB, Eisenman DP, Sayles JN, Ryan G, Chuang KS. Identification of human trafficking victims in health care settings. *Health Hum Rights*. 2011;13(1):E36-49.
23. Westfall KM, Brown R, Charles AG. Appendiceal Malignancy: The Hidden Risks of Nonoperative Management for Acute Appendicitis. *Am Surg*. 2019;85(2):223-5.
24. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion'Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. *Fertil Steril*. 2014;101(4):927-35.
25. ACOG Committee Opinion No. 760 Summary: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. *Obstet Gynecol*. 2018;132(6):1517-8.
26. Sharma D, Day ME, Stimpson SJ, Rodeghier M, Ghafari D, Callaghan M, et al. Acute Vaso-Occlusive Pain is Temporally Associated with the Onset of Menstruation in Women with Sickle Cell Disease. *J Womens Health (Larchmt)*. 2019;28(2):162-9.
27. Włodarczyk J, Burzyński J, Czerwiński B, Prusisz M, Socała K, Poleszak E, et al. Management of Pelvic Pain in Patients with Crohn's Disease-Current Overview. *J Clin Med*. 2023;12(2).
28. Li PK, Szeto CC, Piraino B, de Arteaga J, Fan S, Figueiredo AE, et al. ISPD Peritonitis Recommendations: 2016 Update on Prevention and Treatment. *Perit Dial Int*. 2016;36(5):481-508.
29. Todd J, Aspell JE, Lee MC, Thiruchelvam N. How is pain associated with pelvic mesh implants measured? Refinement of the construct and a scoping review of current assessment tools. *BMC Womens Health*. 2022;22(1):396.
30. Vellido-Cotelo R, Muñoz-González JL, Oliver-Pérez MR, de la Hera-Lázaro C, Almanza-González C, Pérez-Sagaseta C, et al. Endometriosis node in gynaecologic scars: a study of 17 patients and the diagnostic considerations in clinical experience in tertiary care center. *BMC Womens Health*. 2015;15:13.

Κολπική αιμορραγία στην παιδική ηλικία

Μιχαλά Λίνα ¹, Ροΐδη Στέλλα ², Τσιριβα Μαρία ³, Κασιώνη Σπυριδούλα ⁴

¹Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας ΕΚΠΑ- Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα»

²Μαιευτήρας Γυναικολόγος, IFEPAG, Επιστημονικός συνεργάτης Α΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής ΕΚΠΑ

³Μαιευτήρας Γυναικολόγος- Εξειδικευόμενη Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας

⁴Μαιευτήρας Γυναικολόγος- Επιμελήτρια Β΄ ΓΝΑ Ελενα Βενιζέλου- Εξειδικευόμενη Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας.

Περίληψη

Η κολπική αιμόρροια είναι ένα από τα πιο σοβαρά συμπτώματα που θα οδηγήσει ένα παιδί στο γυναικολόγο, προκαλώντας ιδιαίτερη ανησυχία, τόσο στο κορίτσι, όσο και στην οικογένειά της, ενώ είναι πάντοτε παθολογική. Η έγκαιρη παραπομπή και εξέταση από γυναικολόγο έχει σαν στόχο να αποκλειστεί σοβαρή παθολογία, όπως είναι το βοτρυοειδές σάρκωμα ή η πρόωμη ήβη. Σε αρκετές περιπτώσεις η απλή επισκόπηση αναδεικνύει την παθολογία, όπως είναι ο τραυματισμός, η αιδοιοκολπίτιδα, οι δερματοπάθειες ή το εκτρόπιο της ουρήθρας. Η διερεύνηση πρέπει να είναι μεθοδική, και περιλαμβάνει τη λήψη σωστού ιστορικού, τον έλεγχο του σώματος του παιδιού για στοιχεία ήβης και άλλες δερματικές βλάβες, την επισκόπηση του περινέου, τη λήψη καλλιέργειών και επί ενδείξεων την παρθενοσκόπηση και εξέταση υπό αναισθησία. Η αντιμετώπιση στην πλειονότητα των περιπτώσεων, είναι συντηρητική. Συμπερασματικά, η κολπική αιμορραγία στην παιδική ηλικία πρέπει να διερευνάτε και να αντιμετωπίζεται άμεσα, με στόχο την αντιμετώπιση του προβλήματος και τον καθουσιασμό του παιδιού και της οικογένειάς του.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Παιδική ηλικία / Κολπική αιμόρροια / Αιδοιοκολπίτιδα / Σεξουαλική κακοποίηση / Πρόωμη ήβη

Εισαγωγή

Η κολπική αιμόρροια είναι πάντοτε παθολογική στην παιδική ηλικία και χρήζει απαραίτητα διερεύνησης, καθώς ενδέχεται να υποκρύπτεται σοβαρή

παθολογία. Για το λόγο αυτό, αλλά και καθώς η εμφάνιση αιμορραγίας συχνά πανικοβάλλει το κορίτσι και τους γονείς του, η διερεύνηση θα πρέπει να γίνεται άμεσα και αποτελεσματικά. Εφόσον αυτό είναι

Corresponding author

Μιχαλά Λίνα, E-mail: linamichalas@hotmail.com

εφικτό, ο έλεγχος του παιδιού θα γίνει από εξειδικευμένο παιδογυναικολόγο, ο οποίος θα γνωρίζει τον τρόπο προσέγγισης, προκειμένου να επιτευχθεί η διάγνωση.¹

Ιστορικό και Κλινική Εξέταση

Κατά τη λήψη του ιστορικού, αξιολογείται η ποσότητα, το χρώμα και η διάρκεια της αιμορραγίας. Αν πρόκειται για μεγάλη αιμορραγία (πράγμα σπάνιο), προέχει η αιμοδυναμική σταθεροποίηση του παιδιού, πριν από οποιαδήποτε άλλη ενέργεια.

Ενδιαφέρει επίσης, αν υπάρχουν συνοδές ενοχλήσεις από το ουροποιητικό και γυναικολογικό σύστημα, όπως καύσος, άλγος ή κνησμός στο αιδοίο, άλγος στο υπογάστριο, καθώς και δυσουρικά ενοχλήματα.^{1,2}

Από τον έλεγχο των λοιπών συστημάτων, ενδιαφέρει κυρίως η ύπαρξη δυσκοιλιότητας, πρόσφατη λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού και αλλεργίες ή ατοπική διάθεση.

Επίσης, επιβάλλεται να ερωτηθεί το παιδί ή ο γονιός για στοιχεία πιθανής έναρξης ήβης, όπως μαστοδυνία, σωματική οσμή, εμφάνιση τριχοφυΐας στο εφήβαιο ή τη μασχάλη.

Θα γίνουν τέλος ερωτήσεις, σχετικά με πιθανό τραυματισμό, ενώ θα πρέπει να ληφθούν στοιχεία σχετικά με το κοινωνικό ιστορικό, προκειμένου να ελεγχθεί το ενδεχόμενο σεξουαλικής κακοποίησης. Για τον λόγο αυτό, εφόσον το γνωσιακό επίπεδο του παιδιού το επιτρέπει, καλόν είναι να ερωτηθεί και εκείνο ξεχωριστά, για το ενδεχόμενο να το έχει αγγίξει κάποιος στα γεννητικά του όργανα.

Από το οικογενειακό ιστορικό, θα λάβουμε τέλος πληροφορίες για την ηλικία έναρξης της ήβης συγγενών πρώτου βαθμού.

Η εξέταση του παιδιού, θα πρέπει να γίνει σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο, όπου θα διασφαλίζονται κατάλληλες συνθήκες και ιδιωτικότητα. Θα ελεγχθεί το ύψος, το βάρος, καθώς και τα στάδια κατά Tanner, ενώ θα γίνει επισκόπηση του δέρματος, για πιθανά εξανθήματα ή κηλίδες.

Η επισκόπηση του περινέου, μπορεί να γίνει στο εξεταστικό κρεβάτι, τοποθετώντας τα κάτω άκρα σε απαγωγή, σε στάση «πεταλούδας» ενώ σε μικρόσωμα παιδιά ή βρέφη, η εξέταση, μπορεί να γίνει πάνω

στα γόνατα της γονέα, ώστε να νιώσει το παιδί μεγαλύτερη ασφάλεια και να συνεργαστεί.

Στην περιοχή των γεννητικών οργάνων, θα ελεγχθεί η ύπαρξη ή μη αιμόρροιας, κατά πόσον αυτή προέρχεται από τον κόλπο, τον πρωκτό ή το δέρμα του αιδοίου. Επισκοπικά αναζητούνται στοιχεία ενδεικτικά κάποιας δερματοπάθειας, όπως λειχήνας ή έκζεμα, η ύπαρξη εκδορών, ενώ ελέγχεται η ανατομία του προδόμου, της ουρήθρας, του παρθενικού υμένα καθώς και της περιπρωκτικής περιοχής. Εφόσον υπάρχει έκκριμα, λαμβάνεται καλλιέργεια για αποκλεισμό κάποιας μικροβιακής αιδοιοκολπίτιδας.^{1,2}

Περαιτέρω έλεγχος

Εφόσον τίθεται υποψία πρόωμης ήβης, θα γίνουν οι σχετικές ορμονικές εξετάσεις, όπως LHRH test, καθώς και απεικόνιση κάτω κοιλίας σε πρώτη φάση, και αν κριθεί απαραίτητο, έλεγχος τη υπόφουσης του παιδιού.

Σε περίπτωση που η αιμόρροια επιμένει, χωρίς να αναγνωρίζεται σαφές αίτιο, ή υπάρχει κάποιο ύποπτο εύρημα από τον κόλπο, η εξέταση θα πρέπει να ολοκληρωθεί υπό αναισθησία, με τη χρήση παιδιατρικού κυστεοσκοπίου, προκειμένου να ελεγχθεί το εσωτερικό του κόλπου του παιδιού, για τη ύπαρξη ξένου σώματος ή κάποιου όγκου του κατώτερου γεννητικού συστήματος.^{1,2}

Πιθανές Διαγνώσεις

ΜΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

- Πρόπτωση ουρηθρικού βλεννογόνου-εκτρόπο ουρήθρας

Πρόκειται για καλοήγη κατάσταση, η οποία είναι συχνότερη σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, ενώ εμφανίζεται συνηθέστερα στην αφρικανική φυλή. Εφόσον το εκτρόπο ουρήθρας είναι ασυμπτωματικό δεν χρήζει κάποιας θεραπείας. Σε περίπτωση όμως που υπάρξει αιμόρροια ή δυσουρικά ενοχλήματα, τότε προτείνεται η χορήγηση τοπικών οιστρογόνων πχ η χορήγηση τοπικής οιστριόλης σε γέλη).

Σε σπανιότερες περιπτώσεις μη ανταπόκρισης στην τοπική αγωγή, προτείνεται η χειρουργική αντιμετώπιση με καυτηριασμό του επιπλέον ιστού υπό αναισθησία.



Εικόνα 1. Εκτόμηση ουρήθρας σε κορίτσι 4 ετών. Εξέταση υπό αναισθησία



Εικόνα 2. Αιδοιοκολπίτιδα από στρεπτόκοκκο

- Ουρολιθίαση ή ουρολοίμωξη

Η περίπτωση άλλου ουρολογικού προβλήματος ή προέλευσης της αιμόρροιας από το ουροποιητικό, μπορεί εύκολα να αποκλεισθεί με τη διενέργεια γενικής ούρων και καλλιέργειας. Αξίζει να σημειωθεί, ότι η ουρολοίμωξη στην παιδική ηλικία μπορεί να είναι ασυμπτωματική ή να μην σχετίζεται με τοπικά δυσουρικά ενοχλήματα.

- Αιμορροΐδα- Ραγάδα πρωκτού

Αιμόρροια από την περιοχή του πρωκτού, μπορεί εύκολα να ελεγχθεί και να αποκλεισθεί με την επίσκόπηση της περιοχής. Είναι πιθανότερο να υπάρξει αιμόρροια από τον πρωκτό σε περίπτωση δυσκοιλιότητας, ενώ το κορίτσι θα παραπονιέται για άλγος κατά την αφόδευση.³

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

- Αιδοιοκολπίτιδα της παιδικής ηλικίας

Πρόκειται για το συνηθέστερο γυναικολογικό πρόβλημα της παιδικής ηλικίας. Συνήθως, συσχετίζεται με άλγος και καύσο στην περιοχή του αιδοίου και του κόλπου, ενώ παρουσιάζονται και βλενώδη κιτρινόχρα ή πρασινόχρα υγρά, ενίοτε δύσοσμα.

Συνήθως το έκκριμα στην αιδοιοκολπίτιδα της παιδικής ηλικίας δεν είναι αιμορραγικό. Αιμόρροια όμως, μπορεί να συσχετίζεται με λοίμωξη από στρεπτόκοκκο της ομάδας A. Σε αυτήν την περίπτωση, το παιδί, συνηθέστατα θα παρουσιάζει συμπτώματα και από το ανώτερο αναπνευστικό ή και πυρετό. Χαρακτηριστικά μάλιστα στρεπτοκοκκική αιδοιοκολπί-

τιδα εμφανίζεται σε περιόδους έξαρσης στρεπτοκοκκικών λοιμώξεων τους χειμερινούς μήνες.

Η ανάδειξη του μικροβίου, θα γίνει με τη λήψη εκκρίματος για καλλιέργεια και αντιβιογράμμα, ενώ μπορεί να γίνει άμεσα και Strep-test, με το αντίστοιχο kit που χρησιμοποιείται για το στοματοφάρυγγα.

Η μετάδοση γίνεται από το ίδιο το παιδί, από το στοματοφάρυγγα, και μεταφέρεται με τα δάχτυλά του, καθώς ενδέχεται να τα βάζει στο στόμα του και κατόπιν στην γεννητική περιοχή, μεταφέροντας το μικρόβιο⁴.

Η αντιμετώπιση θα γίνει με τη χορήγηση αντιβίωσης, βάσει αντιβιογράμματος, για ένα δεκαήμερο. (Εικόνα 2)

- Εκζεμα/ Ατοπική δερματίτιδα

Η ατοπία είναι αρκετά συχνό φαινόμενο στην περιοχή του αιδοίου και οδηγεί σε συμπτωματολογία ανάλογη της φλεγμονώδους αιδοιοκολπίτιδας, με έντονες εκκρίσεις από τον κόλπο, ερυθρότητα, καύσο στην περιοχή και δυσουρία, κατά την επαφή των ούρων στο δέρμα του αιδοίου. Σε περίπτωση σοβαρού εκζέματος, ενδέχεται να υπάρχει απογύμνωση του δέρματος και καφεοειδές/αιμορραγικό έκκριμα.

Πρώτο μέλημα, είναι η απομάκρυνση ερεθιστικών παραγόντων στην περιοχή του αιδοίου, η αποφυγή μαλακτικών ρούχων, η χρήση καθαριστικών άοσμων και άχρωμων και ειδικών για ευαίσθητο και ατοπικό δέρμα.

Επιπλέον, συστήνεται η χρήση ενυδατικών αλοιφών, οι οποίες θα δημιουργήσουν και ένα φραγμό

στην περιοχή. Σε περιπτώσεις, όπου τα συμπτώματα δεν μειώνονται, μπορεί να χρησιμοποιηθεί τοπικό κορτικοστεροειδές, συνήθως ήπιο, όπως η υδροκορτιζόνη.⁵

- Σκληρυντικός Λειχήνας

Ο σκληρυντικός λειχήνας εμφανίζεται συχνότερα στην παιδική ηλικία και την εμμηνόπαυση, στις φάσεις ζωής δηλαδή της γυναίκας που σχετίζονται με ένδεια οιστρογόνων. Αναγνωρίζεται η χαρακτηριστική λευκόχροη χροιά δέρματος, γύρω από το αιδοίο όσο και περιπρωκτικά. Στα παιδιά, πιθανώς να αναγνωρίζονται μικρές πετέχιες. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα του λειχήνα είναι ο έντονος κνησμός, ο οποίος οδηγεί σε εκδορές και ενδεχομένως αιμόρροια. Η αντιμετώπιση του λειχήνα γίνεται με μακροχρόνια χορήγηση ισχυρών τοπικών κορτικοστεροειδών. Προτείνεται δε η χρήση ενυδατικών αλοιφών στην περιοχή και η απομάκρυνση ερεθιστικών παραγόντων.⁶

- Ξένο σώμα

Σε περίπτωση επιμονής των κολπικών εκκρίσεων ή επί εμφάνισης αιματηρών υγρών από τον κόλπο, καλόν είναι να υποψιαστούμε την περίπτωση ξένου σώματος εντός αυτού. Το συνηθέστερο αντικείμενο που εντοπίζεται είναι χαρτί υγείας, το οποίο έχει εισαγάγει το κορίτσι στον κόλπο κατά την τοπική υγιεινή του. Αρχικά, γίνεται σύσταση για 'Sitz baths' με στόχο την αποκόλληση του χαρτιού από τον κόλπο. Εναλλακτικά, σε συνεργάσιμο παιδί, μπορούν να γίνουν πλύσεις με φυσιολογικό ορό.

Σε περίπτωση που τα συμπτώματα επιμένουν, θα πρέπει να γίνει εξέταση υπό αναισθησία, με χρήση παιδιατρικού κυστεοσκοπίου, χάρη στο οποίο μπορεί να ελεγχθεί ο κόλπος στην ολότητά του και να αφαιρεθεί, ένα ενδεχόμενο ξένο σώμα εντός αυτού.^{1,2,3}

- Βοτρυοειδές σάρκωμα

Πρόκειται για σπανιότατο όγκο, που συναντάται σε ένα στα 100.000 κορίτσια, συνήθως κάτω των 5 ετών. Η εικόνα είναι χαρακτηριστική και η εξέλιξη του όγκου ταχύτατη, ώστε συχνά ο πολυποειδής όγκος να εξέρχεται από την είσοδο του κόλπου με τη μορφή τσαμπού σταφυλιού (βοτρώων- από όπου και η ονομασία του όγκου). Το βοτρυοειδές σάρκωμα είναι εξαιρετικά χήμιο και ακτινοεαίσθητο, με αποτέλεσμα η πρόγνωση του να είναι εξαιρετική.^{1,2,3}

- Τραυματισμός

Συνήθως πρόκειται για τραυματισμούς που συμβαίνουν σε πτώσεις υπαστί, κατά το παιχνίδι του παιδιού. Η περιοχή του αιδοίου έχει άφθονο συνδετικό ιστό, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται συχνά αιματώματα στην περιοχή των χειλέων. Σε περίπτωση που το οίδημα επεκτείνεται προς την ουρήθρα, ενδέχεται να υπάρξει δυσκολία στην ούρηση ή και επίσχεση ούρων. Πέραν επομένως της περιποίησης του τραύματος, της συρραφής κάποιου θλαστικού ή της παροχέτευσης μεγάλου αιματώματος, ενδέχεται να χρειαστεί παρακολούθηση της ούρησης, και επί επίσχεσης, η τοποθέτηση ουροκαθετήρα.

Ο παρθενικός υμένας βρίσκεται προστατευμένος και σε απόσταση περίπου 2 εκατοστών από το περίνεο. Επομένως, είναι εξαιρετικά δύσκολο να τραυματιστεί ακούσια. Εφόσον λοιπόν, αναδειχθεί κατά την επισκόπηση τραυματισμός στον υμένα και ρήξη αυτού, τίθεται σοβαρότατη υποψία σεξουαλικής κακοποίησης και θα πρέπει να γίνει σχετική διερεύνηση.⁷

- Πρώιμη ήβη και εμμηναρχή

Ως πρώιμη, θεωρείται η ήβη όταν ξεκινάει πριν την ηλικία των 8 ετών και η εμμηναρχή πριν την ηλικία των 10. Διακρίνεται σε περιφερικής και κεντρικής αιτιολογίας. Η κεντρικής αιτιολογίας είναι συχνότερη, και κατ' αυτήν, παρατηρείται σταδιακή ανάπτυξη των δευτερογενών στοιχείων του φύλου και κυρίως του μαστού. Η εμμηναρχή επέρχεται συνήθως εφόσον η ανάπτυξη του μαστού, είναι σταδίου B3- B4 κατά Tanner. Καθώς η κεντρική πρώιμη ήβη ενδέχεται να σχετίζεται με την ύπαρξη παθολογίας στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, συστήνεται κατά τη διερεύνηση, να διενεργηθεί και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Προς όφελος του τελικού ύψους του παιδιού, αλλά και για να αποφευχθούν σοβαρές ψυχολογικές συνέπειες από την πρώιμη ανάπτυξη, συστήνεται η αναστολή της ήβης με χορήγηση GnRH αγωνιστών.

Η περιφερική πρώιμη ήβη οφείλεται σε αυτόνομη παραγωγή οιστραδιόλης από την ωοθήκη. Μπορεί να οφείλεται σε μεμονωμένο κυστικό ωοθυλάκιο της ωοθήκης, ή να εντάσσεται στα πλαίσια του συνδρόμου McCune Albright. Χαρακτηριστικό της περιφερικής πρώιμης ήβης είναι η αιφνίδια έναρξη των συμπτωμάτων, με σχεδόν

παράλληλη εμφάνιση μαστοδυνίας, θηλαρχής και αιμόρροιας από τον κόλπο. Η διάγνωση θα τεθεί, εφόσον αναδειχθούν αυξημένα επίπεδα οιστραδιόλης και κατεσταλμένες γοναδοτροπίνες στο βιοχημικό έλεγχο, καθώς και κυστικό μόρφωμα, συνήθως ορώδες στην ωοθήκη. Στην πλειονότητά

τους, τα κυστικά αυτά μορφώματα υποστρέφουν με πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων. Εφόσον όμως παραμένει η παραγωγή οιστραδιόλης, προτείνεται η χορήγηση αναστολέων αρωματάσης, προκειμένου να αποφευχθεί η επίδρασή της στο τελικό ύψος του παιδιού.⁸ ☹

Take home messages

- Η Κολπική Αιμόρροια είναι πάντοτε παθολογική στην Παιδική Ηλικία
- Η αιμόρροια μπορεί να οφείλεται σε μη γυναικολογικά αίτια, όπως αιμορροΐδες ή εκτρόπιο ουρήθρας
- Η διερεύνηση έχει σαν στόχο να αποκαλύψει δομικά αίτια, όπως δερματίτιδες, αιδοικολπίτιδα, τραυματισμό.
- Ενδέχεται να οφείλεται σε ορμονικά αίτια, όπως πρόωμη ήβη.

Vaginal bleeding in childhood

Synopsis

Vaginal bleeding is one of the most serious symptoms that will bring a child to the gynecologist. It is always abnormal and requires systematic investigation. The causes can vary with a diagnostic range including all specialties. The need for timely referral and examination by a gynecologist is to exclude the possibility of serious pathology, such as botryoid sarcoma or early puberty. It should be noted, however, that in most cases a simple clinical examination highlights the pathology, which is usually treated conservatively. This may include a structural problem of the urethra but also a skin lesion of the vulva and perineum. Vaginal bleeding in childhood should be investigated and treated immediately since it is one of the most worrying symptoms for both the family and the gynecologist.

KEYWORDS: Childhood / Vaginal bleeding / Vulvovaginitis / Precocious puberty

References

1. Drever, N., Peek, S., Moussaoui, D., Dkeidek, A. I., & Grover, S. R. (2023). Vaginal bleeding in children: A retrospective audit at a tertiary paediatric gynaecology service. *Journal of paediatrics and child health*, 59(4), 653–659. <https://doi.org/10.1111/jpc.16366>
2. Dwiggin, M., & Gomez-Lobo, V. (2017). Current review of prepubertal vaginal bleeding. *Current opinion in obstetrics & gynecology*, 29(5), 322–327. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000398>
3. Söderström, H. F., Carlsson, A., Börjesson, A., & Elfving, M. (2016). Vaginal Bleeding in Prepubertal Girls: Etiology and Clinical Management. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 29(3), 280–285. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.10.017>
4. Hayes, L. and Creighton, S.M. (2007), Prepubertal vaginal discharge. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 9: 159-163. <https://doi.org/10.1576/toag.9.3.159.27335>
5. Michala, L. and Creighton, S.M. (2009), Fused labia: a paediatric approach. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 11: 261-264. <https://doi.org/10.1576/toag.11.4.261.27529>
6. Nerantzoulis I, Griogriadis T, Michala L. (2017), Genital lichen sclerosus in childhood and adolescence: early diagnosis is crucial to avoid longterm sequelae. *Eur J Pediatr* Oct;176(10):1429-1432. <https://doi: 10.1007/s00431-017-3004-y>
7. Soldatou A, Michala L (2022), What to do when a child reports sexual harassment and sexual assault to a medical professional. *Int J Impot Res*. Jan;34(1):8-17. <https://doi: 10.1038/s41443-020-00345-z>.
8. Papanikolaou A, Michala L (2015), Autonomous ovarian cysts in prepubertal girls. How aggressive should we be? A review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. Oct;28(5):292-6. <https://doi: 10.1016/j.jpag.2015.05.004>

Δυσλειτουργικές Αιμορραγίες Μήτρας στην Εφηβεία

Δρ. Ευθύμιος Κ. Δεληγεώρογλου¹, Δρ. Βασίλειος Καρούντζος²

¹Ομ. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, τ. Διευθυντής Β' Μαιευτικής – Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, «Αρεταίειον» Νοσοκομείο,

τ. Διευθυντής Τομέα Υγείας Μητέρας – Παιδιού - Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

Διευθυντής Τμήματος Παιδικής – Εφηβικής Γυναικολογίας, Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής «ΜΗΤΕΡΑ»

²Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών,

Αναπληρωτής Διευθυντής Τμήματος Παιδικής – Εφηβικής Γυναικολογίας Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής «ΜΗΤΕΡΑ»

Περίληψη

Η Δυσλειτουργική Αιμορραγία της Μήτρας στην Εφηβεία αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες ανησυχίας των νεαρών κοριτσιών αλλά και των γονέων τους. Η συχνότερη αιτία της, είναι η ανωθυλακιορρηξία, λόγω της ανωριμότητας του άξονα Υποθάλαμος – Υπόφυση – Ωοθήκες, αποτελώντας έτσι μια διάγνωση εξ' αποκλεισμού, όταν άλλες υποκείμενες παθολογίες έχουν αποκλεισθεί σε αυτά τα κορίτσια. Τόσο το ατομικό αναμνηστικό, όσο και το οικογενειακό ιστορικό, παίζουν καιρίο ρόλο στη διάγνωση της, ενώ η ενδελεχής κλινική εξέταση είναι δεούσης σημασίας σε αυτές τις έφηβες. Παράλληλα, θα πρέπει να πραγματοποιείται εκτεταμένος κλινικοεργαστηριακός έλεγχος και υπερηχογράφημα έσω γεννητικών οργάνων. Τέλος, η αντιμετώπιση της καθορίζεται από την ποσότητα του αίματος, την κλινική εικόνα της έφηβης και τα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη και περιλαμβάνει τη χορήγηση σιδηροθεραπείας, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, τις ορμονικές μεθόδους, καθώς και την τοποθέτηση του ειδικού για νεαρές, ενδομητρίου σπειράματος προγεστερόνης, όταν το επιτρέπουν οι προϋποθέσεις. Σε καταστάσεις σοβαρού βαθμού αναιμίας, τότε καταφεύγουμε σε θεραπευτική απόξεση.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Δυσλειτουργική Αιμορραγία της Μήτρας / Εφηβεία / Αίτια / Διάγνωση / Θεραπεία

Corresponding author

Ευθύμιος Κ. Δεληγεώρογλου, E-mail: deligeoroglou@yahoo.gr

Εισαγωγή

Η Δυσλειτουργική Αιμορραγία της Μήτρας στην Εφηβεία (ΔΑΜΕ) παρουσιάζεται με διάφορα συμπτώματα όπως, έντονη αιμορραγία, ενδιάμεση κολπική αιμόρροια ή/και εμμένουσα κολπική αιμόρροια¹. Σχεδόν 14% των γυναικών θα αναφέρει ένα επεισόδιο ΔΑΜΕ κατά τη διάρκεια της ζωής της με φυσικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις^{2,3}. Η Παγκόσμια Εταιρεία Μαιευτήρων Γυναικολόγων (FIGO), έχει προτείνει ήδη από το 2011, ένα νέο σύστημα ταξινόμησης για τις άτοκες γυναίκες με ΔΑΜΕ και έκτοτε η ως άνω ταξινόμηση έχει γίνει διεθνώς αποδεκτή¹. Συγκεκριμένα, έχει προτείνει το ακρωνύμιο PALM-COEIN, για τις κατωτέρω αιτίες της ΔΑΜΕ: Πολύποδας, Αδενομύωση, Ινομύωμα, Κακοήθεια και Υπερπλασία, Διαταραχές πήκτικότητας, Ανωοθυλακιορρηξία, Διαταραχές Ενδομητρίου, Ιατρογενείς αιτίες και άλλες μη καθοριζόμενες αιτίες¹.

Σε έφηβες χωρίς υποκείμενη παθολογία, η πιο συχνή αιτία της ΔΑΜΕ (πάνω από 95%) είναι η ανωοθυλακιορρηξία, λόγω της ανωριμότητας του άξονα Υποθάλαμος Υπόφυση Ωοθήκες (ΥΥΩ), υπάρχει όμως πληθώρα ενδοκρινικών παθολογιών, που σχετίζονται με την ανωοθυλακιορρηξία, στην κορυφή των οποίων βρίσκεται το Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών⁴. Εκτός από τις ενδοκρινικές διαταραχές, στη διαφορική διάγνωση, θα πρέπει πάντα να συμπεριλαμβάνονται οι διαταραχές πήκτικότητας (όπως η νόσος von Willebrand), παθολογίες που αφορούν την ενδομήτρια κοιλότητα (όπως οι πολύποδες του ενδομητρίου), ο τραυματισμός, η κήση, καθώς και η λήψη φαρμάκων. (Πίνακας 1³.)

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ολοένα και αυξανόμενη συσχέτιση από πολλές μελέτες, της ΔΑΜΕ, περί την εμμηναρχή με την εμφάνιση του Συνδρόμου των Πολυκυστικών Ωοθηκών (ΣΠΩ) αργότερα στην Εφηβεία. Ο λόγος είναι ότι και στις δυο περιπτώσεις η αιτιοπαθολογία αφορά την ανωοθυλακιορρηξία, ενώ πολλές φορές στα νεαρά κορίτσια που εμφανίζουν ΔΑΜΕ κατά την εφηβεία ανευρίσκονται και τα λοιπά χαρακτηριστικά του ΣΠΩ, όπως η πολυ-

κυστική ηχομορφολογία των ωοθηκών στο υπερηχογράφημα και η βιοχημική ή/και κλινική υπερανδρογοναιμία^{4, 5,6}.

Εμμηναρχή και Φυσιολογικός Εμμηνορρυσιακός Κύκλος

Ο μέσος όρος εμμηναρχής τόσο στις Ελληνίδες όσο και παγκοσμίως είναι τα 12 με 13 έτη, ενώ αυτή συμβαίνει 2-3 χρόνια μετά τη θηλαρχή, στο στάδιο Tanner IV. Μέχρι την ηλικία των 15 ετών, το 98% των εφήβων θα έχει εμμηναρχή ενώ είναι σημαντικό να γνωρίζουμε πως τα 2 χρόνια από την εμμηναρχή ο κύκλος μπορεί να έχει διαστήματα από 21 έως 45 ημέρες και να διαρκεί από 2 έως 7 ημέρες με ποσότητα απώλειας αίματος που δεν υπερβαίνει τα 80 ml. Όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω το 50% των εμμηνορρυσιακών κύκλων μπορεί να είναι ανωοθυλακιορρηκτικοί τα 2 πρώτα χρόνια από την εμμηναρχή, κυρίως λόγω της ανωριμότητας του άξονα ΥΥΩ, οδηγώντας είτε σε αραιομηνορροια είτε στην εμφάνιση ΔΑΜΕ^{7,8}.

Παθολογία της ΔΑΜΕ

Πάνω από 95% των περιπτώσεων ΔΑΜΕ, αφορά στην απουσία της αιχμής της LH, λόγω της απουσίας του θετικού feedback των οιστρογόνων στην LH, μη επιτρέποντας την ομαλή ανάπτυξη ενός πρωτεύοντος ωοθυλακίου οδηγώντας εν τέλει σε ανωοθυλακιορρηξία. Η επακόλουθη απουσία της προγεστερόνης οδηγεί στη δημιουργία πεπαχυσμένου και μη σταθεροποιημένου ενδομητρίου, το οποίο οδηγεί στη ΔΑΜΕ. Σε αυτό προστίθεται και η δράση των προσταγλανδινών και ειδικότερα η ανισορροπία μεταξύ της αγγειοσυσπαστικής δράσης της PGF2a και της αγγειοδιασταλτικής δράσης του PGE2 και της PGI2 (Προστακυκλίνη)⁹.

Αίτια της ΔΑΜΕ

Όπως αναφέρθηκε η ΔΑΜΕ είναι διάγνωση εξ' αποκλεισμού. Ως εκ τούτου θα πρέπει να αποκλεισθούν διάφορα αίτια, προτού τεθεί η διάγνωση της ΔΑΜΕ, οφειλόμενης στην ανωριμότητα του άξονα ΥΥΩ. Το σύστημα PALM-COEIN, πρέπει να αποτελεί τη βάση της διαφο-

<ul style="list-style-type: none"> • Pregnancy <ul style="list-style-type: none"> – Implantation – Ectopic pregnancy – Threatened, spontaneous, or missed abortion – Retained products of conception – Placenta accreta 	<ul style="list-style-type: none"> – Polycystic ovarian syndrome – Adrenal disorders – Ovarian failure 	<ul style="list-style-type: none"> – contraceptives – Antipsychotics – Platelet inhibitors – Anticoagulants
<ul style="list-style-type: none"> • Hematologic <ul style="list-style-type: none"> – Thrombocytopenia – von Willebrand disease – Factor deficiencies – Coagulation defects – Platelet dysfunction 	<ul style="list-style-type: none"> • Infectious <ul style="list-style-type: none"> – Cervicitis (especially chlamydia) – Pelvic inflammatory disease 	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma <ul style="list-style-type: none"> – Sexual abuse – Laceration – Foreign body – Related to abortion or other surgical procedure
<ul style="list-style-type: none"> • Endocrine <ul style="list-style-type: none"> – Thyroid disorders – Hyperprolactinemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Pathology of the Reproductive Tract <ul style="list-style-type: none"> – Polyp – Fibroid – Myoma – Cervical dysplasia – Endometriosis 	<ul style="list-style-type: none"> • Other <ul style="list-style-type: none"> – Stress – Excessive exercise – Eating disorders – Systemic disease – Intrauterine device
	<ul style="list-style-type: none"> • Medication <ul style="list-style-type: none"> – Hormonal 	

Πίνακας 1. Διαφορική Διάγνωση της Δυσλειτουργικής Αιμορραγίας της Μήτρας στην Εφηβεία (Ref 3)

ρικής διάγνωσης, ωστόσο υπάρχουν και άλλες αιτίες που θα πρέπει να αποκλειστούν Πίνακας 1. Κάποιες εξ' αυτών αλληλο-επικαλύπτονται με το ακρωνύμιο PALM-COEIN, ενώ κάποιες απαιτούν άμεσο αποκλεισμό, όπως οι σχετιζόμενες με την κύηση επιπλοκές (πχ έκτοπη κύηση). Πολύ συχνά αίτια της ΔΑΜΕ είναι οι ενδοκρινικές διαταραχές, οι διαταραχές πήξης, η λήψη φαρμάκων που επηρεάζουν την εμμηνορροσία, καθώς και οι πυελικές φλεγμονές. Σπανιότερα, στις έφηβες παρατηρείται κάποια παθολογία στο ενδομήτριο, όπως οι πολυπόδες, ενώ δεν θα πρέπει να παραβλέπονται, ο τραυματισμός, καθώς και άλλοι παράγοντες, όπως η έντονη άσκηση¹⁰.

Ιστορικό, Κλινική εξέταση και Εργαστηριακός-Απεικονιστικός Έλεγχος

Η ηλικία εμμηναρχής, τα χαρακτηριστικά της εμμηνορροσίας σε συχνότητα, ποσότητα και

διάρκεια, καθώς και η παρουσία δυσμηνόρροιας είναι δευτέρας σημασίας κατά τη λήψη του ιστορικού. Κορίτσια με πρόωμη ήβη, μικρότερη ηλικία εμμηναρχής (πριν τα 11 έτη) ή καθυστερημένη έλευση της εμμήνου ρύσεως (μετά τα 15 έτη) έχουν αυξημένη πιθανότητα να παρουσιάσουν ΔΑΜΕ σε σχέση με τις συνομήλικές τους. Στοιχεία, όπως η απότομη πρόσληψη ή απώλεια βάρους, το stress ή η έντονη άσκηση, αλλά και το σεξουαλικό ιστορικό, θα πρέπει να διερευνώνται άμεσα. Το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, καθώς και η τήρηση του ημερολογίου της εμμήνου ρύσεως είναι επίσης όλα, πολύ σημαντικά.

Η κλινική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει αρχικά τα ζωτικά σημεία, τη μέτρηση του ύψους και του βάρους, ενώ θα πρέπει να αναζητούνται σημεία αναιμίας και υπερανδρογοναιμίας (όπως η ακμή). Η εξέταση του οργανισμού κατά συστήματα και ιδιαίτερα ο έλεγχος

των έξω γεννητικών οργάνων (πιθανότητα τραυματισμού ή κάποιας λοίμωξης), αλλά και ο καθορισμός των σταδίων Tanner του μαστού και του εφηβαίου, είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντικός. Τέλος ο εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος πρέπει να περιλαμβάνει το υπερηχογράφημα των έξω γεννητικών οργάνων, τη β-χοριακή γοναδοτροπίνη στον ορό του αίματος, τη γενική εξέταση αίματος και τον έλεγχο πήκτικότητας, καθώς και τον ενδεδειγμένο ορμονολογικό έλεγχο, συμπεριλαμβανομένων και των ανδρογόνων του ορού του αίματος^{3,11}.

Αντιμετώπιση

Η αντιμετώπιση της ΔΑΜΕ εξαρτάται από την υποκείμενη παθολογία και τη σοβαρότητα της αιμορραγίας. Αποτελεί δε υψίστης σημασίας, η πρόληψη επιπλοκών, όπως η αναιμία, καθώς και η αποκατάσταση της φυσιολογικής εμμηνορροσίας. Η διευθέτηση σοβαρών ενδοκρινικών διαταραχών μπορεί να απαιτεί την παραπομπή σε εξειδικευμένους ιατρούς όπως ο Παιδογυναικολόγος ή/ και ο Παιδοενδοκρινολόγος. Όσον αφορά τις θεραπευτικές επιλογές αυτές είναι: το τρανεξαμικό οξύ, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ), τα από του στόματος αντισυλληπτικά δισκία (ΑΔ), η προγεστερόνη, τα GnRH ανάλογα και το ενδομήτριο σπείραμα προγεστερόνης. Στην εφηβεία συχνότερα χρησιμοποιούμενα είναι τα ΑΔ και τα προγεσταγόνα^{3,4,12}.

Σε έφηβες χωρίς υποκείμενη παθολογία, η αντιμετώπιση εξαρτάται από την απώλεια του αίματος, τη συσχετιζόμενη αναιμία και την εξοικείωση τόσο της έφηβης όσο και της οικογένειάς της με τις διαφορετικές θεραπείες. Μπορεί να ταξινομηθεί σε 4 κατηγορίες με βάση τα ανωτέρω δεδομένα.¹

Ήπια προς μέτρια απώλεια αίματος, Αιμοσφαιρίνη >12 g/dL.

Ο ιατρός θα πρέπει να καθησυχάσει την έφηβη και την οικογένειά της. Είναι σημαντικό να δοθεί ένα σκεύασμα σιδήρου καθώς και ΜΣΑΦ για να μειωθεί η ροή. Η επανεκτίμηση θα πρέπει να γίνει σε διάστημα 3 μηνών ή νωρίτερα

εάν η αιμορραγία επιδεινωθεί.

Μέτρια απώλεια αίματος, Αιμοσφαιρίνη 10 - 12 g/dL.

Τα ΑΔ θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σε αυτές τις περιπτώσεις, κατά προτίμηση τα μονοφασικά. Θα πρέπει να χορηγείται ένα χάπι 2 φορές την ημέρα για 5 ημέρες, μέχρι η αιμορραγία να σταματήσει και μετά ένα χάπι την ημέρα για 3-6 μήνες. Παράλληλα, καλό είναι να χορηγείται και ένα σκεύασμα σιδήρου για 6 μήνες, για να αποκατασταθούν οι αποθήκες του.

Αυξημένη απώλεια αίματος, Αιμοσφαιρίνη 8 -10 g/dL, Αιμοδυναμικά σταθερή.

Μπορεί να αντιμετωπισθεί, όπως οι έφηβες με τη μέτρια απώλεια αίματος, εφόσον η οικογένεια είναι σε εγρήγορση. Αν η αιμορραγία επιμένει τα ΑΔ μπορούν να δοθούν μέχρι και 3-4 φορές την ημέρα μέχρι η αιμορραγία να σταματήσει, σε συνδυασμό με ένα αντιεμετικό σκεύασμα και στη συνέχεια 2 φορές την ημέρα για 5 ημέρες και προοδευτικά σε ένα την ημέρα για 3-6 μήνες. Το νεαρό κορίτσι θα πρέπει να παρακολουθείται στενά από τον ιατρό και την οικογένειά της.

Αυξημένη απώλεια αίματος, Αιμοσφαιρίνη <7 g/dL ή/και Αιμοδυναμικά ασταθής.

Η εισαγωγή στο Νοσοκομείο κρίνεται απαραίτητη. Θα πρέπει να εκτιμάται η ανάγκη μετάγγισης αίματος στην έφηβη, με βάση της εμμένουσα αιμορραγία ή/και την εμμένουσα αιμοδυναμική αστάθεια. Τα μονοφασικά ΑΔ θα πρέπει να δίδονται κάθε 6 ώρες μέχρι τη διακοπή της αιμορραγίας με προοδευτική μείωση αυτών σε ένα την ημέρα σε διάστημα 7 ημερών (πχ τέσσερα την ημέρα για 2 ημέρες, τρία την ημέρα για 2 ημέρες, δύο την ημέρα για 2 ημέρες και μετά ένα την ημέρα), με τη συγχορήγηση αντιεμετικού σκευάσματος, ενώ η θεραπεία θα πρέπει να συνεχίζεται για διάστημα 6 μηνών. Σε περίπτωση εμμένουσας αιμορραγίας θα πρέπει να αναζητούνται άλλες μορφές θεραπείας όπως τα GnRH ανάλογα (όχι για διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών), αλλά και ως έσχατη

λύση η διαστολή και απόξεση του ενδομητρίου.

Σε περίπτωση αντένδειξης λήψης οιστρογόνων, θα πρέπει να χορηγείται προγεσταγόνο, 10 mg 1 την ημέρα για 10 ημέρες (για έφηβες με ήπια απώλεια αίματος), ενώ αρκετές έφηβες (ειδικότερα με σοβαρότερη απώλεια αίματος) μπορεί να επωφεληθούν με την κυκλική χορήγηση ενός προγεσταγόνου για 10 ή 14 ημέ-

ρες σε κάθε κύκλο (πχ από 10^η-24^η ημέρα κάθε κύκλου) για 3 μήνες. Εναλλακτικά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η ενέσιμη Depot οξείκη μεδροξυ-προγεστερόνη 150 mg ενδομυϊκά (όχι για διάστημα μεγαλύτερο των 3 μηνών) ή η χρήση του ενδομητρίου σπειράματος προγεστερόνης, αυτού που το μέγεθός του είναι ειδικά προσαρμοσμένο για έφηβες^{3,4,5,10}. ☺

Take home messages

- Η ΔΑΜΕ αποτελεί μια πολύ συχνή αιτία ανησυχίας μεταξύ τόσο των εφήβων όσο και των γονέων τους, καθώς και μια από τις συχνότερες αιτίες επισκευσιμότητας στα Τμήματα Παιδικής – Εφηβικής Γυναικολογίας Παγκοσμίως.
- Αποτελεί μια διάγνωση εξ' αποκλεισμού και η συχνότερη αιτία της είναι η ανωοθυλακιορρηξία, λόγω της ανωριμότητας του άξονα ΥΥΩ. Ωστόσο, προτού τεθεί η διάγνωση θα πρέπει να αποκλειστούν διάφορα αίτια, με συχνότερες τις ενδοκρινολογικές διαταραχές και το ΣΠΩ.
- Οι έφηβες αυτές θα πρέπει να αντιμετωπίζονται από εξειδικευμένους Παιδογυναικολόγους, καθώς το ενδελεχές ιστορικό, η εμπειριστατωμένη κλινική εξέταση σε συνδυασμό με τις απαιτούμενες κλινικοεργαστηριακές εξετάσεις, αλλά και η στοχευμένη και εξατομικευμένη αντιμετώπιση, εξασφαλίζουν το καλώς έχειν αυτών των κοριτσιών.
- Τέλος, θα πρέπει να παρακολουθούνται μέχρι την ενήλικη ζωή τους για τη διασφάλιση της ποιότητας της γυναικολογικής υγείας τους και της μελλοντικής γονιμότητάς τους.

Dysfunctional Uterine Bleeding in Adolescence

Synopsis

Dysfunctional Uterine Bleeding (DUB) is a frequent cause for concern among adolescents. The most common cause of DUB in these girls, when other pathologies have been excluded, is anovulation, due to immaturity of Hypothalamic Pituitary Ovarian axis. Other common causes are endocrine disorders, such as Polycystic Ovary Syndrome, bleeding disorders such as von Willebrand disease, trauma and medication. A detailed medical history, a thorough physical examination, specific hematological tests as well as a pelvic ultrasound scan are all essential steps for the initial assessment of the patient. The management will depend on the amount of blood loss, the clinical condition of the patient and the degree of anemia. Therapeutic options include: Non steroidal anti-inflammatory drugs, combined oral contraceptive pills, progestogens, tranexamic acid, GnRH analogues and Intrauterine Progesterone Device System. Finally adolescents with DUB should be managed, if possible, by subspecialists in Pediatric and Adolescent Gynecology.

KEYWORDS: Dysfunctional uterine bleeding/ Adolescence/ Causes/ Diagnosis/ Management

References

1. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS, FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COE-IN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;113(1):p. 3-13.
2. Fraser IS, Langham S, Uhl-Hochgraeber K. Health-related quality of life and economic burden of abnormal uterine bleeding. *Exp Rev Obstet Gynecol* 2009;4:179-89.
3. Deligeoroglou E, Karountzos V, Creatsas G. Abnormal uterine bleeding and dysfunctional uterine bleeding in pediatric and adolescent gynecology. *Gynecol Endocrinol* 2013;29(1):p.74-8.
4. Deligeoroglou EK, Creatsas GK. Dysfunctional uterine bleeding as an early sign of polycystic ovary syndrome during adolescence. *Minerva Ginecol* 2015;67(4):375-81.
5. Deligeoroglou E. Dysfunctional uterine bleeding. *Ann N Y Acad Sci* 1997;816:p. 158-164.
6. World Health Organization task force on adolescent reproductive health. World Health Organization multicenter study on menstrual and ovulatory patterns in adolescent girls. II. Longitudinal study of menstrual patterns in the early postmenarcheal period, duration of bleeding episodes and menstrual cycles. *J Adolesc Health Care* 1986;7(4):236-44.
7. Deligeoroglou E, Creatsas G. Menstrual disorders. *Endocr Dev.* 2012;22:160-170. doi: 10.1159/000331697.
8. Deligeoroglou E, Karountzos V. Abnormal Uterine Bleeding including coagulopathies and other menstrual disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018 Apr;48:51-61. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2017.08.016.
9. Deligeoroglou E, Karountzos V. Dysfunctional uterine bleeding as an early sign of polycystic ovary syndrome during adolescence: an update. *Minerva Ginecol.* 2017 Feb;69(1):68-74.
10. Deligeoroglou E, Tsimaris P, Deliveliotou A, Christopoulos P, Creatsas G. Menstrual disorders during adolescence. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2006 Jan;3 Suppl 1:150-9.
11. Deligeoroglou E, Tsimaris P. Menstrual disturbances in puberty. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010 Apr;24(2):157-71.
12. Deligeoroglou E, Fotaki P. Dysfunctional uterine bleeding in adolescence *Akush Ginekol (Sofia).* 2002;42(1):17-9.

Εξωμήτριος κύηση. Διάγνωση και θεραπευτικές επιλογές

Χρυσόστομος Σοφούδης¹, Κωνσταντίνος Ζιώρης²

¹Επιμελήτης Α', Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου.

²Γενική Μαιευτική Γυναικολογική και Παιδιατρική Κλινική ΜΗΤΕΡΑ ΑΘΗΝΑ

Περίληψη

Η εξέλιξη της υπερηχογραφίας στον τομέα της Μαιευτικής Γυναικολογίας κατάφερε να αποδώσει σημαντικά επιτεύγματα σε πολλαπλές νοσολογικές οντότητες που αποτελούσαν μέχρι πρότινος πεδίο επιστημονικής αντιπαράθεσης.

Έκτοπη κύηση καλείται η εγκατάσταση και εμφύτευση της βλαστοκύστης εκτός της ενδομητρίου κοιλότητας αποτελώντας σε γενικές γραμμές το 15% της μητρικής θνησιμότητας. Σε ποσοστό περίπου 90% η παραμονή και εμφύτευση της εν λόγω βλαστοκύστης ανευρίσκεται στην ανατομική περιοχή της σάλπιγγας, εκ της οποίας καλείται σαλπγγική έκτοπη κύηση.

Σε πολύ μικρότερο ποσοστό ανευρίσκονται εκ της διεθνούς βιβλιογραφίας περιπτώσεις τραχηλικής, ωθηκικής και κοιλιακής έκτοπης κύησης καθώς και στην ανατομική περιοχή ουλής εκ καισαρικής τομής ανάλογα με την ανατομική περιοχή παραμονής και εμφύτευσης της βλαστοκύστης. Περιπτώσεις ετερότοπης κύησης επισυμβαίνουν σε συνύπαρξη ενδομήτριας και εξωμήτριας κύησης αντίστοιχα. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος κατέχει τα σκήπτρα στον τομέα της πρώιμης διάγνωσης και εμπειριστατωμένου θεραπευτικού σχεδιασμού της εν λόγω νοσολογικής οντότητας. Η απουσία ενδομήτριου σάκου, λεκιθικού ασκού, εμβρυικού πόλου καθώς και η παρουσία μάζας στο εν λόγω εξάρτημα σαφώς διαχωριζόμενη από αυτό (blob sign) και με ήπιες κινήσεις ομοιάζει να γλιστράει έναντι αυτού (sliding organs sign) κατευθύνουν εμμέσως πλην σαφώς στην διάγνωση της εν λόγω νόσου.

Η τριάδα κλινικού ελέγχου, υπερηχογραφικής και εργαστηριακής συνεκτίμησης μέσω διακύμανσης της β-χοριακής γοναδοτροπίνης αποτελεί πολύτιμο εργαλείο ενδεδειγμένης θεραπευτικής προσέγγισης.

Η θεραπευτική στρατηγική σε κλινικές περιπτώσεις εκτόπου κύησης αποτελείται από δύο ενναλακτικές οδούς, την χειρουργική και την φαρμακευτική. Η χειρουργική με γνώμονα την λαπαροσκοπική προσέγγιση κυρίως σε περιπτώσεις άρρηκτων έκτοπων κύησης και η φαρμακευτική μέσω χορήγησης κυρίως μεθοτρεξάτης αποτελούν ακρωγονιαίο λίθο της εν λόγω θεραπευτικής προσέγγισης.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Έξωμήτριος κύηση / Διάγνωση / Λαπαροσκόπηση / Μεθοτρεξάτη

Corresponding author

Χρυσόστομος Σοφούδης, E-mail: chrisostomos.sofoudis@gmail.com

Μία από τις πιο σημαντικές φάσεις της ανθρώπινης αναπαραγωγής αποτελεί η γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζώαριο.

Η εν λόγω διαδικασία θα ολοκληρωθεί κατόπιν διαδοχικών χρονικών φάσεων. Το έμβρυο από τη φάση του ζυγωτού θα μετασχηματισθεί ακολουθώντας σε μορίδιο (στάδιο 16-32 κυττάρων), το οποίο με τη σειρά του θα σχηματίσει την βλαστοκύστη (στάδιο 70-100 κυττάρων). Στην τελευταία φάση μετακινείται το έμβρυο από την ανατομική περιοχή της σάλπιγγας στην ενδομητρική κοιλότητα (3^η-4^η ημέρα γονιμοποίησης)¹

Η εμφύτευση της βλαστοκύστης στην ανατομική κοιλότητα του ενδομητρίου επισυμβαίνει κατά την 7^η ημέρα της γονιμοποίησης.²

Κατά την επίδραση πολλών παραγόντων (χλαμυδιακές λοιμώξεις, συμφύσεις ενδομητρικής κοιλότητας απότοκες προηγούμενων χειρουργικών επεμβάσεων), οι οποίοι εμποδίζουν την εν λόγω μετακίνηση και εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στην ενδομητρική κοιλότητα από την ανατομική περιοχή της σάλπιγγας ή την εμφύτευση αυτού σε άλλη ανατομική κοιλότητα πλην της ενδομήτριας, επισυμβαίνει ο σχηματισμός έκτοπης κύησης.³

Ο επιπολασμός έκτοπης κύησης υπολογίζεται σε 2% των υπολογιζόμενων κύησεων αποτελώντας περίπου το 15% της μητρικής θνησιμότητας.⁴

Σε γενικές γραμμές αποτελεί σύνηθης νοσολογική οντότητα απότοκος του γυναικολογικού φάσματος επηρεάζοντας περίπου 35.000 γυναίκες κάθε χρόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο.⁵

Η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων επισυμβαίνουν στην ανατομική περιοχή της σάλπιγγας, εκ της οποίας καλείται σαλπγγική έκτοπη κύηση. Σε πολύ μικρότερο ποσοστό ανευρίσκονται εκ της διεθνούς βιβλιογραφίας περιπτώσεις τραχηλικής, ωοθηκικής και κοιλιακής έκτοπης κύησης καθώς και στην περιοχή ουλής εκ καισαρικής τομής, ανάλογα με την ανατομική περιοχή παραμονής και εμφύτευσης της βλαστοκύστης.

Ο επιπολασμός των εν λόγω περιπτώσεων υπολογίζεται σε 95% επί του συνόλου των έκτοπων κύησεων, με ποσοστό 73,3% στην λήκυθο, 12,% στον ισθμό, 11,6% στους κροσσούς και 2,6% σαν ενδιάμεση σαλπγγική έκτοπη κύηση.⁶

Η σαλπγγική έκτοπη κύηση αποτελεί τον πιο συχνό τύπο έκτοπης κύησης, με την χάραξη της θεραπευτικής της στρατηγικής να αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο όλων των υπολοίπων κλινικών οντοτήτων.

Η ρήξη αυτής, ως ρήξη εκτόπου κύησης αποτελεί μία εξαιρετικά κρίσιμη κλινική κατάσταση που ως ομοιάζουσα κλινική εικόνα οξείας κοιλίας απαιτεί άμεση χειρουργική αντιμετώπιση.

Πάντοτε η τριάδα κλινικού ελέγχου, υπερηχογραφικής και εργαστηριακής συνεκτίμησης μέσω διακύμανσης της β-χοριακής γοναδοτροπίνης αποτελεί πολύτιμο εργαλείο ενδελεχούς θεραπευτικής προσέγγισης.

Κατόπιν λήψης εμπεριστατωμένου ατομικού και μαιευτικού ιστορικού, ενδελεχούς κλινικής εξέτασης σε περιπτώσεις κοιλιακού άλγους και αναφερόμενης κοιλιακής αιμόρροιας, ο υπερηχογραφικός έλεγχος ελάσσονος πύελου και η εκτίμηση της διακύμανσης της β-χοριακής γοναδοτροπίνης θα αποτελέσει θεμέλιο λίθο πρώιμης διάγνωσης.

Σε περιπτώσεις εμφανούς σάκου κύησης, θα πρέπει να επιβεβαιωθεί η παρουσία ενδομήτριας κύησης.

Σε περιπτώσεις κύησης μικρότερες των 6 εβδομάδων πριν γίνει η εμφάνιση υπερηχογραφικά παρουσίας εμβρυικού πόλου ή λεκιθικού ασκού δεν πρέπει να εκτιμηθεί λανθασμένα η παρουσία μικρής ποσότητας υγρού εντός της ενδομήτριας κοιλότητας (ψευδοσάκος) με μία αρχόμενη ενδομήτρια κύηση (Εικόνα 1).⁷

Η αρχόμενη ενδομήτρια κύηση τοποθετείται κεντρικά πολλές φορές περιβαλλόμενη από ένα ηχογενή δακτύλιο ή τροφοβλαστικό ιστό.⁸

Ο σάκος κύησης πρέπει να ανευρίσκεται ανώθεν του επιπέδου του έσω τραχηλικού στομίου.

Η χαρακτηριστική υπερηχογραφική εικόνα με παρουσία μάζας στο εν λόγω εξάρτημα σαφώς διαχωριζόμενη από αυτό (*blob sign*) και με ήπιες κινήσεις ομοιάζει να γλιστράει έναντι αυτού (*sliding organs sign*) κατευθύνουν εμμέσως πλην σαφώς στην διάγνωση της εν λόγω νόσου.⁹

Χαρακτηριστική είναι η δημιουργία σε περιπτώσεις σαλπγγικής έκτοπης κύησης ενός υπερηχογενούς σαλπγγικού δακτυλίου (*Tubal ring sign*) ο οποίος περιβάλλει έναν έκτοπο σάκο κύησης.



Εικόνα 1. Μητριαία κοιλότητα φυσιολογικών διαστάσεων απεικονιζόμενη παρουσία ψευδοσάκου κύησης.

Η βοήθεια του έγχρωμου *Doppler (Color Doppler)* είναι σαφώς πολύτιμη στην πρόωμη διάγνωση της εκτόπου κύησης. Η διαμόρφωση στην περιοχή του εξαρτήματος ενός αγγειακού δακτυλίου δικήν φωτιάς (*Ring of fire*) αποτελεί χρήσιμο εργαλείο αλλά όχι απόλυτο διαγνωστικό σημείο καθώς παρατηρείται και σε κύστεις ωχρού σωματίου με μεγαλύτερο επιπολασμό από τον αντίστοιχο της εκτόπου κύησης.¹⁰

Κατόπιν υπερηχογραφικής απεικόνισης πιθανής έκτοπης κύησης, μεγάλη σημασίας στην χάραξη θεραπευτικής στρατηγικής αποτελεί η εργαστηριακή διαβεβαίωση μέσω διαδοχικής μέτρησης της β-χοριακής (*b-HCG*) στον ορό αίματος της ασθενούς.

Ανώμαλη αύξηση τιμών β-χοριακής κάτω από 2000 *mu/ml* δείχνει γενικώς μη βιώση κύησης. Αξίζει να τονιστεί ότι μεγάλος αριθμός εκτόπων κύσεων διαδραματίζουν ανώμαλη αύξηση τιμών β-χοριακής. Όταν τα εν λόγω επίπεδα ανιχνεύονται άνω των 2000 *mu/ml* και δεν αναγνωρίζεται ενδομήτριος σάκος υπερηχογραφικά, θεωρείται ότι η κύηση είναι έκτοπη.¹¹

Στον αντίποδα, μπορούμε να προσδιορίσουμε επίπεδα προγεστερόνης ορού αίματος, όπου στην έκτοπη (<5mg/ml) ανευρίσκονται χαμηλότερα από τα αντίστοιχα της ενδομήτριας κύησης (>25mg/ml).¹²

Η αποτύπωση της κλινικής εικόνας με την λήψη ενδελεχούς ιστορικού και φυσικής εξέτασης αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο χάραξης ολοκληρωμένης θεραπευτικής στρατηγικής. (Πίνακας I.)



Εικόνα 2. Λαπαροσκοπική αφαίρεση δεξιάς έκτοπης σαλπινγικής κύησης.

Θεραπευτικός σχεδιασμός κλινικών περιπτώσεων έκτοπης κύησης

1. Ενδελεχές ατομικό, γυναικολογικό και μαιευτικό ιστορικό ασθενούς
2. Απεικονιστικός έλεγχος με ενδοκολπικό υπερηχογράφημα έσω γεννητικών οργάνων ή σε αμφίβολες κλινικές περιπτώσεις με MRI ελάσσονος πυέλου
3. Εργαστηριακός έλεγχος με επίσκοπηση διακύμανσης β-χοριακής γοναδοτροπίνης ορού.

Σε γενικές γραμμές η ολοκλήρωση της γυναικολογικής εξέτασης δεν αποκαλύπτει ειδικά σημεία, εκτός στο ότι το μέγεθος της μήτρας είναι σαφώς μικρότερο από το αντίστοιχο της ενδομήτριας κύησης.

Αναγνωρίζεται σύστοιχη ευαισθησία του εξαρτήματος που εδράζεται η εν λόγω έκτοπος κύησης. Τα κλινικά σημεία γίνονται θορυβώδη σε περίπτωση ρήξης εξωμητρίου κύησης, όπου η ασθενής αντιλαμβάνεται εφίδρωση, ταχυσφυγμία, πτώση αρτηριακής πίεσης και διάχυτο κοιλιακό άλγος, κλινική εικόνα ολιγαϊμικού *shock*. Η εν λόγω κατάσταση θεωρείται εικόνα οξείας κοιλίας, στην οποία επιβάλλεται άμεση χειρουργική αντιμετώπιση.

Η θεραπευτική στρατηγική εκτόπου κύησης απο-



Εικόνα 3. Λαπαροσκοπική αφαίρεση δεξιάς έκτοπης σαλπινγικής κύησης.



Λαπαροσκοπική αφαίρεση δεξιάς έκτοπης σαλπινγικής κύησης.

τελείται από χειρουργική ή φαρμακευτική εναλλακτική οδό. (Πίνακας II.) Κάθε μία εδράζεται σε συγκεκριμένες προϋποθέσεις και κλινικές ενδείξεις.

Θεραπευτικές δυνατότητες έκτοπης κύησης

1. Χειρουργική αντιμετώπιση (Λαπαροσκοπική/ Ανοικτή κοιλιακή προσπέλαση) Σαλπινγεκτομία/ Σαλπινγοπλαστική
2. Συντηρητική αντιμετώπιση μέσω χορήγησης μεθοτρεξάτης

Η χειρουργική αντιμετώπιση αποτελείται κυρίως μέσω σαλπινγεκτομίας λαπαροσκοπικά ή /και ανοικτά σε κλινικές περιπτώσεις ρήξης εκτόπου κύησης και δημιουργία αντίστοιχου αιμοπεριτοναίου, κατά τη διάρκεια αυτού απαιτείται συνχορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων και έμμορφων στοιχείων του αίματος με σκοπό την αιμοδυναμική σταθεροποίηση της ασθενούς, την ενδελεχή έκπλυση της περιτοναϊκής κοιλότητας της ασθενούς από τα ποικίλα αιματοπήγματα καθώς και την τοποθέτηση αντίστοιχης παροχέτευσης.¹³

Ακολουθώντας την χειρουργική οδό, μέσω λαπαροσκοπικής κυρίως προσέγγισης, σε κλινικές περιπτώσεις άρρηκτης έκτοπης κύησης, αποσκοπεί στην αφαίρεση της σύστοιχης σάλπιγγας κατά μήκος

όλης της ανατομικής της προσεκβολής με απώτερο σκοπό την αποφυγή επανεμφάνιση έκτοπου κύησης, οπότε τότε θα μιλάμε για υποτροπή της νόσου. (Εικόνες 2,3,4 από αρχείο συγγραφέων)

Πολλές μελέτες έχουν διενεργηθεί με σκοπό να υπολογισθεί ο επιπολασμός υποτροπής σε περιπτώσεις εκτόπου κύησης. Ο εν λόγω επιπολασμός σε κλινικές περιπτώσεις εκτόπου κύησης υπολογίζεται σε 15% με ακόλουθη άνοδο σε 30% σε κινικές περιπτώσεις ιστορικού δύο προϋπαρχόντων έκτοπων κυήσεων.¹⁴

Στον αντίποδα της σαλπινγεκτομίας κυριαρχούσε κυρίως τα παλαιότερα έτη η διενέργεια σαλπινγοπλαστικής.

Η εν λόγω μέθοδος αποσκοπούσε στον χειρουργικό καθαρισμό της εν λόγω σάλπιγγας από το περιεχόμενο της έκτοπης κύησης μέσω τομής στην εν λόγω σάλπιγγα με την προϋπόθεση να προφυλακτεί η λειτουργικότητα αυτής με απώτερο σκοπό την μελλοντική κύηση της ασθενούς.

Πολλές φορές η εν λόγω μέθοδος αποτελούσε κλινική αντιμετώπιση εκλογής σε περιπτώσεις μονήρους σάλπιγγας, κυρίως απότοκο προηγούμενης έκτοπης κύησης αντιμετωπιζόμενη με σύστοιχη σαλπινγεκτομή.

Όλες οι τρέχουσες αναφορές γενόμενες εκ της διεθνούς βιβλιογραφίας υποδηλώνουν μεγάλο ποσοστό υποτροπής και χωρίς αμφιβολία εκτέλεση χει-

ρουργικής αντιμετώπιση μέσω σαλπινγεκτομής.

Η φαρμακευτική ενναλακτική οδός αντιμετώπισης εκτόπου κύησης αποτελείται κυρίως από μεθοτρεξάτη αλλά πολλές μελέτες γενόμενες εκ τρέχουσας βιβλιογραφίας συνιστούν και **RU486** (*mifepristone*).¹⁵

Η μεθοτρεξάτη θεωρείται αντιμεταβολίτης και ως ισχυρό κυτταροστατικό χορηγείται σε περιπτώσεις χοριοκαρκινώματος και μύλης κύησης.

Επειδή αντιτίθεται στη σύνθεση του φυλλικού οξέος αναστέλλοντας την διυδροφυλλική αναγωγή έχει ως κύρια παρενέργεια λευκοπενία και θρομβοπενία. Έστι στις συγκεκριμένες κλινικές περιπτώσεις συνίστανται η συνχορήγηση φυλλικού οξέος προφυλακτικά.

Η χορήγηση μεθοτρεξάτης σε κλινικές περιπτώσεις εκτόπου κύησης βασίζεται σε συγκεκριμένες κλινικές ενδείξεις και προϋποθέσεις.¹⁶ (**Πίνακας III.**)

Προϋποθέσεις χορήγησης μεθοτρεξάτης αποτελούν οι ακόλουθες:

1. Άρρηκτη έκτοπος κύηση
2. Ηλικία κύησης < 8η εβδομάδα κύησης
3. Μέγεθος σάλπιγγας < 4 εκατοστά
4. Τιμή β-χοριακής < 10.000 mIU/ml

Το σημαντικό ζήτημα που ακολουθεί αποτελεί ως προς την ενδεδειγμένη δοσολογία και τρόπο χορήγησης της εν λόγω ουσίας.

Πολλές σημαντικές μελέτες έχουν δημιουργηθεί για να μελετήσουν την ενδεδειγμένη δοσολογία. Όλες γενόμενες εκ τρέχουσας βιβλιογραφίας έχουν προτείνει τη χορήγηση μίας δόσης έναντι των δύο δόσεων ενδομυϊκά με καλύτερα ποσοστά μείωσης της β-χοριακής, καλύτερα ανεκτά από τη ασθενή και με σαφώς μειωμένο ποσοστό ανεπιθύμητων ενεργειών.

Το πρωτόκολλο που ακολουθείται αποτελείται από χορήγηση μίας δόσης 50mg/m²

επιφάνειας σώματος ενδομυϊκά και υπολογισμός των τιμών της β-χοριακής την 4^η και 7^η ημέρα μετά τη χορήγηση.¹⁷

Πρωτεύον ζήτημα αποτελεί ο υπολογισμός των τιμών β-χοριακής μετά τη χορήγηση με διαφορά αυτών περίπου στο 15%. 18 (Πίνακας IV.)

1. Την 4η ημέρα και διαφορά <15% υπολογισμός τιμών σε εβδομαδιαία βάση περίπου μέχρι να μηδενιστεί η β-χοριακή.
2. Εάν η διαφορά τιμών >15% χορηγείται δεύτερη δόση μεθοτρεξάτης.
3. Εάν την 7η ημέρα διαπιστωθεί υπερηχογραφικά εμβρυική καρδιακή λειτουργία επιβάλλεται η χορήγηση τρίτης δόσης και επιμονής της εν λόγω κλινικής εικόνας απαιτείται τότε η χειρουργική προσπέλαση.

Πάντοτε η χορήγηση οποιουδήποτε φαρμακευτικού σκευάσματος είτε για θεραπευτική είτε για ευρύτερη κλινική εφαρμογή συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανεπιθύμητες ενέργειες. Εκτός από διαρροϊκές κενώσεις, επεισόδια εμέτων και κοιλιακού άλγους συνυπάρχουν οι πιο συχνές και οι σπανιότερες. (**Πίνακας V.**)

Ανεπιθύμητες ενέργειες χορήγησης μεθοτρεξάτης

Συχνές: Στοματίτιδα, επιπεφυκίτιδα, μετεωρισμός
Σπανιότερες: Γαστρίτιδα, εντερίτιδα, πνευμονίτιδα, δερματίτιδα, αλωπεκία, άνοδος ηπατικών ενζύμων σε έδαφος ηπατικής κίρρωσης, νεφρική ανεπάρκεια και σύστοιχη καταστολή του μυελού.

Πρωτεύον αποτελεί πάντοτε η πρόωπη διάγνωση καθώς και η ενδελεχής κλινική αντιμετώπιση της εκτόπου κυήσεως, με γνώμονα την ασφάλεια της ασθενούς και εξάλειψη πιθανών διεγχειρητικών αλλά και μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Η έγκαιρη διάγνωση οπουδήποτε και εάν κλινικώς αναγνωρισθεί η εν λόγω κλινική οντότητα οδηγεί με βεβαιότητα στην αποφυγή ρήξεως εξωμητρίου κυήσεως, συνιστώσα οξείας κοιλίας με δυσχερή και άμεση χειρουργική αντιμετώπιση. ☹

Take home messages

- Ο επιπολασμός έκτοπης κύησης υπολογίζεται σε 2% των υπολογιζόμενων κύσεων αποτελώντας περίπου το 15% της μητρικής θνησιμότητας
- Ενδελεχής λήψη ιστορικού, εμπεριστατωμένος κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος με κυρίαρχο ρόλο τη διακύμανση της τιμής της β-χοριακής γοναδοτροπίνης αλλά με πρωτεύοντα ρόλο την διακοιλιακή υπερηχογραφική απεικόνιση αποτελούν πυλώνες πρώιμης διάγνωσης.
- Η θεραπευτική στρατηγική αποτελείται από χειρουργική και φαρμακευτική προσέγγιση βασιζόμενες και οι δύο πάνω σε συγκεκριμένες προϋποθέσεις και κατευθυντήριες οδηγίες με γνώμονα πάντα την ιατρική ασφάλεια της ασθενούς.

Ectopic Pregnancy. Diagnosis And Therapeutic Options

Synopsis

The evolution of ultrasound in the field of Obstetrics and Gynecology has managed to achieve significant achievements in multiple clinical entities that were previously a field of scientific debate. Ectopic pregnancy is called the implantation of the blastocyst outside the uterine cavity. Although the incidence of ectopic pregnancy is about 2% of all pregnancies this pathological entity accounts for approximately 15% of maternal mortality. In approximately 90% of cases, the implantation of the blastocyst occurs in the anatomical region of the fallopian tube, hence it is called a fallopian tube ectopic pregnancy. In the current literature, cases of cervical, ovarian and abdominal ectopic pregnancy are found in a much smaller percentage. Ectopic pregnancy can also occur in the anatomical area of a caesarean section scar.

The triad of physical examination, ultrasound and laboratory imaging findings mainly through variations of β-chorionic gonadotropin is a valuable tool for a thorough therapeutic approach.

The therapeutic options for ectopic pregnancy are: Surgery or pharmacological treatment. The laparoscopic approach is indicated in cases of unruptured ectopic pregnancies. The pharmacological treatment is performed via IM administration of methotrexate with the usual starting dose to be 50mg/m² of body surface

KEYWORDS: Ectopic pregnancy / Diagnosis / Laparoscopy / Methotrexate

References

1. Zhang S, Lin H, Kong S, Wang S, Wang H, Wang H, et al. Physiological and molecular determinants of embryo implantation. *Mol Aspects Med*. 2013 Oct;34(5):939-80.
2. Yoshinaga K. A historical review of blastocyst implantation research. *Biol Reprod*. 2018 Jul 1;99(1):175-195.
3. Flanagan H, Lin CJ, Campbell LL, Horner P, Horne AW, Spears N. Ectopic pregnancy and epithelial to mesenchymal transition: is there a link? *Reproduction*. 2021 Mar;161(3):V11-V14.
4. Thanasa E, Thanasa A, Gerokostas E, Kamaretos E, Koutalia N, Kontogeorgis G, et al. Rupture of ovarian pregnancy accompanied with massive intra-abdominal bleeding and disorder of the coagulation mechanism: a rare and life-threatening obstetric complication. *Cureus*. 2022 Aug 17;14(8):e28112.
5. Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Garrod D, et al. Saving Mother's Lives: Reviewing Maternal Deaths to make motherhood safer:2006-2008. *BJOG* 2011; 118:81-84.
6. Varma R, Gupta J. Tubal ectopic pregnancy. *BMJ Clin Evid*. 2012 Feb 10;2012:1406.
7. Timor-Tritsch IE, Farine D, Rosen MG. A close look at early embryonic development with the high frequency transvaginal transducer. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159:676-681.
8. Jurkovic D, Gruboeck K, Campbell S. Ultrasound features of normal early pregnancy development. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1995; 7:493-504.
9. Trisch IE. Sliding organs sign in gynecological ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2015 Jul;46(1):125-6.
10. Lin EP, Bhatt S, Dogra VS. Diagnostic clues to ectopic pregnancy. *Radiographics* 2008;28:166171.
11. Buster JE, Pirarska MD. Medical management of ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynaecol* 1999; 42:23.
12. Barnhart KT, Katz I, Hummel A, et al. Presumed diagnosis of ectopic pregnancy. *Obstet Gynaecol* 2002; 100:505.
13. Mullany K, Minneci M, Monjazebe R, Coiado O. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management and innovation. *Womens Health (Lond)*. 2023 Jan-Dec;19:17455057231160349.
14. Shamma AI. Recurrent Ectopic Pregnancy Following Ipsilateral Proximal Salpingectomy. *Journal of Clinical and Gynecology and Obstetrics*. Volume 4, Number 1, March 2015, pages 188-190.
15. Mullany K, Minneci M, Monjazebe R, C Coiado O. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management and innovation. *Womens Health (Lond)*. 2023 Jan-Dec;19:17455057231160349.
16. Raughley MJ, Frishman GN. Local treatment of ectopic pregnancy. *Semin Reprod Med* 2007;25(2):99-115.
17. Mehnaz K, Rashida P, Syeda A. Treatment success with two doses of methotrexate vs single dose of methotrexate in ectopic tubal pregnancy. *Pak J Med Sci* 2022 Jul-Aug;38(6):1436-1440.
18. Κρεατσάς Γ. Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική. 2009. Εκδόσεις Πασχαλίδη.

Σύνδρομο Υπερδιέγερσης Ωοθηκών

Στρατής Κολυμπιανάκης^{1,3}, Αντώνης Καλπατσανίδης^{2,3}

¹Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας και Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής Α.Π.Θ.
Υπεύθυνος της Μονάδας Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής,

²Ε.ΔΙ.Π.-Α΄, Α.Π.Θ., Μαιευτήρας-Γυναικολόγος – Ανοσολόγος.

Μέλος της Μονάδας Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής,

³Μονάδα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, Α΄ Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Α.Π.Θ.,
Νοσοκομείο Παπαγεωργίου.

Περίληψη

Το σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών είναι μια σοβαρή επιπλοκή που σχετίζεται με την ωοθηκική διέγερση κατά τη διάρκεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Προκαλείται από υπερβολική αντίδραση των ωοθηκών στην αγωγή με γοναδοτροπίνες και μπορεί να παρουσιαστεί έως και στο 30% των κύκλων.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του συνδρόμου περιλαμβάνουν διόγκωση των ωοθηκών, παρουσία υγρού (ασκίτη), αιμοσυμπύκνωση, υπερπηκτικότητα, διαταραχές ηλεκτρολυτών, ενώ συχνά, παρουσιάζονται διάταση της κοιλίας, κοιλιακό άλγος, ναυτία, έμετοι, δύσπνοια και διάρροια.

Η πρόληψη του συνδρόμου αποτελεί βασικό στόχο στην εξωσωματική γονιμοποίηση. Ο κίνδυνος εκδήλωσης του εκτιμάται λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως: η παρουσία του συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών, ο αριθμός των ωοθυλακίων άντρου και των ωοθυλακίων που αναπτύχθηκαν μετά από διέγερση των ωοθηκών, η ηλικία και το βάρος της γυναίκας, όπως επίσης το ιστορικό συνδρόμου υπερδιέγερσης ωοθηκών. Η χρήση πρωτοκόλλου των ανταγωνιστών της εκλυτικής ορμόνης των γοναδοτροπινών, η ωοθυλακική ωρίμανση με αγωνιστή της εκλυτικής ορμόνης των γοναδοτροπινών και η κατάψυξη των εμβρύων, έχει μειώσει σημαντικά την εμφάνιση του συνδρόμου υπερδιέγερσης ωοθηκών. Η διαχείριση του συνδρόμου, στην ήπια και μέτρια μορφή του, περιλαμβάνει παρακολούθηση των συμπτωμάτων, ιατρικές οδηγίες ανάλογα με τις κλινικές εκδηλώσεις, αγωγή και ενημέρωση της ασθενούς για το ενδεχόμενο μετάβασης του συνδρόμου στη σοβαρή μορφή του. Ασθενείς που παρουσιάζουν έντονο κοιλιακό άλγος, διάταση κοιλίας, εμέτους, αιμοσυμπύκνωση, παθολογικές τιμές ηπατικών ενζύμων, παθολογικές τιμές ενδοκοιλιακής πίεσης, ολιγουρία ή ανουρία, υπόταση, ταχύπνοια, δύσπνοια, συγκοπή ή/και διαταραχές ηλεκτρολυτών χρήζουν νοσηλείας σε νοσοκομείο.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών / Διάγνωση / Θεραπεία / Πρόληψη

Corresponding author

Στρατής Κολυμπιανάκης, Email: stratis.kolibianakis@gmail.com

Εισαγωγή - Παθοφυσιολογία

Το σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών (ΣΥΩ) είναι μία σημαντική ιατρογενής επιπλοκή της διέγερσης των ωοθηκών για εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF). Παρά την πρόοδο σε ότι αφορά στην πρόβλεψη και την ελαχιστοποίηση της συχνότητας εμφάνισης του ΣΥΩ¹, η αντιμετώπισή του είναι δύσκολη όταν αυτό εγκατασταθεί, ενώ σπάνια μπορεί να οδηγήσει σε υψηλή νοσηρότητα, ή ακόμη και θάνατο².

Με βάση τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα, όπως αποτυπώνονται στον πίνακα 1, αναγνωρίζονται τέσσερα στάδια: το ήπιο, το μέτριο, το σοβαρό και το κρίσιμο³⁻⁵. Αυτά, δεν διαχωρίζονται αυστηρά, και οι γυναίκες μπορεί να μεταβαίνουν γρήγορα από το ένα στο άλλο^{6,7}.

Το σύνδρομο εμφανίζεται σε λιγότερο από το 4% των κύκλων πρόκλησης ωορρηξίας⁶, ενώ μπορεί να φτάσει έως και το 30% των κύκλων εξωσωματικής γονιμοποίησης, με το μέτριο και σοβαρό στάδιο να είναι λιγότερο συνηθισμένα και να κυμαίνονται από το 3.1 στο 8% των γυναικών⁴. Σπανίως, σε γυναίκες υψηλού κινδύνου, τα ποσοστά αυτά φτάνουν έως και το 20%⁸.

Το σύνδρομο στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή εκδηλώνεται μόνο μετά από χορήγηση χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG), για την πρόκληση της ωοθηκικής ωρίμανσης (πρώιμη μορφή) είτε λόγω της ενδογενούς γοναδοτροπίνης που παράγεται από την αναπτυσσόμενη κήση (όψιμη μορφή)^{9,10}.

Η hCG και στις δύο μορφές του ΣΥΩ ενεργοποιεί τον υποδοχέα της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) στα κοκκώδη κύτταρα της ωοθήκης, οπότε αυξάνεται η παραγωγή του αγγειακού ενδοθηλιακού αυξητικού παράγοντα (VEGF) και προκαλείται έκκριση φλεγμονωδών/αγγειοδραστικών κυτταροκινών και μαζική εξαγγείωση υγρών και πρωτεϊνών προς τον εξωκυττάριο χώρο⁹. Σε συνδυασμό με την αύξηση του όγκου των ωοθηκών λόγω της ωοθηκικής διέγερσης, τα παραπάνω οδηγούν στο σχηματισμό πολλαπλών κύστεων στις ωοθήκες, αύξηση της αγγειακής διαπερατότητας, ελάττωση του ενδαγγειακού όγκου, αιμοσυμπύκνωση και θρομβοεμβολικά επεισόδια¹¹.

Δεδομένου ότι η hCG έχει δομικές ομοιότητες με την FSH, την ωχρινοτρόπο (LH) όπως και την θυ-

ροειδοτρόπο ορμόνη (TSH), το όψιμο ΣΥΩ μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα παθολογικών καταστάσεων που οδηγούν σε περίσσεια των παραπάνω ορμονών και αλληλεπίδραση με τον υποδοχέα της FSH (FSHR)⁹. Άλλοι παράγοντες, όπως οιστρογόνα, προσταγλανδίνες, παράγοντας νέκρωσης όγκου α (TNFα), το σύστημα ρενίνης-αγγειοτενσίνης (RAS) θεωρείται ότι συμμετέχουν επίσης στην παθοφυσιολογία του συνδρόμου^{12,13}.

Πρόληψη

Παράγοντες κινδύνου

Οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ΣΥΩ παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS), χαρακτηρίζεται από ανώμαλη αγγείωση των ωοθηκών και παραγωγή πολλαπλών αγγειογενών παραγόντων (VEGF, και αγγειοποιητινών)¹⁴. Περισσότερα από 14 ωοθυλάκια του άντρου πριν την ωοθηκική διέγερση¹⁵, περισσότερα από 14 ωοθυλάκια 11 χιλιοστών την ημέρα της ωρίμανσης¹⁶, είτε περισσότερα από 15 ώαρια στην ωοληψία¹⁷, αποτελούν ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα του συνδρόμου. Άλλοι παράγοντες, όπως αντιμυλλεριανή ορμόνη (AMH) >3,36 ng/mL, οιστραδιόλη >3.500 pg/ml πριν την ωοληψία^{3,17}, καθώς επίσης το πρωτόκολλο διέγερσης με GnRHα για την καταστολή της LH¹⁸, επιδρούν επιβαρυντικά. Ωστόσο, δεν υπάρχει σαφής επικύρωση της επίδρασής τους στη βιβλιογραφία³.

Πρωτόκολλα διέγερσης

Η χρήση ανταγωνιστών της GnRH (GnRHant) μειώνει την εμφάνιση του ΣΥΩ σε σύγκριση με τους GnRHα¹⁸ σε ποσοστό 50%, σε σύγκριση με το μακρύ πρωτόκολλο με GnRHα¹. Για την τελική ωρίμανση των ωοθυλακίων σε γυναίκες υψηλού κινδύνου για εμφάνιση ΣΥΩ, συστήνεται η χρήση των GnRHα¹⁷ αντί χοριακής γοναδοτροπίνης^{11,19}, αφού, αυξάνει την έκφραση του αντι-αγγειογεννητικού παράγοντα (PEDF) μειώνει τον VEGF και χαρακτηρίζεται από μειωμένα επίπεδα LH²⁰. Ωστόσο, μετά από χορήγηση GnRHα για την ωρίμανση των ωοθυλακίων, δεν θα πρέπει να επιχειρείται η μεταφορά σε φρέσκο κύκλο καθώς μειώνεται σημαντικά η πιθανότητα εγκυμοσύνης^{15,21}.

Η χρήση GnRHant, η ωρίμανση με GnRHα και η

Πίνακας 1: Ταξινόμηση των σταδίων του ΣΥΩ, βασισμένο σε δεδομένα από: A.S.R.M.2016⁴, RCOG 2016⁵, Timmons 2019⁶

Κατηγοριοποίηση των συμπτωμάτων του ΣΥΩ				
Στάδιο ΣΥΩ	Κλινικά ευρήματα	Εργαστηριακά ευρήματα	Επιπολασμός	RCOG guidelines (RCOG, 2016)
Ήπιο	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Κοιλιακή διάταση ή ενόχληση ▪ Ήπια ναυτία ή / και έμετος ▪ Διάρροια ▪ Διάταση των ωοθηκών 	Χωρίς σημαντικές αλλαγές	Πάνω από 30%	Μέγεθος ωοθηκών συνήθως <8 cm
Μέτριο	Παρουσία ήπιων συμπτωμάτων συν: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ενδείξεις ασκίτη στην απεικόνιση 	Hct >41% WBC >15,000/μL	3-10%	Μέγεθος ωοθηκών 8-12 cm
Σοβαρό	Παρουσία ήπιων και μέτριων συμπτωμάτων συν: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Κλινικές ενδείξεις ασκίτη ▪ Υδροθώρακας ▪ Ναυτία και έμετος ▪ Σοβαρή δύσπνοια ▪ Ολιγουρία / ανουρία 	Hct >55% WBC >25,000/μL Cr >1.6 mg/dL Κάθαρση κρεατινίνης <50 mL/min Na+ <135 mEq/L K+ >5 mEq/L Υψηλές AST/ALT	0.1-3%	
Κρίσιμο	Παρουσία σοβαρών συμπτωμάτων συν: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Χαμηλή κεντρική φλεβική πίεση ▪ Υπεζωκοτική συλλογή ▪ Ταχεία αύξηση βάρους (>1kg σε 24 ώρες) ▪ Συγκοπή ▪ Έντονος πόνος στην κοιλιά ▪ Φλεβική θρόμβωση ▪ Ανουρία/οξεία νεφρική ανεπάρκεια ▪ Αρρυθμία ▪ Θρομβοεμβολή ▪ Περικαρδιακή συλλογή ▪ Ογκώδης υδροθώρακας ▪ Αρτηριακή θρόμβωση ▪ ARDS ▪ Σήψη 	Επιδείνωση των ευρημάτων	Κάτω του 0.1%	

Πίνακας 2: Παράγοντες κινδύνου του ΣΥΩ, βασισμένο σε δεδομένα από Timmons 2019⁶

Παράγοντες κινδύνου του ΣΥΩ	
· Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών	Υψηλές συγκεντρώσεις της οιστραδιόλης στον ορό (>3500 pg/mL) πριν την ωοληψία
· Αυξημένος αριθμός ωοθυλακίων άντρου (>14)	Πρωτόκολλο διέγερσης με GnRHα
· ≥15 ώρια στην ωοληψία	Προηγούμενο επεισόδιο OHSS
· AMH>3.36 ng/ml	

κατάφυξη όλων των εμβρύων, ιδιαίτερα στις υψηλές απαντήτριες, πρακτικά μηδενίζει την εμφάνιση του όψιμου ΣΥΩ¹⁹, παρά το γεγονός ότι έχουν αναφερθεί περιπτώσεις εμφάνισης πρώιμου σοβαρού ΣΥΩ ακόμη και μετά από χορήγηση GnRHα¹⁹.

Πριν την χορήγηση GnRHα για την επαγωγή της τελικής ωρίμανσης είχαν δοκιμαστεί διαφορετικές δόσεις χορήγησης hCG (5000 αντί 10.000 IU) για την ωρίμανση των ωοθυλακίων, που αν και εξίσου αποτελεσματικές στην λήψη των ωαρίων και την πιθανότητα κύησης, μπορούσαν να οδηγήσουν σε σοβαρό σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών²². Επιπλέον είχαν δοκιμαστεί φάρμακα για την πρόληψη του ΣΥΩ όπως η καμπεργκολίνη²³, ένας αγωνιστής της ντοπαμίνης (αναστολέας αγγειακής διαπερατότητας)⁵, με ασαφή ωστόσο αποτελεσματικότητα²⁴.

Σήμερα σε γυναίκες υψηλού κινδύνου που έλαβαν για την ωρίμανση των ωοθυλακίων GnRHα και καμία αγωγή για την υποστήριξη της ωχρινικής φάσης, η επίπτωση του σοβαρού ΣΥΩ είναι 0%, ενώ αντίθετα αυτές που έλαβαν hCG είτε hCG και GnRH-a (διπλή ωρίμανση) είναι 1%²⁵.

Διάγνωση

Η διάγνωση βασίζεται στο λεπτομερές ιστορικό προηγούμενων προσπαθειών IVF και την παρουσία ή όχι PCOS²⁶. Τα κλινικά συμπτώματα της νόσου είναι μη ειδικά, με την παρουσία ορισμένων εξ' αυτών αναμενόμενη ούτως ή άλλως, μετά από την χορήγηση φαρμάκων για την διέγερση των ωοθηκών⁷.

Κατά την κλινική εξέταση, τα ζωτικά σημεία, η μέτρηση του βάρους και της περιφέρειας της κοιλίας, η παρουσία περιτοναϊκού ερεθισμού, μαζών, ασκίτη ή λοίμωξης, αποτελούν χρήσιμους δείκτες. Στους

ασθενείς με μέτριο ή σοβαρό ΣΥΩ, η πνευλική εξέταση δεν θα πρέπει να γίνεται λόγω κινδύνου ρήξης κύστης ωοθηκών⁵. Η παρουσία οιδήματος πιθανόν να υποκρύπτει αιμάτωμα, απόστημα (σπάνια οίδημα αιδοίου⁷) ή περιτονίτιδα⁵. Ο πυρετός (>38 °C), η ταχύπνοια (≥ 30 αναπνοές ανά λεπτό) ή η ύπαρξη ελαττωμένων αναπνευστικών ήχων, ο αναπνευστικός τριγμός²⁷ ή η υποξία, μπορεί να υποδηλώνουν λοίμωξη, πνευμονική εμβολή, οξύ πνευμονικό οίδημα ή υπεζωκοτική συλλογή. Μπορεί επίσης να εμφανίζεται υπόταση, ταχυκαρδία ή/και πολυοργανική ανεπάρκεια^{17, 27}. Η μέτρηση της ενδοκοιλιακής πίεσης είναι χρήσιμη για την πιθανή παρουσία συνδρόμου κοιλιακού διαμερίσματος. Η εξέταση της καρδιοπνευμονικής λειτουργίας πληροφορεί για μειωμένη αιμάτωση ή υπερφόρτωση υγρών⁵, πνευμονική εμβολή⁴, καθώς και σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας (ARDS)²⁸.

Η διερεύνηση της γυναίκας περιλαμβάνει αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο (πίνακας 3), μέτρηση της hCG στον ορό, καλλιέργειες για τον προσδιορισμό φλεγμονής, και απεικονιστικές εξετάσεις. Οι τελευταίες περιλαμβάνουν το υπερηχογράφημα άνω κάτω κοιλίας²⁶, την ακτινογραφία θώρακα^{26,27}, την αξονική υπολογιστική πνευμονική αγγειογραφία (CTPA) ή το scan αερισμού/αιμάτωσης (V/Q), την αξονική τομογραφία πυέλου²⁶ και την αξονική τομογραφία εγκεφάλου (πίνακας 3)⁵.

Θεραπεία

Η αντιμετώπιση του ΣΥΩ εξαρτάται από τη σοβαρότητα και την παρουσία συν-νοσηρότητας. Η θεραπεία του ΣΥΩ, (πίνακας 4), είναι κυρίως υποστηρικτική και στις περισσότερες περιπτώσεις, το σύν-

Πίνακας 3: Εργαστηριακός & απεικονιστικός έλεγχος για την παρουσία του ΣΥΩ

Εργαστηριακές & Απεικονιστικές εξετάσεις για την διάγνωση του ΣΥΩ		
Εργαστηριακός έλεγχος		
1	Αιματολογικός έλεγχος	Λευκοκυττάρωση Θρομβοκυττάρωση Αιμοσμπύκνωση
2	Ανάλυση ούρων	Λοίμωξη
3	Ανάλυση περιτοναϊκού υγρού	Προφλεγμονώδεις κυτταροκίνες
4	Καλλιέργειες αίματος ούρων, πτυέλων, αποστήματος, ή/και περιτοναϊκού υγρού	Προσδιορισμός της φλεγμονής
5	Βιοχημικός έλεγχος	Έλεγχος ηπατικής λειτουργίας
Απεικονιστικές εξετάσεις		
1	Υπερηχογράφημα	<ul style="list-style-type: none"> Μέγεθος των ωοθηκών Παρουσία και μέγεθος ασκίτη Συστροφή των ωοθηκών Έκτοπη/ετερότοπη κήση * Αγγειακή θρόμβωση Διάμεσο πνευμονικό οίδημα Υπεζωκοτικές συλλογές Περικαρδιακή συλλογή Ποσότητα ελεύθερου υγρού Ενδοκοιλιακή αιμορραγία Πυελικό απόστημα Ανταπόκριση της ασθενούς στη θεραπεία <p><i>*(Μία ενδομήτρια κήση εντοπίζεται στο 1,5% των ασθενών με ΣΥΩ, μία έκτοπη κήση στο 1,2% των ασθενών [6])</i></p>
2	Ακτινογραφία θώρακα	Υπεζωκοτικές συλλογές Διμερώς ανυψωμένο διάφραγμα Ατελεκτασία ή άλλα νοσήματα του θώρακα
3	Αξονική υπολογιστική πνευμονική αγγειογραφία (CTPA) ή Scan αερισμού/αιμάτωσης (V/Q)	Πνευμονική εμβολή
4	Αξονική τομογραφία (CT) πύελου	Διαφορική διάγνωση του ΣΥΩ
5	Αξονική τομογραφία εγκεφάλου	Υποψία εγκεφαλικού οιδήματος

Πίνακας 4: Θεραπεία του ΣΥΩ.

Θεραπεία του ΣΥΩ			
Στάδιο ΣΥΩ	Διαχείριση	Αντιμετώπιση	Αξιολόγηση
Ήπιο-Μέτριο	<ul style="list-style-type: none"> Αποφυγή ΜΣΑΦ Παρακολούθηση 	<ul style="list-style-type: none"> Συμπτωματική αγωγή Θρομβοπροφύλαξη Ημερήσια πρόσληψη υγρών (2L) 	<ul style="list-style-type: none"> Επιστροφή στα Τ.Ε.Π. επί : <ul style="list-style-type: none"> ✓ αύξησης βάρους ≥ 1 kg/ημέρα ✓ ολιγουρία < 500 mL/ημέρα)
Σοβαρό	Εισαγωγή σε νοσοκομειακή κλινική	<ul style="list-style-type: none"> Αποκατάσταση ενδαγγειακού όγκου Φυσιολογικός ορός Κρυσταλλοειδές διάλυμα Αλβουμίνη Διόρθωση των ηλεκτρολυτών Υπέρτονα διαλύματα Γλυκονικό ασβέστιο Αντιβιοτική αγωγή 	<ul style="list-style-type: none"> Αιματοκρίτης Διούρηση U/S (ασκίτης, μέγεθος ωοθηκών, παρουσία ελεύθερου υγρού, συστροφή ωοθηκών, ρήξη κύστης ωοθηκών, παρουσία έκτοπης/ετερότοπης κύησης, ενδοκοιλιακή αιμορραγία).
Κρίσιμο	Εισαγωγή σε νοσοκομειακή κλινική/ ΜΕΘ	<ul style="list-style-type: none"> Όλα τα παραπάνω + Επί ARDS <ul style="list-style-type: none"> ✓ μηχανικός αερισμός (6mL/kg B.Σ) ✓ γλυκοκορτικοειδή (30 mg/kg μεθυλπρεδνιζολόνης) Διουρητικά να αποφεύγονται +/- Χειρουργική αντιμετώπιση 	<ul style="list-style-type: none"> Αιματοκρίτης Διούρηση U/S (ασκίτης, μέγεθος ωοθηκών, παρουσία ελεύθερου υγρού, συστροφή ωοθηκών, ρήξη κύστης ωοθηκών, παρουσία έκτοπης/ετερότοπης κύησης, ενδοκοιλιακή αιμορραγία). +/- Χειρουργική αντιμετώπιση

δρομο ακολουθεί μια αυτοπεριοριζόμενη πορεία παράλληλη με τη ελάττωση της hCG στον ορό²⁶.

Το ήπιο και μέτριο ΣΥΩ μπορεί να αντιμετωπιστεί εκτός νοσοκομείου, με συμπτωματική αγωγή, χορήγηση θρομβοπροφύλαξης (η θρομβοεμβολή παρατηρείται σε ποσοστό περί του 10% των ασθενών)²⁶ και επιπρόσθετες οδηγίες που αφορούν στην ημερήσια πρόσληψη υγρών (περίπου 2 L ημερησίως), στην αποφυγή λήψης νεφροτοξικών φαρμάκων^{26, 29} και εισαγωγή σε νοσοκομειακή κλινική επί επιδείνωσης των συμπτωμάτων (αύξηση βάρους ≥ 1 kg/ημέρα, ολιγουρία < 500 mL/ημέρα)²⁹. Η ασθενής πρέπει να γνωρίζει ότι η κατάστασή της μπορεί να επιδεινωθεί οποιαδήποτε στιγμή, ιδιαίτερα εάν επιτευχθεί κύηση²⁹.

Στις σοβαρές περιπτώσεις απαιτείται ενδονοσοκο-

μειακή αντιμετώπιση^{5, 29, 30}, με χορήγηση υγρών (φυσιολογικό ορό ή κρυσταλλοειδές διάλυμα)^{29, 30} και επί σοβαρής αιμοσυμπύκνωσης ($\geq 45\%$), υπολευκωματιναιμίας ($\leq 3,0$ g/dL) ή σημαντικού ασκίτη με αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση⁵, χορήγηση αλβουμίνης²⁹, ή/και χορήγηση νορεπινεφρίνης/ντοπαμίνης⁵. Η ενδαγγειακή επαναπορρόφηση αξιολογείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα (παραγωγή ούρων $> 20-30$ mL/h και μέτρηση αιματοκρίτη).

Η διόρθωση των ηλεκτρολυτών είναι πολύ σημαντική στη διαχείριση του ΣΥΩ. Η υπερκαλιαιμία αντιμετωπίζεται με γλυκονικό ασβέστιο, βήτα-αγωνιστές, ινσουλίνη συνδυαστικά με δεξτρόζη και υπέρτονα αλατούχα διαλύματα⁵. Ο περιορισμός της πρόσληψης άλατος ή νερού από το στόμα δεν συνιστάται²⁹.

Η αναπνευστική υποστήριξη μπορεί να περιλαμβάνει χορήγηση οξυγόνου, μη επεμβατικό ή μηχανικό αερισμό, θωρακοκέντηση, ενώ επί παρουσίας ARDS, ξεκινά άμεσα μηχανικός αερισμός και χορήγηση γλυκοκορτικοειδών⁵. Τα διουρητικά μπορεί να αυξήσουν την αιμοσυμπύκνωση και την υποογκαιμία, προδιαθέτοντας σε φλεβική θρομβοεμβολή, οπότε πρέπει να αποφεύγονται³⁰.

Ο ασκίτης χαρακτηρίζει την παρουσία του ΣΥΩ, και ορισμένες φορές απαιτείται η επαναλαμβανόμενη παρακέντησή του ιδιαίτερα σε περιπτώσεις βα-

κτηριακής περιτονίτιδας, παρουσία ενδοκοιλιακής υπέρτασης / συνδρόμου κοιλιακού διαμερίσματος^{5,29} ή ενδοκοιλιακής πίεσης (IAP) >20mmHg⁵.

Χειρουργικά αντιμετωπίζονται η συστροφή ωοθήκης, η ενδοκοιλιακή αιμορραγία, η έκτοπη/ετερότοπη κύηση, η ρήξη κύστης/ων, ενώ επί υποψία φλεγμονής, χορηγείται άμεσα αντιβιοτική αγωγή ευρείας κάλυψης^{5,30}. Σε περιπτώσεις όπου το εγκατεστημένο σοβαρό ΣΥΩ δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί και η υγεία της γυναίκας βρίσκεται σε σοβαρό κίνδυνο θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο τερματισμού της κύησης. ☹

Take home messages

- Όλοι οι ασθενείς με σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών, πιθανώς να χρειαστούν νοσηλεία. Επομένως, είναι σημαντικό για τους ειδικούς εντατικής θεραπείας και τους γυναικολόγους της αναπαραγωγής, να αναγνωρίσουν εγκαίρως την παρουσία του και να εκτιμήσουν τη βαρύτητα του ώστε να προβούν σε άμεση κατάλληλη διαχείριση και αντιμετώπιση.
- Πριν το σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών διαγνωστεί, θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια ελαχιστοποίησης της πιθανότητας να εκδηλωθεί. Για το σκοπό αυτό είναι αναγκαία η επιλογή κατάλληλου πρωτοκόλλου διέγερσης.
- Είναι απαραίτητη η εστίαση στο πρωτόκολλο για την διέγερση των ωοθηκών, ιδιαίτερα στις υψηλές απαντήτριες, στους παράγοντες κινδύνου, όπως και στην χρήση φαρμάκων, ώστε να ελαττωθεί όσο το δυνατόν περισσότερο η εμφάνιση καθώς και η βαρύτητα του συνδρόμου.
- Στις περισσότερες περιπτώσεις, το σύνδρομο ακολουθεί μια αυτοπεριοριζόμενη πορεία. Στις σοβαρές περιπτώσεις απαιτείται ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση.

Ovarian hyperstimulation syndrome

Synopsis

Ovarian hyperstimulation syndrome is a severe complication associated with controlled ovarian stimulation during assisted reproductive technology.

It is caused by an excessive response of the ovaries to stimulation and can occur in up to 30% of in-vitro fertilization cycles. It is characterized by ovarian enlargement, ascites, hemoconcentration, hypercoagulability, and electrolyte imbalances. Ovarian hyperstimulation syndrome presents with symptoms such as abdominal distension and discomfort, nausea, vomiting, dyspnea, and diarrhea. Severe cases may lead to acute renal insufficiency and venous thromboembolism.

The incidence of ovarian hyperstimulation syndrome has been significantly reduced with the introduction of the gonadotropin-releasing hormone antagonist protocol, (gonadotropin-releasing hormone agonist triggering in high responders) and frozen embryo transfer. Despite the decrease in its incidence, ovarian hyperstimulation syndrome remains a clinical concern.

The management of ovarian hyperstimulation syndrome includes monitoring of the symptoms, treatment of the mild and moderate form, mainly in an outpatient, setting and informing the patient about the possibility of evolution of the syndrome from the moderate to the severe form. Patients presenting with severe abdominal pain, abdominal distension, vomiting, hemoconcentration, abnormal liver enzymes, abdominal compartment syndrome and intra-abdominal hypertension, oliguria or anuria, hypotension, tachypnea, dyspnea, and/or electrolyte disturbances require hospitalization. Therefore, it is crucial for intensive care specialists and reproductive gynecologists to promptly recognize its presence and severity in order to proceed with immediate appropriate treatment and management. It is crucial to select the appropriate protocol of stimulation that will allow the elimination of the syndrome following oocyte retrieval.

KEYWORDS: OHSS / Diagnosis / Management / Prevention / PCOS

References

1. Tomas, C. ; Colmorn, L. ; Rasmussen, S. ; Lidegaard, O. ; Pinborg, A. ; Andersen, A. N. [1]. *Annual incidence of severe ovarian hyperstimulation syndrome*. Dan Med J, 2021. 68(2).
2. Abramov, Y., ; U.Elchalal, and J.G. Schenker, *Severe OHSS: An 'epidemic' of severe OHSS: a price we have to pay?* Hum Reprod, 1999. 14(9): p. 2181-3.
3. ASRM, P.C., *Prevention and treatment of moderate and severe ovarian hyperstimulation syndrome: a guideline*. Fertil Steril, 2016. 106(7): p. 1634-1647.
4. RCOG, *GUIDELINES*. 2016.
5. Timmons, D., ; Montrief, T. ; Koymann, A. ; Long, B., *Ovarian hyperstimulation syndrome: A review for emergency clinicians*. Am J Emerg Med, 2019. 37(8): p. 1577-1584.
6. Brinsden, P.R., Brinsden, P. R. ; Wada, I. ; Tan, S. L. ; Balen, A. ; Jacobs, H. S., *Diagnosis, prevention and management of ovarian hyperstimulation syndrome*. Br J Obstet Gynaecol, 1995. 102(10): p. 767-72.
7. Lumley, E. ; O'Cathain, A. ; Drabble, S. ; Pye, C. ; Brian, K. ; Metwally, M., *Managing ovarian hyperstimulation syndrome: A qualitative interview study with women and healthcare professionals*. J Clin Nurs, 2023. 32(17-18): p. 6599-6610.
8. Nastri, C. O. ; Teixeira, D. M. ; Moroni, R. M. ; Leitao, V. M. ; Martins, W. P., *Ovarian hyperstimulation syndrome: pathophysiology, staging, prediction and prevention*. Ultrasound Obstet Gynecol, 2015. 45(4): p. 377-93.
9. Daolio, J., ; Sperduti, S. ; Casarini, L. ; Falbo, A. ; Materazzo, C. ; Aguzzoli, L. et al., *Spontaneous and iatrogenic ovarian hyperstimulation syndrome in the absence of FSHR mutations: a case report of two unexpected cases*. BMC Med Genomics, 2023. 16(1): p. 45.
10. Sangtani, A. ; Ismail, M. ; Weaver, A. ; Khan, Z. *Pregnancy Outcomes Associated with Ovarian Hyperstimulation Syndrome: A Retrospective Cohort Study of Infertile Women*. Matern Fetal Med, 2023. 5(3): p. 144-154.
11. Toftager, M., ; Bogstad, J. ; Bryndorf, T. ; Lossel, K. ; Roskaer, J. ; Holland, T. et al., *Risk of severe ovarian hyperstimulation syndrome in GnRH antagonist versus GnRH agonist protocol: RCT including 1050 first IVF/ICSI cycles*. Hum Reprod, 2016. 31(6): p. 1253-64.
12. Banker, M. and J.A. Garcia-Velasco, *Revisiting ovarian hyper stimulation syndrome: Towards OHSS free clinic*. J Hum Reprod Sci, 2015. 8(1): p. 13-7.
13. Jiang, S., ; Li, W. ; Zhao, X. ; Chen, L. ; Kuang, Y., *Nintedanib Treatment After Ovulation is an Ef-*

- fective Therapeutic Strategy for the Alleviation of Ovarian Hyperstimulation Syndrome (OHSS) in a Mouse Model.* Drug Des Devel Ther, 2022. 16: p. 397-411.
14. Tal, R., D.B. Seifer, and A. Arici, *The emerging role of angiogenic factor dysregulation in the pathogenesis of polycystic ovarian syndrome.* Semin Reprod Med, 2015. 33(3): p. 195-207.
 15. Griesinger, G., ; Diedrich, K. ; Devroey, P. ; Kolibianakis, E. M., *GnRH agonist for triggering final oocyte maturation in the GnRH antagonist ovarian hyperstimulation protocol: a systematic review and meta-analysis.* Hum Reprod Update, 2006. 12(2): p. 159-68.
 16. Humaidan, P., J. Quartarolo, and E.G. Papanikolaou, *Preventing ovarian hyperstimulation syndrome: guidance for the clinician.* Fertil Steril, 2010. 94(2): p. 389-400.
 17. ASRM, *prevention and treatment.* fertil steryl, 2016.
 18. Tarlatzis, B.C. and E.M. Kolibianakis, *GnRH agonists vs antagonists.* Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2007. 21(1): p. 57-65.
 19. Fernandez-Sanchez, M., ; Fatemi, H. ; Garcia-Velasco, J. A. ; Heiser, P. W. ; Daftary, G. S. ; Mannaerts, B., *Incidence and severity of ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS) in high responders after gonadotropin-releasing hormone (GnRH) agonist trigger in "freeze-all" approach.* Gynecol Endocrinol, 2023. 39(1): p. 2205952.
 20. Casper, R.F., *Reducing the Risk of OHSS by GnRH Agonist Triggering.* J Clin Endocrinol Metab, 2015. 100(12): p. 4396-8.
 21. Kolibianakis, E.M., ; Schultze-Mosgau, A. ; Schroer, A. ; van Steirteghem, A. ; Devroey, P. ; Diedrich, K. et al., *A lower ongoing pregnancy rate can be expected when GnRH agonist is used for triggering final oocyte maturation instead of HCG in patients undergoing IVF with GnRH antagonists.* Hum Reprod, 2005. 20(10): p. 2887-92.
 22. Kolibianakis, E.M., ; Papanikolaou, E. G. ; Tourayne, H. ; Camus, M. ; Van Steirteghem, A. C. ; Devroey, P., *Triggering final oocyte maturation using different doses of human chorionic gonadotropin: a randomized pilot study in patients with polycystic ovary syndrome treated with gonadotropin-releasing hormone antagonists and recombinant follicle-stimulating hormone.* Fertil Steril, 2007. 88(5): p. 1382-8.
 23. Fouda, U.M., ; Elshaer, H. S. ; Youssef, G. G. ; Hanafy, A. ; Mehrem, W. M. ; Youssef, M. A. et al., *Cabergoline versus calcium infusion in the prevention of ovarian hyperstimulation syndrome: a randomised controlled study.* J Obstet Gynaecol, 2022. 42(1): p. 122-126.
 24. Wu, D., ; Shi, H. ; Yu, Y. ; Yu, T. ; Zhai, J., *Comparison of the Effectiveness of Various Medicines in the Prevention of Ovarian Hyperstimulation Syndrome: A Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.* Front Endocrinol (Lausanne), 2022. 13: p. 808517.
 25. Ioannidou, P.G., ; Bosdou, J. K. ; Lainas, G. T. ; Lainas, T. G. ; Grimbizis, G. F. ; Kolibianakis, E. M., *How frequent is severe ovarian hyperstimulation syndrome after GnRH agonist triggering in high-risk women? A systematic review and meta-analysis.* Reprod Biomed Online, 2021. 42(3): p. 635-650.
 26. Olchowoy, A., ; Olchowoy, C. ; Lasecki, M. ; Mazur, R. ; Sierpowska, M. ; Waligora, M. *Ovarian Hyperstimulation Syndrome as a Growing Diagnostic Problem in Emergency Department Settings: A Case Report.* J Emerg Med, 2019. 56(2): p. 217-221.
 27. Abramov, Y., U. Elchalal, and J.G. Schenker, *Pulmonary manifestations of severe ovarian hyperstimulation syndrome: a multicenter study.* Fertil Steril, 1999. 71(4): p. 645-51.
 28. Myriantsefs, P., ; Ladakis, C. ; Lappas, V. ; Paccitis, S. ; Carouzou, A. ; Fildisis, G. et al., *Ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS): diagnosis and management.* Intensive Care Med, 2000. 26(5): p. 631-4.
 29. Chen, C.D., and Dixon, M. E., *Update on management of ovarian hyperstimulation syndrome.* Taiwan J Obstet Gynecol, 2011. 50(1): p. 2-10.
 30. Budev, M.M., A.C. Arroliga, and T. Falcone, *Ovarian hyperstimulation syndrome.* Crit Care Med, 2005. 33(10 Suppl): p. S301-6.

Οξεία πυελική φλεγμονή. Πρόληψη-Διάγνωση-Θεραπεία

Μαρία Παπασταματίου, Παρασκευάς Αναγνωστόπουλος, Κωνσταντίνα Καλλιγιάννη-Σοφικίτη, Γεώργιος Ανδρεαδάκης, Φανούριος Μακρυγιαννάκης, Αντώνης Μακρυγιαννάκης, Θωμάς Βρεκούσης
Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης Ηράκλειο-Κρήτη

Περίληψη

Η πυελική φλεγμονή ή «φλεγμονώδης νόσος της πύελου» αποτελεί ένα φάσμα φλεγμονωδών παθήσεων των έσω γεννητικών οργάνων περιλαμβάνοντας την ενδομητρίτιδα, την σαλπγγίτιδα, το σαλπγγο-ωθηκικό απόστημα και την πυελική περιτονίτιδα. Σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις (*Chlamydia trachomatis* και *Neisseria gonorrhoeae*) σε συνδυασμό με ανασερόβια μικρόβια ευθύνονται περίπου για το 70 % των περιστατικών. Η πυελική φλεγμονή σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα, η οποία μπορεί να μειωθεί με άμεση έναρξη κατάλληλης θεραπείας. Στις κυριότερες μακροχρόνιες επιπλοκές συγκαταλέγονται η υποτροπιάζουσα - χρόνια πυελική φλεγμονή, το σαλπγγο - ωθηκικό απόστημα και η γυναικεία υπογονιμότητα. Η διάγνωση στηρίζεται κυρίως στη κλινική εικόνα συνεπικουρούμενη από ορισμένα κριτήρια. Η υποψία από το γυναικολόγο σε κάθε γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας που παρουσιάζεται με κοιλιακό και πυελικό πόνο παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή της. Η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση της φλεγμονώδους νόσου της πύελου ακολουθούμενη από την έναρξη της κατάλληλης αντιβιοτικής θεραπείας (ευρέως φάσματος αντιβιοτικά) είναι πολύ σημαντική, για την αποφυγή των επιπλοκών της νόσου, ειδικά για τη γονιμότητα της γυναίκας και την αποφυγή χειρουργικής παρέμβασης.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Πυελική φλεγμονή / Χλαμύδια / Σαλπγγο-ωθηκικό απόστημα / Υπογονιμότητα

Corresponding author

Θωμάς Βρεκούσης, E-mail: vrekoussis@gmail.com

1. Εισαγωγή

Η πυελική φλεγμονή ή φλεγμονώδης νόσος της πυέλου (ΦΝΠ) ορίζεται ως η οξεία, υποξεία, υποτροπιάζουσα ή χρόνια φλεγμονώδης διαταραχή του ανώτερου γυναικείου γεννητικού συστήματος όπως η ενδομητρίτιδα, η σαλπγγίτιδα, το σαλπγγο - ωοθηκικό απόστημα, καθώς και η πυελική περιτονίτιδα (πολλές φορές εμπλέκονται στη φλεγμονή γειτονικά πυελικά όργανα). Στις περισσότερες περιπτώσεις εμπλέκονται σεξουαλικά μεταδιδόμενοι οργανισμοί, όπως *N. gonorrhoea*, *C. trachomatis* και σπανιότερα μικροοργανισμοί που ανήκουν στη φυσιολογική χλωρίδα του κόλπου (*G. vaginalis*, *H. influenzae*).

2. Επιδημιολογία - Προδιαθεσικοί Παράγοντες - Δυνατότητες πρόληψης

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα σχετικά με τους αριθμούς των περιστατικών που διαγιγνώσκονται με πυελική φλεγμονή. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, το χρονικό διάστημα μεταξύ 1983 - 2000, υπολογίζεται ότι νοσηλεύονταν ετησίως 200 χιλιάδες γυναίκες με τη διάγνωση αυτή. Επιπροσθέτως αναδρομικές στατιστικές μελέτες για το χρονολογικό έτος 2001, ανέδειξαν 750 χιλιάδες νέα περιστατικά, ενώ παρατηρήθηκε σταδιακή μείωση αυτών τις τελευταίες δυο δεκαετίες τόσο στον αριθμό όσο και στη σοβαρότητα στις περιοχές της Βόρειας Αμερικής και της Δυτικής Ευρώπης¹ πιθανώς λόγω της συστηματικότερης ανίχνευσης των αιτιολογικών μικροβιακών παραγόντων και της αμεσότερης έναρξης της θεραπείας. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, υπήρξε η ίδια παραδοχή αναφορικά με τη δεκαετία 2009 - 2019, με μείωση των περιστατικών (συγκεκριμένα 58% χλαμυδιακής - 34% γονοκοκκικής - 37% αγνώστου αιτιολογίας)², καταλήγοντας στη σημασία του πληθυσμιακού ελέγχου (screening) που γίνεται για την ανεύρεση χλαμυδιακών λοιμώξεων.

Οι συχνότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι³:

- Πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι μεταξύ της ηλικίας 15-25 ετών.
- Έναρξη σεξουαλικής ζωής σε ηλικία μικρότερη των 15 ετών.
- Κάπνισμα
- Γυναικολογικές επεμβάσεις, όπως υστεροσκόπηση, διαγνωστική απόξεση, λήψη ενδομήτριας βιοψίας.

- Παρουσία ενδομήτριου σπειράματος (IUD), Οι δυνατότητες πρόληψης βασίζονται αρχικά στην αγωγή σεξουαλικής υγείας με κύριο πωλωνα την ενθάρρυνση της χρήσης προφυλακτικού. Δεδομένης της αυξημένης επίπτωσης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων στις νεαρές ηλικίες και καθώς η χλαμυδιακή λοίμωξη είναι η συχνότερη αιτία πρόκλησης πυελικών λοιμώξεων, υποστηρίζεται πλέον ο πληθυσμιακός έλεγχος (screening) για παρουσία χλαμυδίων σε ενδοτραχηλικό επίχρισμα σε νεαρές γυναίκες.

3. Αιτιοπαθογένεση-Παθογόνοι μικροοργανισμοί

Οι μικροοργανισμοί που ενοχοποιούνται στην ανάπτυξη πυελικής φλεγμονής, φαίνεται να διαδίδονται με τρεις τρόπους^{4,5}:

- 1) Ανιούσα λοίμωξη από τον τράχηλο στο ενδομήτριο μέσω των σαλπγγων και τελικά στην περιτοναϊκή κοιλότητα, προκαλώντας ενδομητρίτιδα, σαλπγγίτιδα, σαλπγγο-ωοθηκικό απόστημα ή πυελική περιτονίτιδα.
- 2) Μέσω του λεμφικού συστήματος όπως στη λοίμωξη των παραμήτριων χώρων από ενδομήτριες συσκευές αντισύλληψης.
- 3) Αιματογενώς, όπως στην περίπτωση της φυματίωσης, σε μικρότερο βαθμό.

Η οξεία λοίμωξη, διάρκειας μικρότερης των 30 ημερών, προκαλείται από ανιούσα λοίμωξη από τον κόλπο ή τον τράχηλο, στο ενδομήτριο, τις σάλπιγγες και τις παρακείμενες γειτονικές δομές⁵. Σε ένα ποσοστό 85% η οξεία ΦΝΠ συναντάται σε σεξουαλικά ενεργές γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Στην περίπτωση αυτή, στην συντριπτική πλειοψηφία η λοίμωξη οφείλεται σε σεξουαλικά μεταδιδόμενα παθογόνα του τραχήλου, ή παθογόνα που εντοπίζονται στη βακτηριακή κοιλίτιδα, κυρίως στα *N. gonorrhoeae* ή *C. Trachomatis* αλλά και στο *Mycoplasma genitalium*⁶. Ένα μικρότερο ποσοστό αποδίδεται σε αναπνευστικούς ή εντερικούς μικροοργανισμούς που αποικίζουν το κατώτερο γεννητικό σύστημα⁷. Σε ένα ποσοστό 15% οι λοιμώξεις είναι απότοκος χειρουργικών επεμβάσεων, που έχουν ως αποτέλεσμα τη διάσπαση του βλεννογόνιου φραγμού του τραχήλου⁸. Η χρόνια ΦΝΠ, διάρκειας άνω των 30 ημερών, είναι απότοκος της χρόνιας λοίμωξης από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης *M. tuberculosis*

Πίνακας 1. Παθογόνα μικρόβια στην περίπτωση της πυελικής φλεγμονής	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ	ΠΑΘΟΓΟΝΟΣ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
Οξεία πυελική φλεγμονή (διάρκεια ≤ 30 ημερών)	<ul style="list-style-type: none"> • Παθογόνα του τραχήλου (<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i>) • Παθογόνα Βακτηριακής κολπίτιδας (<i>Peptostreptococcus spp.</i>, <i>atopobium spp.</i>, <i>leptotrichia spp.</i>, <i>M. hominis</i>, <i>Ureaplasma urealyticum</i>, <i>Clostridia spp.</i>) • Παθογόνα αναπνευστικού συστήματος (<i>Haemophilus influenzae</i>, <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Staphylococcus aureus</i>) • Εντερικά Παθογόνα (<i>Escherichia coli</i> , <i>Bacteroides fragilis</i> , <i>Campylobacter spp.</i>)
Υποκλινική φλεγμονή	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Χρόνια Πυελική Φλεγμονή (διάρκεια > 30 ημερών)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mycobacterium tuberculosis</i>, <i>Actinomyces spp.</i>

Πίνακας 2. Κριτήρια διάγνωσης της ΦΝΠ ¹⁷		
Ελάχισσα Κριτήρια (τουλάχιστον ένα)	Συμπληρωματικά διαγνωστικά κριτήρια (τουλάχιστον ένα), αύξηση ειδικότητας	Απόλυτα διαγνωστικά κριτήρια
<ul style="list-style-type: none"> • Ευαισθησία στην κινητικότητα του τραχήλου • Ευαισθησία στην ψηλάφηση της μήτρας • Ευαισθησία στην ψηλάφηση των εξαρτημάτων 	<ul style="list-style-type: none"> • Θερμοκρασία σώματος πάνω από 38.3 • Ανώμαλες τραχηλικές εκκρίσεις ή ευθρυπιτότητα του τραχήλου • Παρουσία πλήθους λευκοκυττάρων στη μικροσκοπική καλλιέργεια κολπικού υγρού • Αυξημένος δείκτης ΤΚΕ • Αυξημένη CRP • Εργαστηριακά τεκμηριωμένη τραχηλική λοίμωξη από <i>N. Gonorrhoeae</i> ή <i>C. Trachomatis</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Βιοψία ενδομητρίου με ιστοπαθολογική επιβεβαίωση ενδομητρίτιδας • Διακολπικός υπέρηχος ή MRI με παρουσία πεπαχυσμένων σαλπίνγων με υγρό με ή χωρίς παρουσία ελεύθερου υγρού ή σαλπινγο-ωθητικό απόστημα ή μελέτη Doppler που να αποδεικνύει πυελική φλεγμονή (πχ υπεραμία σαλπίνγων) • Λαπαροσκοπικά ευρήματα συμβατά με PID

Πίνακας 3. Θεραπευτικές επιλογές για από του στόματος αγωγή¹⁷

<p>Κεφτριαζόνη 500 mg i.m. μονή δόση * & Δοξοκυκλίνη 100 mg p.o. , 2 φορές ημερησίως για 14 ημέρες με ή χωρίς Μετρονιδαζόλη 500 mg p.o. , 2 φορές ημερησίως για 14 ημέρες</p>
<p>Κεφοξιτίνη 2 gr. i.m. μονή δόση και Probenecid 1 gr. p.o. & Δοξοκυκλίνη 100 mg p.o. , 2 φορές ημερησίως για 14 ημέρες με ή χωρίς Μετρονιδαζόλη 500 mg p.o. , 2 φορές ημερησίως για 14 ημέρες</p>
<p>Άλλη κεφαλοσπορίνη γ' γενιάς & Δοξοκυκλίνη 100 mg p.o. , 2 φορές ημερησίως για 14 ημέρες με ή χωρίς Μετρονιδαζόλη 500 mg p.o. , 2 φορές ημερησίως για 14 ημέρες</p>

Πίνακας 4. Θεραπευτικές επιλογές ενδοφλέβιας αγωγής¹⁷

<p>Κεφτριαζόνη 1 gr. i.v. κάθε 24 h & Δοξοκυκλίνη 100 mg p.o. / i.v. κάθε 12 h με ή χωρίς Μετρονιδαζόλη 500 mg p.o./ i.v. κάθε 12 h</p>
<p>Κεφοξιτίνη 2 gr. i.v. κάθε 6 h ή Κεφοτετάνη 2 gr. i.v. κάθε 12 h & Δοξοκυκλίνη 100 mg p.o. / i.v. κάθε 12 h</p>
<p>Αμπικιλλίνη - Σουλβακτάμη 3 gr. i.v. κάθε 6 h & Δοξοκυκλίνη 100 mg p.o. / i.v. κάθε 12 h</p>
<p>Κλινδαμυκίνη 900 mg i.v. κάθε 8 h & Γενταμυκίνη με δόση φόρτισης i.v / i.m. (2 mg/ kg), δόση συντήρησης (1.5 mg/kg)</p>

ή από ακτινομύκητες. [Πίνακας 1.]

Σε υγιείς γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, η χλωρίδα του κόλπου περιλαμβάνει τόσο αερόβια όσο και αναερόβια βακτήρια. Οι λακτοβάκιλλοι κυριαρχούν στην κολπική μικροχλωρίδα, διατηρώντας μια συμβιωτική ισορροπία με τα υπόλοιπα βακτήρια, ενώ μέσω της παραγωγής γαλακτικού οξέος και της ήπιας ενεργοποίησης του ανοσοποιητικού συστήματος, αποτρέπουν τον αποικισμό από παθογόνους μικροοργανισμούς⁹. Επιπλέον ο φυσικός φραγμός του τραχήλου που επιτυγχάνεται μέσω της παραγωγής βλέννης, φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο στην αποτροπή της ανιούσας λοίμωξης. Αυτό αποδεικνύεται από την διαδοχικά μειούμενη ανιούσα θετικότητα, καθώς οι περισσότερες γυναίκες ανιχνεύονται θετικές στον κόλπο ή/και στον τράχηλο, λιγότερες στο ενδομήτριο, ενώ ελάχιστες στις σάλπιγγες¹⁰. Μάλιστα η ανίχνευση της γονόρροιας και των χλαμυδίων είναι συχνότερη στην παραγωγική φάση του καταμήνιου κύκλου, όπου η τραχηλική βλέννη είναι λεπτόρρευστη, ενώ οι περισταλτικές συσπάσεις της μήτρας, ωθούν τη μετακίνηση των παθογόνων προς τα πάνω¹¹.

Στις γυναίκες με οξεία ΦΝΠ, η ισορροπία της μικροχλωρίδας διαταράσσεται, με μείωση του φυσιολογικού πληθυσμού του λακτοβάκιλλου και ανάπτυξη ενός πολύπλοκου αναερόβιου βιοφιλμ¹². Η επακόλουθη τοπική παραγωγή ενζύμων έχει ως αποτέλεσμα τη διάσπαση της τραχηλικής βλέννης αλλά και των αντιμικροβιακών πεπτιδίων που φυσιολογικά συντελούν προστατευτικό ρόλο. Η διαταραχή αυτή επιτρέπει τελικά τη διασπορά των παθογόνων μικροοργανισμών στο ανώτερο αναπαραγωγικό σύστημα με επακόλουθη βλάβη στα κροσσώτα επιθηλιακά κύτταρα των σαλπίνγων και την περιτοναϊκή επιφάνεια των σαλπίνγων και των ωθηκών, οδηγώντας σε συμφύσεις, ουλώδη ιστό και μερική ή πλήρη απόφραξη των σαλπίνγων^{11,13}.

Επιπλέον φαίνεται να υπάρχει ανοσολογική συνιστώσα στον τραχηλικό φραγμό. Γενετικοί πολυμορφισμοί στα γονίδια που κωδικοποιούν των Toll-like υποδοχέα TRL φαίνεται να αυξάνουν το ρίσκο ανιούσας λοίμωξης, όπως παρόμοια τον αυξάνουν και συγκεκριμένα ανθρώπινα λευκοκυτταρικά αντιγόνα τύπου 2, υποστηρίζοντας τη θεωρία ότι παραλλαγές στη λειτουργία του ανοσολογικού συστήματος

μπορεί να αυξάνουν το ρίσκο ανάπτυξης ΦΝΠ σε έδαφος τραχηλικής λοίμωξης.¹⁴

4. Κλινικά Συμπτώματα- Διάγνωση

Η ΦΝΠ συχνά είναι υπο-διαγνωσμένη εξαιτίας της πληθώρας των συμπτωμάτων με τα οποία εκδηλώνεται, ενώ πολλές ασθενείς μπορεί να είναι ασυμπτωματικές. Το βασικό σύμπτωμα της ΦΝΠ είναι η οξεία έναρξη κατώτερου κοιλιακού ή πυελικού άλγους ιδιαίτερα χαρακτηριστικού κατά τη διάρκεια ή μετά το πέρας της έμμηνου ρύσεως¹⁵. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι ήπια, και μπορεί να περιλαμβάνουν αμφοτερόπλευρο κατώτερο κοιλιακό άλγος το οποίο επιδεινώνεται κατά τη σεξουαλική επαφή, διαταραχές στην έμμηνο ρύση, δυσουρικά ενοχλήματα, μη φυσιολογικές τραχηλικές εκκρίσεις και ενίοτε πόνο στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλιάς που προκαλείται από φλεγμονή και συμφύσεις της ηπατικής κάψας (περιηπατίτιδα- Σύνδρομο Fitz-Hugh-Curtis)¹⁶. Τα συμπτώματα αυτά ωστόσο παραμένουν άτυπα, και θα μπορούσαν να αποτελούν εκδηλώσεις άλλων κλινικών οντοτήτων όπως των λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος, της ενδομητρίωσης και της έκτοπου κηήσεως. Επομένως είναι σημαντικό να γίνεται έναρξη εμπειρικής θεραπείας σε νέες σεξουαλικά ενεργές γυναίκες με πυελικό ή κοιλιακό άλγος, αν δεν μπορεί να ανευρεθεί άλλο αίτιο πέραν της ΦΝΠ, και αν πληρούνται ένα ή περισσότερα από τα ελάσσονα κριτήρια που έχουν θεσπιστεί από τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών (Centers of Disease Control and Prevention, CDC)¹⁷. [Πίνακας 2]

Τα ελάσσονα διαγνωστικά κριτήρια έχουν ως στόχο την υψηλή ευαισθησία, με σκοπό τον εντοπισμό όσο το δυνατόν περισσότερων περιπτώσεων ΦΝΠ [Πίνακας 2]. Σε περιπτώσεις που είναι παρόν τουλάχιστον ένα από τα ελάσσονα κριτήρια, πολλές φορές προτιμάται η υπερθεραπεία, με την ελπίδα να αποφευχθούν μακροπρόθεσμες συνέπειες στη γονιμότητα της γυναίκας, αλλά και η οικονομική επιβάρυνση των συστημάτων υγείας που ακολουθεί, συχνά, την καθυστερημένη διάγνωση¹⁸.

Τα συμπληρωματικά διαγνωστικά κριτήρια αυξάνουν την ειδικότητα και περιλαμβάνουν εμπύρετο, αυξημένες, συχνά πυώδεις, τραχηλικές εκκρίσεις ή ευθρυπτότητα του τραχήλου, παρουσία πληθώρας

λευκοκυττάρων στη μικροσκοπική καλλιέργεια του κολπικού υγρού, αυξημένη ΤΚΕ ή/και CRP και εργαστηριακά τεκμηριωμένη τραχηλική λοίμωξη από *N. gonorrhoeae* ή *C. Trachomatis*¹⁷. Επομένως επισκόπηση του τραχήλου θα πρέπει να πραγματοποιείται προκειμένου να αξιολογηθεί η κατάσταση του και να γίνει λήψη καλλιιεργειών με τεστ ανίχνευσης νουκλεϊκού οξέος (NAAT) για την ανίχνευση του *N. gonorrhoeae* ή *C. trachomatis*. Επί του παρόντος δεν υπάρχει διαθέσιμο μοριακό τεστ για την ανίχνευση του *M. genitalium*¹⁹.

Πιο εξειδικευμένες απεικονιστικές ή επεμβατικές πράξεις είναι χρήσιμες αλλά συνήθως παραμένουν στη διαγνωστική φαρέτρα σε περιπτώσεις όπου η διάγνωση είναι δυσχερής ή αμφισβητείται ή ακόμα όταν υπάρχει υψηλή υποψία επιπλοκών όπως στην περίπτωση του σαλπγγο-ωθηκικού αποστήματος. Σημαντικές επεμβατικές πράξεις αποτελούν η λαπαροσκόπηση και η βιοψία του ενδομητρίου. Η λαπαροσκόπηση συχνά θέτει την απόλυτη διάγνωση με την επιβεβαίωση της σαλπγγίτιδας (απεικόνιση της φλεγμονής των εξαρτημάτων και της μήτρας, παρουσία εξιδρώματος, συμφύσεων ή αποστήματος), ενώ οι βιοψίες ενδομητρίου με ιστοπαθολογική επιβεβαίωση ενδομητρίτιδας αποτελούν απόλυτο διαγνωστικό κριτήριο^{20, 21}.

Απεικονιστικά, η διακολπική υπερηχογραφία και η μαγνητική τομογραφία με παρουσία πεπαχυσμένων, υδρο- ή πυοσαλπγγων, καθώς και η υπεραιμία των σαλπγγων που διαπιστώνεται με τη χρήση Doppler στο διακολπικό υπέρηχο, είναι ιδιαίτερος ειδικά για τη διάγνωση της σαλπγγίτιδας^{22, 23}. Επιπλέον η σημαντικότητα των απεικονιστικών μεθόδων έγκειται στη διαφοροδιάγνωση, καθώς μπορεί να αποκαλύψουν κυστικά μορφώματα ωθηκών, ενδομητρίωση, έκτοπο κύηση ή οξεία φλεγμονή της σκωληκοειδούς απόφυσης, οντότητες παρούσες σε ένα ποσοστό 10 με 25% των γυναικών που θεωρούνται ότι πάσχουν από οξεία ΦΝΠ³. Είναι σημαντικό ωστόσο να τονιστεί, ότι η διαγνωστική διερεύνηση δε θα πρέπει να καθυστερήσει την έναρξη της θεραπείας.

5. Θεραπεία

Η θεραπευτική προσέγγιση της πυελικής φλεγμονής θα πρέπει να περιλαμβάνει εμπειρική χορήγηση

ευρέως φάσματος αντιμικροβιακής αγωγής δραστικής απέναντι σε *N. gonorrhoeae* και *C. trachomatis*, μιας και αρνητικός έλεγχος ενδοτραχήλου για αυτούς τους οργανισμούς δεν αποκλείει μόλυνση του ανωτέρου γεννητικού συστήματος¹⁴. Η θεραπεία θα πρέπει να ξεκινάει αμέσως με την πιθανή διάγνωση καθώς οι μακροπρόθεσμες συνέπειες ελαττώνονται με την πρόωγη έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής¹². Σε ασθενείς με ήπια έως μέτρια σοβαρότητας ΦΝΠ η θεραπεία χωρίς νοσηλεία έχει ίδια αποτελέσματα με την ενδοσοκομειακή θεραπεία²⁴. Η απόφαση για νοσηλεία θα ληφθεί μετά από εξατομικευμένη προσέγγιση και λαμβάνοντας υπόψη τα παρακάτω κριτήρια²⁵:

- Η ασθενής δεν ανταποκρίνεται σε από του στόματος αντιβιοτικά.
- Η ασθενής δεν μπορεί να ακολουθήσει ή να ανεχθεί θεραπεία από το στόμα.
- Η ασθενής είναι βαρέως πάσχουσα, με ναυτία, εμετούς ή υψηλό πυρετό.
- Παρουσία σαλπγγο-ωθηκικού αποστήματος.
- Εγκυμοσύνη.
- Αδυναμία αποκλεισμού άλλης οξείας χειρουργικής παθολογίας.

Σε ότι αφορά τις έφηβες δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να υποστηρίζουν την ενδοσοκομειακή θεραπεία και η απόφαση αυτή θα πρέπει να λαμβάνεται με τα ίδια κριτήρια που χρησιμοποιούνται σε μεγαλύτερες ηλικίες, καθώς η ανταπόκριση στη θεραπεία δεν διαφέρει²⁶.

5.1 Θεραπεία από το στόμα

Η θεραπεία από το στόμα εφαρμόζεται σε γυναίκες με ήπια έως μέτρια Φ.Π.Ν με παρόμοια αποτελέσματα με την παρεντερική θεραπεία. Τα σχήματα στον **Πίνακα 3** προσφέρουν κάλυψη απέναντι στους συχνότερους αιτιολογικούς παράγοντες.

Η βέλτιστη επιλογή κεφαλοσπορίνης δεν είναι ξεκάθαρη, αν και η κεφοξιτίνη έχει καλύτερη κάλυψη για αναερόβια και η εφάπαξ ενδομυϊκή χορήγηση κεφτριαξόνης για *N. gonorrhoeae*. Η κεφοξιτίνη είναι επαρκής για την βελτίωση της κλινικής εικόνας, αλλά για την καλύτερη κάλυψη απέναντι σε αναερόβια απαιτείται προσθήκη μετρονιδαζόλης στο θεραπευτικό σχήμα²⁷. Η προσθήκη μετρονιδα-

ζόλης θα θεραπεύσει και την πιθανή βακτηριακή κολπίτιδα από *G. vaginalis* που συχνά σχετίζεται με ΦΝΠ. Σε εναλλακτικά σχήματα ο συνδυασμός αμοξυκιλλίνης/κλαβουλανικού με δοξυκυκλίνη θεωρείται αποτελεσματικός, με κύρια παρενέργεια τα έντονα ενοχλήματα από το γαστρεντερικό. Η αζιθρομυκίνη είναι επίσης αποτελεσματική βραχυπρόθεσμα είτε ως μονοθεραπεία είτε σε συνδυασμό με κεφτριαξόνη²⁸. Σε κάθε περίπτωση μη ανταπόκρισης στη θεραπεία μέσα σε 72 ώρες, η ασθενής θα πρέπει να επανεξετάζεται και να επαληθεύεται η αρχική διάγνωση, ξεκινώντας τη χορήγηση παρεντερικής θεραπείας. Γυναίκες με τεκμηριωμένη λοίμωξη από χλαμύδια ή γονόκοκκο έχουν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά υποτροπής ή επαναλοίμωξης τους πρώτους 6 μήνες⁸. Έτσι συστήνεται επανέλεγχος σε αυτές τις περιπτώσεις 3-6 μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας και έλεγχος σε όλες τις περι-

πτώσεις οξείας ΦΝΠ για HIV λοίμωξη²⁹.

5.2 Παρεντερική θεραπεία

Σχετικά με τη χορήγηση παρεντερικής θεραπείας, στον Πίνακα 4 παρατίθενται τα εναλλακτικά σχήματα.

Η μετάβαση από την παρεντερική θεραπεία σε από του στόματος αποφασίζεται με βάση την κλινική εμπειρία και τα εξατομικευμένα χαρακτηριστικά³⁰. Συνήθως αυτή πραγματοποιείται 24-48 ώρες μετά τη βελτίωση της κλινικής εικόνας²⁸. Η ενδοφλέβια χορήγηση δοξυκυκλίνης προκαλεί έντονο πόνο και γι' αυτό θα πρέπει να χορηγείται από το στόμα το συντομότερο δυνατό, μιας και στους δύο τρόπους χορήγησης διαπιστώνεται η ίδια βιοδιαθεσιμότητα⁴. Σε παρουσία σαλπινγο-ωθηκικού αποστήματος θα πρέπει να προστίθεται κλινδαμυκίνη ή μετρονιδαζόλη για καλύτερη κάλυψη των αναερόβιων¹⁵. ☹

Take home messages

- Η πυελική φλεγμονή είναι μια σύνθετη οντότητα που περιλαμβάνει το ανώτερο γεννητικό σύστημα με ποικίλη μικροβιακή αιτιολογία και συμπτώματα με άλλοτε άλλη ένταση που μπορεί να διαφύγουν της προσοχής τόσο της ασθενούς όσο και των ιατρών.
- Η πυελική φλεγμονή είναι άρρηκτα συνδεδεμένη τόσο με άμεσες επιπλοκές (απόστημα, σήψη) όσο και με απώτερες (υπογονιμότητα)
- Η λοίμωξη που σχετίζεται συχνότερα με την πυελική φλεγμονή είναι η χλαμυδιακή.
- Η πρόληψη περιλαμβάνει τον πληθυσμιακό έλεγχο για χλαμύδια

Acute pelvic inflammatory disease.Prevention.Diagnosis.Management

Synopsis

Pelvic inflammation or “pelvic inflammatory disease” is a spectrum of inflammatory diseases of the internal genital organs including endometritis, salpingitis, tubo-ovarian abscess and pelvic peritonitis. Sexually transmitted infections (*Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*) in combination with anaerobic microbes account for approximately 70% of cases. Pelvic inflammation is associated with increased morbidity, which can be reduced by prompt initiation of appropriate treatment. The main long-term complications include recurrent-chronic pelvic inflammation, tubo-ovarian abscess and female infertility. The diagnosis is based mainly on the clinical picture assisted by certain criteria. Suspicion

by the gynecologist in every woman of reproductive age who presents with abdominal and pelvic pain plays a very important role in its early diagnosis and treatment. The early and accurate diagnosis of pelvic inflammatory disease followed by the initiation of appropriate antibiotic treatment (broad-spectrum antibiotics) is very important, to avoid the complications of the disease, especially for the woman's fertility and to avoid surgical intervention.

KEYWORDS: Acute pelvic inflammatory disease / Prevention / Diagnosis / Management

References

1. Wølner-Hanssen P. Silent pelvic inflammatory disease: is it overstated? *Obstetrics and gynecology* 1995;86(3):321-5.
2. Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic Inflammatory Disease. *Campion EW, editor. New England Journal of Medicine* 2015;372(21):2039-48.
3. Mitchell C, Prabhu M. Pelvic inflammatory disease: Current concepts in pathogenesis, diagnosis and treatment. Vol. 27, *Infectious Disease Clinics of North America*. 2013. p. 793-809.
4. Yusuf H, Trent M. Management of Pelvic Inflammatory Disease in Clinical Practice. Vol. 19, *Therapeutics and Clinical Risk Management*. Dove Medical Press Ltd; 2023. p. 183-92.
5. Eschenbach DA. Acute pelvic inflammatory disease. *Urologic Clinics of North America*. 1984;11(1):65-81.
6. Eschenbach DA, Buchanan TM, Pollock HM, Forsyth PS, Alexander ER, Lin J shin, et al. Polymicrobial etiology of acute pelvic inflammatory disease. *N Engl J Med* 1975;293(4):166-71.
7. Branham RC, Binns B, Guijon F, Danforth D, Kossseim ML, Rand F, et al. Etiology and outcome of acute pelvic inflammatory disease. *J Infect Dis* 1988;158(3):510-7.
8. Pungetti D, Lenzi M, Muzzi Rossi P, Cantiero D, Zanardi E. Chlamydia trachomatis, pelvic inflammatory diseases and sterility. *Minerva Gynecol*. 1993;45(3):95-100.
9. Sharma H, Tal R, Clark NA, Segars JH. Microbiota and pelvic inflammatory disease. *Semin Reprod Med*. 2014;32(1):43-9.
10. Ravel J, Moreno I, Simón C. Bacterial vaginosis and its association with infertility, endometritis, and pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 2021 Mar;224(3):251-257
11. Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. *Am Fam Physician* 2019 Sep 15;100(6):357-364.
12. Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic Inflammatory Disease. *Campion EW, editor. New England Journal of Medicine* 2015;372(21):2039-48.
13. Mitchell C, Prabhu M. Pelvic inflammatory disease: current concepts in pathogenesis, diagnosis and treatment. *Infect Dis Clin North Am* 2013;27(4):793-809.
14. Ford GW, Decker CF. Pelvic inflammatory disease. *Dis Mon* 2016 Aug;62(8):301-5
15. Frock-Welnak DN, Tam J. Identification and Treatment of Acute Pelvic Inflammatory Disease and Associated Sequelae. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2022 Sep;49(3):551-579
16. Hillier SL, Bernstein KT, Aral S. A Review of the Challenges and Complexities in the Diagnosis, Etiology, Epidemiology, and Pathogenesis of Pelvic Inflammatory Disease. *J Infect Dis*. 2021 Aug 16;224(12 Suppl 2):S23-S28
17. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021 - <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/pid.htm>
18. Miguel RDV, Chivukula M, Krishnamurti U, Amortegui AJ, Kant JA, Sweet RL, et al. Limi-

- tations of the criteria used to diagnose histologic endometritis in epidemiologic pelvic inflammatory disease research. *Pathol Res Pract* 2011;207(11):680-5.
19. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KCS, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med*;74(1):14-22.
 20. Sellors J, Mahony J, Goldsmith C, Rath D, Mander R, Hunter B, et al. The accuracy of clinical findings and laparoscopy in pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164:113-20.
 21. Molander P, Finne P, Sjöberg J, Sellors J, Paavonen J. Observer agreement with laparoscopic diagnosis of pelvic inflammatory disease using photographs. *Obstetrics and Gynecology* 2003;101(5):875-80.
 22. Molander P, Sjöberg J, Paavonen J, Cacciatore B. Transvaginal power Doppler findings in laparoscopically proven acute pelvic inflammatory disease. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001;17(3):233-8.
 23. K S, CB B, LD P, SR G, BR B. Begin with the basics: role of 3-dimensional sonography as a first-line imaging technique in the cost-effective evaluation of gynecologic pelvic disease. *J Ultrasound Med* 2013 ;32(3):14.
 24. Liu B, Donovan B, Hocking JS, Knox J, Silver B, Guy R. Improving adherence to guidelines for the diagnosis and management of pelvic inflammatory disease: A systematic review. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2012;2012:325108.
 25. Ness RB, Soper DE, Holley RL, Peipert J, Randall H, Sweet RL, et al. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: Results from the Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) Randomized Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(5):929-37
 26. Smith G, Ness RB, Trautmann G, Soper DE. Effectiveness of treatment strategies of some women with pelvic inflammatory disease: a randomized trial. *Obstetrics and gynecology* 2005;106(6):1414-5.
 27. Dunbar-Jacob J, Sereika SM, Foley SM, Bass DC, Ness RB. Adherence to oral therapies in pelvic inflammatory disease. *J Womens Health*. 2004 Apr;13(3):285-91.
 28. Haggerty CL, Ness RB. Newest approaches to treatment of pelvic inflammatory disease: A review of recent randomized clinical trials. *Clinical Infectious Diseases*. 2007 Apr 1;44(7):953-60.
 29. Xu SX, Gray-Owen SD. Gonococcal Pelvic Inflammatory Disease: Placing Mechanistic Insights into the Context of Clinical and Epidemiological Observations. *Journal of Infectious Diseases*. 2021 Aug 15;224:S56-63.
 30. Eschenbach D. Treatment of pelvic inflammatory disease. *Clinical Infectious Diseases*. 2007 Apr 1;44(7):961-3.

INSTRUCTIONS TO AUTHORS (CHAPTERS / REVIEWS)

Chapter / review structure

Το κεφάλαιο πρέπει να έχει την ακόλουθη δομή:

- A. Περίληψη 150 - 200 λέξεων, άνευ υποδιαϊρέσεων, άνευ συντμήσεων και άνευ βιβλιογραφικών αναφορών
- B. Λέξεις κλειδιά (Keywords) maximum 6 να εμφανίζονται κάτω από την περίληψη.
- Γ. Κυρίως κείμενο, με υποδιαϊρέσεις, συνολικός αριθμός λέξεων από 1.300 - 1.500 και μέχρι 4 εικόνες (πίνακες, διαγράμματα, φωτογραφίες).
- Δ. 'Take home messages', 5 - 8 γραμμές.
- Ε. Περίληψη 150 - 200 λέξεων στην Αγγλική γλώσσα. Μετάφραση της αρχικής περιλήψης είναι αποδεκτή.

Βιβλιογραφία (References)

Ο μέγιστος αριθμός των βιβλιογραφικών αναφορών (references) είναι 30. Η εμφάνιση των βιβλιογραφικών αναφορών στο κείμενο και στην βιβλιογραφική λίστα πρέπει να βασίζεται στο σύστημα Vancouver. Αυτό είναι το 'αριθμημένο σύστημα' όπου οι βιβλιογραφικές αναφορές αριθμούνται διαδοχικά, όπως εμφανίζονται στο κείμενο και ταξινομούνται με αριθμητική αλληλουχία στην βιβλιογραφική λίστα. Αν ο αριθμός των συγγραφέων σε ένα άρθρο είναι πάνω από 6 τότε θα εμφανίζονται μόνο οι 6 πρώτοι συγγραφείς και οι λέξεις et al. για τους υπόλοιπους. Περισσότερες πληροφορίες για το σύστημα υπάρχουν στο 'Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals' <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3142758/>

Web references

Η πλήρης URL πρέπει να αναγράφεται με τα ονόματα των συγγραφέων και τις ημερομηνίες.

Πληροφορίες στην σελίδα τίτλου (Title page information)

Η αρχική σελίδα του άρθρου πρέπει να περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:

- A. Τίτλο του άρθρου, άνευ συντμήσεων.

- B. Ονόματα των συγγραφέων (Επίθετο - όνομα).

- Γ. Διευθύνσεις των συγγραφέων (κλινικές, νοσοκομεία, ερευνητικά κέντρα). Αμέσως μετά το όνομα του συγγραφέα πρέπει να υπάρχει ένας δείκτης (με μικρά γράμματα) και ο ίδιος δείκτης να εμφανίζεται πριν από την κατάλληλη διεύθυνση.

- Δ. Ταχυδρομική διεύθυνση κάθε κέντρου, τηλέφωνο επικοινωνίας και e - mail address για κάθε συγγραφέα.

- Ε. Συγγραφέας επικοινωνίας (Corresponding author).

Ένα άτομο από την συγγραφική ομάδα για επικοινωνία κατά την διάρκεια της προετοιμασίας και μετά την δημοσίευση του άρθρου. Πλήρης ταχυδρομική διεύθυνση, τηλέφωνα επικοινωνίας και e - mail address είναι απαραίτητα.

Συντμήσεις (Abbreviations)

Συντμήσεις επιτρέπονται μόνο στο κυρίως κείμενο και πρέπει να εμφανίζονται ομοιόμορφα σε όλο το κείμενο.

Πίνακες και διαγράμματα

Πρέπει να περιλαμβάνονται στο κυρίως κείμενο του άρθρου, να εμφανίζονται με αριθμητική αλληλουχία και να γίνεται παραπομπή από το κείμενο στον αντίστοιχο πίνακα ή διάγραμμα.

Φωτογραφίες

Πρέπει να υποβάλλονται χωριστά και να είναι σε μορφή jpeg με ανάλυση τουλάχιστον 300 dpi. Κάθε φωτογραφία να έχει μια λεζάντα με σύντομο τίτλο και σύντομη περιγραφή της εικόνας. Η λεζάντα να μην είναι προσκολλημένη στην φωτογραφία.

Υποβολή των άρθρων

Τα άρθρα υποβάλλονται με e - mail, σε αρχείο MS Word, στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

a.platania@zita - management.com

Τηλέφωνο επικοινωνίας 22994 40953.



ZITA CONGRESS & EVENT
M A N A G E M E N T

εμείς τον ενθουσιασμό και την εμπειρία . . .

. . . εσείς την σιγουριά της επιτυχίας
του οργανωτικού και οικονομικού αποτελέσματος



συμβάλλουμε με διαφάνεια και εμπειρία **40** χρόνων
στους άμεσους στόχους και τα οράματά σας

www.zita-group.com

Ομήρου 29, Πέτα Σαρωνικού, 190 01, Αττική, Ελλάδα, Τηλ: +30 22994 40964
info@zitacongressevents.com



ΕΝΩΣΗ ΜΑΙΕΥΤΗΡΩΝ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Μέλος του EBCOG



ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ της ΓΥΝΑΙΚΑΣ

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΕΟΡΤΑΣΜΟΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΗΜΕΡΑΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Η Ένωση Μαιευτήρων Γυναικολόγων Ελλάδος, την **8η Μαρτίου 2024** στο **ΖΑΠΗΕΙΟ ΜΕΓΑΡΟ** εορτάζει την Παγκόσμια Ημέρα της Γυναίκας και τα 50 χρόνια από την ίδρυση της Ένωσης.

Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής, με ιδιαίτερη χαρά, σας προσκαλώ να μας τιμήσετε με την παρουσία σας, σε αυτή την τόσο σημαντική εκδήλωση.

Ο εορτασμός θα πραγματοποιηθεί με την διοργάνωση ενημερωτικής ημερίδας, σκοπός της οποίας είναι να παρουσιάσει 'ότι πρέπει να γνωρίζουν' οι γυναίκες, από την εφηβεία μέχρι και την εμμηνοπαύση, για την πρόληψη και την θεραπεία των συχνών και σημαντικών προβλημάτων που τις απασχολούν σε επίπεδο ιατρικό, οικογενειακό και κοινωνικό.

Η εκδήλωση τελεί υπό την Αιγίδα του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας, του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών και του ICC Women Hellas.

Χαιρετισμούς θα απευθύνουν Υπουργοί, Βουλευτές, Εκπρόσωποι των Πολιτικών Κομμάτων, της Περιφέρειας Αττικής, Συλλόγων και Οργανισμών.

Ώρα έναρξης 11:30 π.μ. / Ώρα λήξης 4:30 μ.μ.

Μετά τημής

**Ο Πρόεδρος της Ένωσης Μαιευτήρων Γυναικολόγων
Ελλάδος και Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής**

Δρ. Λουκάς Κλέντζερης

MD (Ab) CCST(UK) Dr. Med (Sheffield) FRCOG (London)
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Sheffield Αγγλίας
Ακόλουθος Βρετανικού Βασιλικού Κολλεγίου Μαιευτήρων & Γυναικολόγων
π. Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Warwick UK
π. Διευθύντριας NHS Consultant and Medical Director Μονάδος IVF
Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου CARDIFF-UK
Επιστημονικός Συνεργάτης Μαιευτηρίου ΜΗΤΕΡΑ-ΑΘΗΝΑ και μονάδος
ΥΤΕΛΑ IVF EMBRYOGENESIS



Για επιβεβαίωση:



ZITA CONGRESS & EVENT
MANAGEMENT

Τηλ.: 2299440964



ΕΝΩΣΗ ΜΑΙΕΥΤΗΡΩΝ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Μέλος του EBCOG



Υπό την Αιγίδα:



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Κοινωνικής Συνοχής
και Οικογένειας

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΕΟΡΤΑΣΜΟΣ

Παρασκευή 8 Μαρτίου 2024 - Ζάππειο Μέγαρο

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

«ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ, είστε έτοιμες να δεχθείτε την ώρα που έρχεται αναγκαστικά; Είστε άξιες να δεχθείτε την ελευθερία που θα σας δοθεί; Γυναίκες, η Ζωή σας καλεί, πώς θα της απαντήσετε; Η Νέα Ζωή θέλει άτομα κι όχι όργανα, άτομα παραγωγικά μέσα στην κοινωνία κι όχι παράσιτα, θέλει Γυναίκες, Γυναίκες Δουλεύτριες και Μητέρες μ' επίγνωση της αποστολής τους που θα ξέρουν και ν' αναθρέψουν το παιδί τους σ' Άνθρωπο και να το προστατέψουν ενάντια κάθε πρόληψης, γιατί θα του αρκεί πώς έχει Μητέρα, Γυναίκες που θα μάθουν στους Άντρες την Αξία που περιφρονούν γιατί δεν την ξέρουν, ενός ισότιμου Συναγωνιστή και Σύντροφου».

Άλκης Θρύλος ή αλλιώς Ελένη Ουράνη - το γένος Νεγρεπόντη (1896 - 8 Δεκεμβρίου 1971), σπουδαία κριτικός λογοτεχνίας, θεάτρου και συγγραφέας, γνωστή με το ψευδώνυμο Άλκης Θρύλος.

Με έμπνευση τα θεμελιώδη ερωτήματα της Ελένης Ουράνη προς τη γυναίκα και τη θέση της στην κοινωνία, ο Πρόεδρος Δρ. Λουκάς Κλέντζερης και τα μέλη του Δ.Σ. της Ένωσης Μαιευτήρων Γυναικολόγων Ελλάδος, αποτίνουν φόρο τιμής στη γυναίκα, στις 8 Μαρτίου 2024, στο Ζάππειο Μέγαρο, εορτάζοντας την Παγκόσμια Ημέρα της Γυναίκας και τα 50 χρόνια από την ίδρυση της Ένωσης. Η εκδήλωση τελεί υπό την Αιγίδα του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας.

Ο εορτασμός θα γίνει με την διοργάνωση ενημερωτικής ημερίδας, σκοπός της οποίας είναι η ενημέρωση των Ελληνίδων Γυναικών, από καταξιωμένους επιστήμονες του κλάδου, για τα συχνά και σημαντικά προβλήματα που τις απασχολούν.

Η εκδήλωση θα περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα θεμάτων μερικά των οποίων παρατίθενται κατωτέρω:

- ✓ Δημογραφικό Πρόβλημα και Υπογεννητικότητα στην Ελλάδα. Ποια είναι τα αίτια του προβλήματος; Υπάρχουν λύσεις;
- ✓ Κακοποίηση Γυναικών στην Ελληνική Κοινωνία το 2024. Μέγεθος του προβλήματος, αίτια και πώς μπορεί να βοηθήσει η Πολιτεία;
- ✓ Πρόληψη γυναικολογικών καρκίνων. Τι πρέπει να γνωρίζει κάθε γυναίκα;

- ✓ Οικογένεια και Καριέρα. Προκλήσεις και λύσεις
- ✓ Ζευγάρια που δεν μπορούν να τεκνοποιήσουν (Υπογόνιμα). Ποιος έχει το πρόβλημα; Τι Θεραπείες υπάρχουν; Πότε βοηθά η Εξωσωματική Γονιμοποίηση (IVF);
- ✓ Διατήρηση γονιμότητας, Κατάψυξη ωαρίων. Πότε και Πώς;
- ✓ "Teenage pregnancies" Πώς μπορούν να αποφευχθούν; Τι χρειάζεται να γνωρίζουν τα έφηβα κορίτσια και οι γονείς τους;
- ✓ Κονδυλώματα τραχήλου. Πρόληψη, Θεραπεία, Εμβόλια για καρκίνο του τραχήλου μήτρας. Ναι/Όχι; Πότε και Πώς;
- ✓ Προετοιμασία για την εγκυμοσύνη. Τι πρέπει να γνωρίζει κάθε γυναίκα;
- ✓ Κλιμακτήριος-Εμμηνόπαυση. Υπάρχουν λύσεις για να βοηθήσουμε τις γυναίκες σε αυτό το στάδιο της ζωής τους;

Επιφανείς Έλληνες Επιστήμονες, συμπεριλαμβανομένων Υπουργών και Βουλευτών, θα παρουσιάσουν τα ανωτέρω θέματα.

Στην εκδήλωση έχουν προσκληθεί και θα συμμετάσχουν και μη κερδοσκοπικές οργανώσεις που επιτελούν κοινωνικό έργο σχετικό με την υγεία της γυναίκας, της μητέρας και του παιδιού.

Οι ειδικοί Επιστήμονες θα παρουσιάσουν τις ομιλίες τους σε γλώσσα κατανοητή στο ευρύ γυναικείο κοινό το οποίο αποτελεί και τον πρωταρχικό στόχο της εκδήλωσης. Κάθε γυναίκα με ηλικιακό εύρος από την εφηβεία μέχρι και την εμμηνόπαυση θα ωφεληθεί από την παρακολούθηση της ενημερωτικής εκδήλωσης.

Η ημερίδα θα αρχίσει στις 11:30 π.μ. της Παρασκευής 8/3/2024 και θα τελειώσει στις 16:30 μ.μ.

**ΕΟΡΤΗ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΗΜΕΡΑΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 8 ΜΑΡΤΙΟΥ 2024
ΖΑΠΠΕΙΟ ΜΕΓΑΡΟ ΕΙΣΟΔΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗ**

Ο Πρόεδρος της Ένωσης Μαιευτήρων Γυναικολόγων Ελλάδος



Δρ. Λουκάς Κλέντζερης

MD (Ath) CCST(UK) Dr.Med (Sheffield) FRCOG (London)

Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Sheffield Αγγλίας

Ακόλουθος Βρετανικού Βασιλικού Κολλεγίου Μαιευτήρων & Γυναικολόγων

π. Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Warwick-UK

*π. Διευθυντής-NHS Consultant and Medical Director Μονάδος IVF Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου
CARDIFF-UK*

Ps.Περισσότερες πληροφορίες από τον Πρόεδρο της Ένωσης, τηλ 6947327810

Ερυθρού Σταυρού 6, 151 23 Μαρούσι, ΑΘΗΝΑ ΤΗΛ 6975883010

email: enmge01@gmail.com

www.enmge.gr



1+1... Εκσυγχρονισμός - Ανάπτυξη

Δύο μεγάλες Εταιρείες ενώνουν τις δυνάμεις τους και σας προσφέρουν Υπηρεσίες marketing, χρηματοοικονομικών και αναπτυξιακών ευκαιριών.

Στο όραμα σας για εκσυγχρονισμό του **ιατρείου** σας και αποτελεσματικότερη διείσδυση στο κοινό σας, έχετε τώρα την πιο αξιόπιστη επιλογή!



ZITA BSS
MEDICAL MANAGEMENT

HOLA[®]

Υστεροσκοπική θεραπεία των γυναικολογικών παθήσεων

ELLA[®]

Λαπαροσκοπική θεραπεία της ενδομητρίωσης

bio
LITEC[®]

Οι πλέον σύγχρονες, ασφαλείς & ελάχιστα επεμβατικές
θεραπείες των γυναικολογικών παθήσεων



- Απόλυτη ακρίβεια
- Τέλεια αιμόσταση
- Άψογη εικόνα στο χειρουργικό πεδίο
- Σε επαφή ή σε απόσταση από τον ιστό

Γ. Παπανδρέου 125, 14452, Μεταμόρφωση, Αθήνα
Τηλ.: 210 2852400 • Fax : 210 2852693
info@endotech.gr • www.endotech.gr

 **endotech**
ΠΟΙΟΤΗΤΑ, ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ



GE HealthCare

Work Smarter with More AI Tools



Discover What's New on
Voluson™ SWIFT BT23



GE HealthCare AE - Σώρου 8-10, 15125 Μαρούσι
Επικοινωνία: Δέσποινα Χριστοδούλου 6979-988828
email: Despina.Christodoulou@gehealthcare.com

