

4^ο

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ

“1985 - 2010, 25 χρόνια έρευνας και αντιμετώπισης της Ενδομητρίωσης”

“2000 - 2010, 10 χρόνια Ελληνικής Εταιρείας Ενδομητρίωσης”

με Διεθνή Συμμετοχή

Ηράκλειο Κρήτης

ΟΡΓΑΝΩΣΗ:
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ

Αμφιθέατρο Ιατρικού Τμήματος
Πανεπιστημίου Κρήτης

16-17 Οκτωβρίου 2010

Επίτιμοι Πρόεδροι

A. Arici, E. Κουμαντάκης, Δ. Πανίδης

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ:

WORLD
ENDOMETRIOSIS
SOCIETY



**ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
& Βιβλίο Περιλήψεων**

ELITYRAN[®] 3,75mg / PF.SYR.
LEUPRORELIN ACETATE Depot inj. 11,25mg / PF.SYR.

DPS

αξιόπιστη λύση...
σε εξελιγμένη μορφή



BIANEX Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης

• ΑΘΗΝΑ: Οδός Τατσοίου 146 71 Ν. Ερυθραία, Τηλ.: 210 8009111
• E-Mail: mailbox@vianex.gr • INTERNET: <http://www.vianex.gr>
• ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Β.Χατζή 2, Τηλ: 2310 840440



ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Επίτιμοι Πρόεδροι: Α. Αρίσι, Ε. Κουμαντάκης, Δ. Πανίδης
Πρόεδρος Συνεδρίου: Ι. Ματαλλιωτάκης

Δ.Σ. ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ

Πρόεδρος: Ι. Ματαλλιωτάκης
Αντιπρόεδρος: Γ. Πιστοφίδης
Γενικός Γραμματέας: Ε. Δεληγεώρογλου
Ειδικός Γραμματέας: Γ. Γκριμπίζης
Ταμίας: Α. Γούμενου
Μέλη: Γ. Πάντος, Μ. Πασχόπουλος
Εξελεγκτική Επιτροπή: Γ. Αντωνάκης, Ν. Μαρταβαντζής

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ			
Π. Αναστασιάδης Γ. Βλάσης Ε. Διακομανώλης Π. Ζούρλας Α. Καλογερόπουλος	Ν.Κλεάρχου Γ. Κουρούνης Β. Κουτήφαρης Δ. Λώλης Γ. Μακέδος	Μ. Μαμόπουλος Σ. Μανταλενάκης Γ. Μαρούλης Σ. Μηλίγκος Σ. Μιχαλάς	Α. Παπαλουκάς Ν. Παπανικολάου Ι. Μπόντης Β. Τζιγγούνης



Daronda[®]
3.75mg/11.25mg **Depot**
ΟΞΙΚΗ ΛΕΥΚΟΡΕΞΙΝΗ

Στην **Ενδομητρίωση &**
στα Ινομυώματα



McDermott-10 & A00717

ABBOTT LABORATORIES (ΕΜΑΣ) ΑΒΕΕ
ΑΘΗΝΑ: Λεωφ. Βουλιαγμένης 512, 17456 Άλιμος, Τηλ.: 210.99.85.222
ΘΕΣ/ΝΙΚΗ: 12^ο χλμ. Νέας Εθνικής οδού Θεσσαλονίκης - Ν. Μουδανιών,
Τηλ.: 2310 8 10 470, Τ.Θ. 60682, Τ.Κ. 57001 Θέρμη

 **Abbott**
A Promise for Life



Αγαπητοί συνάδελφοι

Η Ελληνική Εταιρία Ενδομητρίωσης διοργανώνει το **4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ενδομητρίωσης** στις **16-17 Οκτωβρίου 2010 στο Ηράκλειο Κρήτης**. Με τη συμμετοχή αξιόλογων Ελλήνων και ξένων ομιλητών, σκοπούμε να επικεντρωθούμε στις τελευταίες εξελίξεις γύρω από την παθολογία και αντιμετώπιση της Ενδομητρίωσης. Το πρόγραμμα του Συνεδρίου περιλαμβάνει τις εξής ενότητες :

- Νεότερα επιδημιολογικά δεδομένα στην Ενδομητρίωση και Αδενομύωση
- Παθολογία και παθοφυσιολογία της Ενδομητρίωσης
- Διαγνωστική προσέγγιση και σταδιοποίηση
- Ενδομητρίωση και αναπαραγωγή
- Εν τω βάθει Ενδομητρίωση
- Εξωπυελική Ενδομητρίωση
- Καρκίνος και Ενδομητρίωση
- Φαρμακευτική θεραπεία της Ενδομητρίωσης
- Λαπαροσκοπική αντιμετώπιση της Ενδομητρίωσης
- Ανοσολογικές διεργασίες και Ενδομητριάκα βλαστοκύτταρα
- HPV και Ενδομητρίωση

Η παρουσία σας θα αποτελούσε ιδιαίτερη τιμή και χαρά για εμάς και η συνεισφορά σας στην επιτυχία του συνεδρίου θα μας ενθαρρύνει στην προσπάθειά μας για καλύτερη έρευνα και αντιμετώπιση της μυστηριώδους αυτής ασθένειας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς
Ιωάννης Μ. Ματαλιωτάκης
Πρόεδρος Συνεδρίου

- 08:00 – 08:30 Προσέλευση – εγγραφές
- 08:30 – 09:30 **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (01-05)**
Προεδρείο: Γ. Μανιδάκης, Β. Λίβας, Ο. Κονταξάκη
- 09:30 – 11:30 **Στρογγυλή τράπεζα**
Επιδημιολογία – Διάγνωση Ενδομητρίωσης
Προεδρείο: Ε. Κουμαντάκης, Γ. Φρουδαράκης, Ε. Τζανάκης
- Πρόσφατα επιδημιολογικά στοιχεία στην Ενδομητρίωση
N. Μαρταβαντζής
- Κλινική και εργαστηριακή διάγνωση της Ενδομητρίωσης
Ε. Ζιώγος
- Υπερηχογραφική εκτίμηση Ενδομητρίωσης - Αδενομύωσης
Σ. Σηφάκης
- Ενδομητρίωση : Ο ρόλος της μαγνητικής τομογραφίας στη διάγνωση και πρόγνωση της έκτασης της νόσου
Ε. Χρυσού
- Περιοδοντίτιδα και Ενδομητρίωση
Κ. Βλασιάδης
- Ενδομητρίωση Ουροποιητικού Συστήματος
Σ. Τζουλάκης
- 11:30 – 12:00 Διάλειμμα, καφές
- 12:00 – 12:30 **Διάλεξη**
Προεδρείο: Ι. Ματαλιωτάκης, Χ. Μπατάκης, Δ. Μαλαθράκης
- Pathophysiology of Endometriosis
M. Molnar
- 12:30 – 14:00 **Στρογγυλή τράπεζα**
Παθογένεια – Παθοφυσιολογία Ενδομητρίωσης
Προεδρείο: Α. Καλογερόπουλος, Μ. Τζαρδή, Κ. Ντζελέπης
- Η γενετική προσέγγιση της Ενδομητρίωσης: Προσφορά με προοπτική ή ουτοπία;
Γ. Γουλιέλμος
- Επιγενετικοί μηχανισμοί στην παθογένεια της Ενδομητρίωσης
Δ. Κάππου
- Αντιδιαμετρικός ρόλος των προσταγλανδινών E1 και E2 στην πειραματική Ενδομητρίωση
Ε. Αθανασάκη
- Μοριακοί μηχανισμοί πίσω από την κακοήθη εξαλλαγή της Ενδομητρίωσης
Α. Ζαραβίνος
- Ενδομητρίωση και Αδενομύωση από την πλευρά του παθολογοανατόμου
Μ. Τζαρδή



- 14:00 – 15:00 Μεσημβρινή διακοπή
- 15:00 – 16:00 **ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ (POSTERS)**
Προεδρείο: Ι. Γιακουμάκης, Μ. Γραμματοπούλου, Ε. Σαρρή
- 16:00 – 18:00 **Ομιλίες**
Προεδρείο: Α. Αντσακλής, Γ. Δασκαλάκης, Θ. Κατάσος
- Καρκίνος του μαστού και Ενδομητρίωση
Ι. Ασκοξυλάκης
- Ενδομητρίωση αναπνευστικού συστήματος
Κ. Σαμαρά
- Ενδομητρίωση στην εφηβεία
Ε. Δεληγεώρογλου
- Ενδομητρίωση και καρκίνος
Κ. Χατζηγεωργίου
- 18:00 – 18:15 Διάλειμμα, καφές
- 18:15 – 19:00 **Ομιλίες**
Προεδρείο: Ι. Ματαλλιωτάκης, Α. Γούμενου, Χ. Σαρίδης
- Ovulation induction in Endometriosis
A. Arici
- The impact and cost of Endometriosis
L. Hummelshoj
- 19:00 – 19:30 ΕΠΙΣΗΜΗ ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
Προσφωνήσεις – χαιρετισμοί
- 19:30 – 20:00 **Διάλεξη**
Προεδρείο: Ε. Κουμαντάκης, Α. Τιμοθέου, Ε. Καστρινάκη
- Βιολογικοί δείκτες υψηλής κλινικής σημασίας στην έρευνα για την υγεία των γυναικών:
Επιστήμη, αναδυόμενη επιστήμη και ψευδοεπιστήμη
Δ. Πανίδης

08:00 – 09:00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (06-09)

Προεδρείο: Ε. Δημοσθένους, Δ. Βαονάκης, Κ. Χλαπουτάκης

09:00 – 10:30

Στρογγυλή τράπεζα

Νέες προσεγγίσεις στη θεραπεία της Ενδομητρίωσης - Αδενομύωσης

Προεδρείο: Π. Παναγόπουλος, Σ. Δρανδάκης, Γ. Πιστοφίδης

Φαρμακευτική αντιμετώπιση της Ενδομητρίωσης

Γ. Αντωνάκης

Υστεροσκοπική προσέγγιση της αδενομύωσης: Νεότερα δεδομένα

Μ. Πασχόπουλος

Λαπαροσκοπική αντιμετώπιση της Αδενομύωσης

Γ. Γκριμπίζης

Εντερική συμμετοχή του παχέος εντέρου στην εν τω βάθει Ενδομητρίωση

Γ. Πιστοφίδης

10:30 – 11:30

Ομιλίες

Προεδρείο: Β. Καραγιάννης, Μ. Φραιδάκης, Γ. Στρατουδάκης

Πυελικό άλγος και ενδομητρίωση

Ο. Κούκουρα

Τα μεσεγχυματικά αρχέγονα κύτταρα του ενδομητρίου και γνωστές ανοσολογικές διεργασίες σαν προαπαιτούμενα στάδια διαδικασίας για την έναρξη της ενδομητρίωσης: Μια νέα θεωρία

Σ. Βασιλειάδης

Επιλογές στην αντιμετώπιση του συνδυασμού υπογονιμότητας – Ενδομητρίωσης

Ι. Ματαλλιωτάκης

11:30 - 11:45

Διάλειμμα, καφές



11:45 – 12:15

Διάλεξη

Προεδρείο: Ι. Ματαλλιωτάκης, Π. Αποστολάκης, Α. Χναράκης

Ενδομητρίωση : Η νόσος των θεωριών

Σ. Μανταλενάκης

12:15 – 14:00

Στρογγυλή τράπεζα

Αναπαραγωγή

Προεδρείο: Γ. Βλάσσης, Ν. Βαλσαματζής, Ι. Τέντας

Λαπαροσκοπική αντιμετώπιση Ενδομητριωσικών κύστεων: Νεότερα δεδομένα

Γ. Πάντος

IVF στην Ενδομητρίωση

Α. Γούμενου

Μηχανισμοί εμφύτευσης στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή σε γυναίκες με Ενδομητρίωση

Ι. Πράπας

14:00

ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ – ΑΠΟΝΟΜΗ ΒΡΑΒΕΙΩΝ

ΠΡΟΕΔΡΟΙ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Arici A.	Professor and Chief, Division of Reproductive Endocrinology and Infertility Yale University, New Haven, USA
Hummelshoj L.	Secretary General of the World Endometriosis Society
Molnar M.	Associate Professor of Pathophysiology, Sommelweis University, Budapest
Αθανασάκη Ε.	Καθηγήτρια Βιολογίας Παν/μίου Κρήτης
Αντσακλής Α.	Καθηγητής, Διευθυντής Α' Μ/Γ Κλινικής Παν/μίου Αθηνών
Αντωνάκης Γ.	Επίκουρος Καθηγητής Μ/Γ Παν/μίου Πατρών
Αποστολάκης Π.	Επιμελητής Α' Μ/Γ Κλινική Νοσοκομείου Ρεθύμνου
Ασκοξυλάκης Ι.	Επιμελητής Α', Χειρουργικής Ογκολογίας ΠΑΓΝΗ
Βαλσαματζής Ν.	Διευθυντής Μ/Γ Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης
Βαονάκης Δ.	Διευθυντής Μ/Γ Κλινικής Νοσοκομείου Ρεθύμνου
Βασιλειάδης Σ.	Ανοσολόγος, Αθήνα
Βλασιάδης Κ.	Επιμελητής Οδοντιατρικής κλινικής ΠΑΓΝΗ
Βλάσσης Γ.	Ομότιμος Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας ΑΠΘ
Γιακουμάκης Ι.	Μαιευτήρας – Γυναικολόγος, Χανιά
Γκριμπίζης Γ.	Επίκουρος Καθηγητής Α' Μ/Γ Κλινικής ΑΠΘ
Γουλιέλμος Γ.	Επίκουρος Καθηγητής Μοριακής Γενετικής του Ανθρώπου Παν/μίου Κρήτης
Γούμενου Α.	Επιμελήτρια Α', Μ/Γ Κλινική ΠΑΓΝΗ
Γραμματοπούλου Μ.	Τομέαρχης χειρουργικού τομέα ΠΑΓΝΗ
Δασκαλάκης Γ.	Διευθυντής Μ/Γ Κλινικής Νοσοκομείου Χανίων
Δεληγεώρογλου Ε.	Αναπληρωτής Καθηγητής Β' Μ/Γ Κλινικής Παν/μίου Αθηνών
Δημοσθένους Ε.	Επικουρικός επιμελητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας ΠΑΓΝΗ
Δρανδάκης Σ.	τ. Διευθυντής Μ/Γ Κλινικής Νοσοκομείου Ρεθύμνου
Ζαραβίνος Α.	Μοριακός Βιολόγος, Εργαστήριο Κλινικής Ιολογίας Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Κρήτης
Ζιώγος Ε.	Επικουρικός επιμελητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας ΠΑΓΝΗ
Καλογερόπουλος Α.	Ομότιμος Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας ΑΠΘ
Κάππου Δ.	Πτυχιούχος Ιατρικής Σχολής Κρήτης
Καραγιάννης Β.	Καθηγητής, Διευθυντής Γ' Μ/Γ Κλινικής, ΑΠΘ
Καστρινάκη Ε.	Προϊσταμένη Μ/Γ Κλινικής ΠΑΓΝΗ
Κατάσος Θ.	Διευθυντής Μ/Γ Κλινικής Νοσοκομείου Αγ. Νικολάου
Κονταξάκη Ο.	Προϊσταμένη Μαιευτηρίου Μ/Γ Κλινικής ΠΑΓΝΗ
Κούκουρα Ο.	Επικουρική Επιμελήτρια Νοσοκομείου Αιγίου
Κουμαντάκης Ε.	Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας Παν/μίου Κρήτης
Λίβας Β.	Μαιευτήρας – Γυναικολόγος «Μητέρα Κρήτης»
Μαλαθράκης Δ.	Μαιευτήρας – Γυναικολόγος, Ηράκλειο Κρήτης
Μανιδάκης Γ.	Επιμελητής Α' Μ/Γ Κλινική ΠΑΓΝΗ
Μανταλενάκης Σ.	Ομότιμος Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας ΑΠΘ
Μαρταβαντζής Ν.	Διευθυντής ΕΣΥ Μ/Γ Κλινικής ΠΑΓΝΗ
Ματαλλιωτάκης Ι.	Αναπληρωτής Καθηγητής, Διευθυντής Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής Παν/μίου Κρήτης
Μπατάκης Χ.	Μαιευτήρας – Γυναικολόγος, Χανιά
Ντζελέπης Κ.	Διευθυντής Μ/Γ Κλινικής Νοσοκομείου Αγ. Νικολάου
Παναγόπουλος Π.	Λέκτορας Μαιευτικής & Γυναικολογίας, Γ' Μ/Γ Κλινική Παν/μίου Αθηνών
Πανίδης Δ.	Ομότιμος Καθηγητής Αναπαραγωγής, ΑΠΘ
Πάντος Γ.	Επίκουρος Καθηγητής Μ/Γ, Α' Κλινική ΑΠΘ
Πασχόπουλος Μ.	Αναπληρωτής Καθηγητής Μ/Γ, Παν/μίου Ιωαννίνων
Πιστοφίδης Γ.	Μαιευτήρας – Γυναικολόγος, Αθήνα
Πράπας Ι.	Αναπληρωτής Καθηγητής Δ' Μ/Γ Κλινικής, ΑΠΘ
Σαμαρά Κ.	Πνευμονολόγος, Επιστημονικός συνεργάτης Πνευμονολογικής Κλινικής ΠΑΓΝΗ
Σαρίδης Χ.	Διευθυντής Μ/Γ Κλινικής Σητείας
Σαρρή Ε.	Προϊσταμένη χειρουργείου ΠΑΓΝΗ
Σηφάκης Σ.	Επιμελητής Α', Μ/Γ Κλινική ΠΑΓΝΗ
Στρατουδάκης Γ.	Επιμελητής Β' Μ/Γ Κλινική Νοσοκομείου Χανίων
Τέντας Ι.	Επιμελητής Μ/Γ Κλινικής Νοσοκομείου Ρεθύμνου
Τιμοθέου Α.	Διευθυντής Μ/Γ Κλινικής Νοσοκομείου Αγ. Νικολάου
Τζανάκης Ε.	Επιμελητής Α', Μ/Γ Κλινική, Βενιζέλιο Νοσοκομείο
Τζαρδή Μ.	Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομίας Παν/μίου Κρήτης
Τζουλάκης Σ.	Επιμελητής Ουρολογικής κλινικής ΠΑΓΝΗ
Φραιδιάκης Μ.	Μαιευτήρας – Γυναικολόγος, Ηράκλειο Κρήτης
Φρουδαράκης Γ.	Μαιευτήρας – Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Κρήτης Κλινική «Ασκληπιείο», Ηράκλειο, τ. Επιμελητής Α' Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινική ΠΑΓΝΗ
Χατζηγεωργίου Κ.	Μαιευτήρας - Χειρουργός - Γυναικολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Δ' Μ/Γ Κλινικής Α.Π.Θ.
Χλαπουτάκης Κ.	Ακτινολόγος, «Ασκληπιείο», Ηράκλειο Κρήτης
Χναράκης Α.	Διευθυντής Μ/Γ Κλινικής, Βενιζέλιο Νοσοκομείο
Χρυσού Ε.	Επιμελήτρια Α, Ακτινολογικού τμήματος Παν/μίου Κρήτης

ΕΓΓΡΑΦΕΣ

Α. Δικαίωμα Συμμετοχής

Κατηγορίες Συμμετοχής	έως 31/07/10	από 01/08/10
Ιατροί ειδικοί	70€	100€
Ιατροί ειδικοί	40€	50€
Μαίες, Νοσηλευτικό προσωπικό	Δωρεάν	Δωρεάν
Φοιτητές	Δωρεάν	Δωρεάν

Οι εγγραφές επιβαρύνονται με ΦΠΑ 23%

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση όλων των εργασιών του Συνεδρίου.
- Είσοδο στον εκθεσιακό χώρο.
- Υλικό Συνεδρίου, Τελικό Πρόγραμμα και Βιβλίο Περιλήψεων.
- Πιστοποιητικό Συμμετοχής.
- Τελετή έναρξης.
- Γεύμα, καφέ, αναψυκτικά.

ΔΙΑΜΟΝΗ

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΜΟΝΟΚΛΙΝΟ	ΔΙΚΛΙΝΟ
MOEVENPICK	De Luxe	120€	150€
ASTORIA CAPSIS	A'	90€	110€
GALAXY	A'	95€	120€
OLYMPIC	B'	70€	90€
ATLANTIS	A'	95€	115€

Οι παραπάνω τιμές είναι ανά δωμάτιο/διανυκτέρευση με πρωινό.

ΑΚΥΡΩΣΕΙΣ

- Σε περίπτωση ακύρωσης συμμετοχής, έως τις 31/07/10, παρακρατείται το 30%.
- Σε περίπτωση ακύρωσης συμμετοχής, έως τις 31/09/10, παρακρατείται το 50%.
- Σε περίπτωση ακύρωσης συμμετοχής μετά τις 1/10/10 τα ήδη καταβληθέντα ποσά δεν επιστρέφονται.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ: 16-17 Οκτωβρίου 2010

ΤΟΠΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ:

Αμφιθέατρο Ιατρικού Πανεπιστημίου Κρήτης

ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ: Επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική.

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ:

Το Συνέδριο μοριοδοτείται με 8 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME) από την Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία.



ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ:

Αλ. Παναγούλη 118, 15343 Αγ. Παρασκευή
Τηλ.: 210 6074 200, Fax.: 210 6074 222
www.4endomitriosis.mdcongress.gr • e-mail:md@mdcongress.gr

ΧΟΡΗΓΟΙ



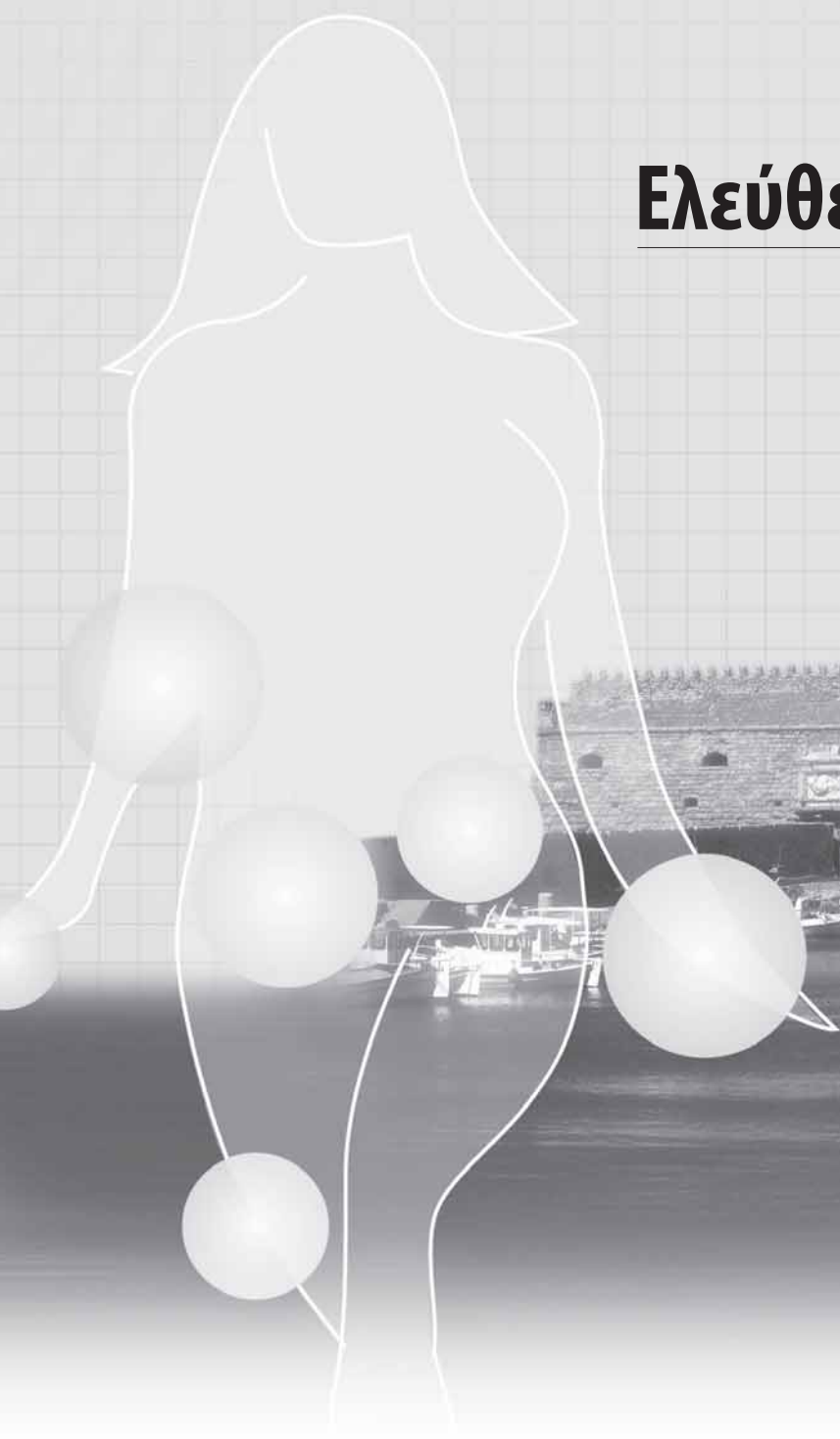
ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΕΣ



4^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ **ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ**

Ελεύθερες Ανακοινώσεις

ΕΑ (01-09)



ΔΙΑΥΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΕΙΔΗ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΩΘΗΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ Ή ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΥΕΛΙΚΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ. ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ (ΕΑ 01)

Γρηγοριάδης Χ.¹, Ζυγούρης Δ.¹, Ανδρουτσόπουλος Γ.², Αποστόλου Γ.³, Τσερκέζογλου Α.¹, Τερζάκης Ε.¹

¹Β' Γυναικολογική Κλινική Α.Ο.Ν.Αθηνών «ο Άγιος Σάββας»

²Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Πατρών, Ιατρική Σχολή, Ρίο

³Κυτταρολογικό Τμήμα Α.Ο.Ν.Αθηνών «ο Άγιος Σάββας»

Πολλές είναι οι μελέτες στη βιβλιογραφία που συμφωνούν ως προς την αυξημένη επίπτωση καρκίνου ωθηκών σε ασθενείς με ενδομητρίωμα. Θεωρείται πως στην κατηγορία των περι-, μετεμμηνοπαυσιακών ασθενών με ενδομητρίωση, υπάρχει σχετικός κίνδυνος 1.5 (0.7- 4.5 , Kobayashi et al. 2009; Van Group et al. 2004) για την ανάπτυξη Ca ωθηκών. Συχνότεροι ιστολογικοί τύποι είναι το διαυγοκυτταρικό (22% - 39%) και το ενδομητριοειδές (24% - 35%).

Κατά την πενταετία Ιανουάριος 2005 – Δεκέμβριος 2009 διεγνώσθησαν και αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας 4 περιπτώσεις διαυγοκυτταρικού και 3 περιπτώσεις ενδομητριοειδούς καρκίνου ωθηκών επί εδάφους ενδομητρίωσης.

Στον πίνακα I παρατίθενται στοιχεία που αφορούν στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το ιστορικό και τη συμπτωματολογία των ασθενών, όπως και τα προεγχειρητικά επίπεδα του νεοπλασματικού δείκτη Ca 125.

Πίνακα I.:

A/a	Ηλικία	Ιστορικό	Σύμπτωμα	Ενδομητρίωση	Ca 125
1	45	Virgo	Διαταραχές	Ε.Ρ ΣΥΓΧΡΟΝΗ	45
2	65	Virgo	Μητρορραγίες	ΙΣΤΟΡΙΚΟ	184
3	57	1 Φ.Τ.	Κοιλιακό Άλγος	ΙΣΤΟΡΙΚΟ	232
4	69	2 Φ.Τ.	Μητρορραγίες	ΣΥΓΧΡΟΝΗ	3899
5	48	1 Φ.Τ.	Κοιλιακό Άλγος	ΙΣΤΟΡΙΚΟ	156
6	54	1 Κ.Τ.	Κοιλιακό Άλγος	ΣΥΓΧΡΟΝΗ	212
7	46	2 Κ.Τ.	Μηνομητρορραγίες	ΣΥΓΧΡΟΝΗ	283

Όλες οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε Ερευνητική λαπαροτομία – Ολική Υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων άμφω και του όγκου – Επιπλεκτομή – Πυελική / Παραορτική Λεμφαδενεκτομή. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η τελική παθολογοανατομική εξέταση κατέδειξε σε μια περίπτωση σύγχρονο ενδομητριοειδές καρκίνωμα αριστερής ωθήκης St IIIb και πλακώδες καρκίνωμα ενδομητρίου St Ib. Αναλυτικότερα στον πίνακα II φαίνονται τα παθολογοανατομικά ευρήματα, η κατά FIGO σταδιοποίηση και η παρακολούθηση των ασθενών.

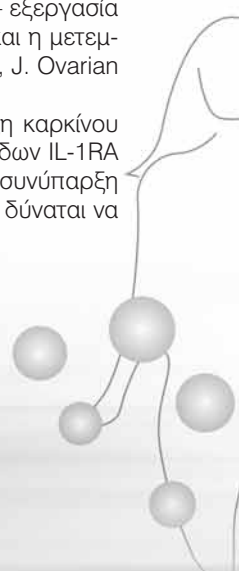
Πίνακας II.

A/a	Ιστολογικό τύπος	μ.δ. (cm)	St	Υποτροπή
1	ΔΙΑΥΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ	7	Ia	ΟΧΙ (67 μήνες)
2	ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΕΙΔΕΣ	5	IIIb	ΟΧΙ (48 μήνες)
3	ΔΙΑΥΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ	9.5	IIIc	ΝΑΙ (14 μήνες)
4	ΔΙΑΥΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ	9	IIIc	ΝΑΙ (18 μήνες)
5	ΔΙΑΥΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ	6	Ic	ΟΧΙ (34 μήνες)
6	ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΕΙΔΕΣ	5.5	Ic	ΟΧΙ (44 μήνες)
7	ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΕΙΔΕΣ	5	Ila	ΟΧΙ (47 μήνες)

Και οι 7 ασθενείς υποβλήθηκαν μετεγχειρητικά σε Χ.Μ.Θ.

Λόγω της τακτικής παρακολούθησης των γυναικών με ιστορικό ενδομητρίωσης, φαίνεται να διαγιγνώσκεται η νέο – εξεργασία περί τα έξι έτη νωρίτερα από τις ασθενείς με Ca ωθηκών. Το μέγεθος των ενδομητριωμάτων (διάμετρος >9cm) και η μετεμμηνοπαυσιακή εμφάνισή τους, αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση κακοήθειας (Aziz et al, J. Ovarian Research 2010; Kobayashi et al, Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol. 2008).

Ωστόσο, μέχρι σήμερα, δεν έχει αποδειχθεί εάν η εμμένουσα ενδομητρίωση σχετίζεται με την σταδιακή ανάπτυξη καρκίνου ωθηκών μέσω ανοσολογικών μηχανισμών, όπως η αύξηση IL-8, IL-1β, η αύξηση του VEGF και η μείωση των επιπέδων IL-1RA (Mamadou et al, J. Ovarian Research 2010; Mahnke et al, Fertility and Sterility 2000; Kobel et al, PLoS med 2008). Η συνύπαρξη όμως ενδομητρίωσης και νέο-εξεργασίας των ωθηκών θέτει την υπόνοια κοινών παθογενετικών μηχανισμών που δύναται να οδηγήσουν προς ογκογένεση.



ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ (ΕΑ 02)

Αντωνίου Γ.¹, Τσεκάνη Μ.²

¹Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc(c) «Πρόληψη και Έλεγχος Λοιμώξεων», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

²Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc(c) «Ογκολογική Νοσηλευτική», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Η ενδομητρίωση είναι μια οιστρογόνο-εξαρτώμενη διαταραχή, που ορίζεται ως η παρουσία ενδομητρικού ιστού εκτός της κοιλότητας της μήτρας. Αποτελεί κύρια αιτία υπογονιμότητας με επιπολασμό 25%- 40% σε υπογόνιμες γυναίκες. Η βέλτιστη θεραπευτική επιλογή για τη διαχείριση της ενδομητρίωσης της σχετιζόμενης με υπογονιμότητα παραμένει ασαφής. Οι βασικές θεραπευτικές αρχές έγκεινται στην αφαίρεση ή την εξουδετέρωση των εστίων της ενδομητρίωσης φαρμακευτικά ή χειρουργικά.

Σκοπός: Με την παρούσα εκπόνηση καταδεικνύονται οι σύγχρονες θεραπευτικές τεχνικές, που βοηθούν στην αντιμετώπιση της ενδομητρίωσης και κατ' επέκταση της υπογονιμότητας, ανάλογα με το στάδιο της πάθησης.

Μέθοδος- Ανασκόπηση βιβλιογραφίας: Τα δεδομένα προέκυψαν από την ανασκόπηση ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας που έχει δημοσιευθεί την τελευταία δεκαετία και σύνθεση των πηγών στο πλαίσιο της εξαγωγής των συμπερασμάτων. Χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά: endometriosis, infertility. Endometriosis treatment, endometriosis related infertility treatment, ενδομητρίωση, θεραπευτική αγωγή ενδομητρίωσης.

Αποτελέσματα- συμπεράσματα: Πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα δεικνύουν ότι η κατασταλτική φαρμακευτική αγωγή δεν ωφελεί σε περιπτώσεις υπογονιμότητας, ενώ η χειρουργική επέμβαση είναι επωφελής σε όλα τα στάδια της νόσου. Η ελεγχόμενη υπερδιέγερση των ωοθηκών με ενδομήτρια σπερματέγχυση συνίσταται στα αρχικά στάδια της νόσου και η χειρουργική διόρθωση όταν δεν έχει διαταραχθεί η ανατομία της πυέλου. Σε προχωρημένη νόσο, θεραπεία εκλογής αποτελεί η εξωσωματική γονιμοποίηση, της οποίας οι πιθανότητες επιτυχίας αυξάνουν με την παρατεταμένη χορήγηση ορμονικών σκευασμάτων που διεγείρουν την έκκριση γοναδοτροπινών. Θα πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω οι αιτιο-παθογενετικοί μηχανισμοί της νόσου, προκειμένου να εφαρμόζεται στις ασθενείς η καλύτερη δυνατή θεραπεία.

ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΑΙΤΙΑ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΑΙΜΟΡΡΟΙΑΣ (ΕΑ 03)

Ζυγούρης Δ.¹, Γρηγοριάδης Χ.¹, Ανδρουσόπουλος Γ.², Αποστόλου Γ.³, Τσερκέζογλου Α.¹, Τερζάκης Ε.¹

¹ Β' Γυναικολογική Κλινική Α.Ο.Ν.Αθηνών «ο Άγιος Σάββας»

² Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Πατρών, Ιατρική Σχολή, Ρίο

³ Κυτταρολογικό Τμήμα Α.Ο.Ν.Αθηνών «ο Άγιος Σάββας»

Εισαγωγή: Η εμφάνιση ενδομητρίωσης στον τράχηλο της μήτρας είναι ιδιαίτερα σπάνια, ώστε να μην είναι προσδιορίσιμη η συχνότητά της. Όταν όμως εμφανίζεται είναι αίτιο κολπικής αιμόρροιας και υπογονιμότητας.

Αναφορά περιστατικού: Η ασθενής, Ελληνίδα 42 ετών με ιστορικό εξαιρέσεως ενδομητρωσικών κύστεων ωοθηκών προ 20ετίας, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία λόγω έντονης μηνορραγίας, δυσμηνόρροιας και μετρίου βαθμού ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (Κ.Τ. επίχρισμα και βιοψία υπό κολποσκοπικό έλεγχο 5η ώρα: CIN II). Κατά την γυναικολογική εξέταση αναγνωρίζεται εικόνα τραχηλίτιδας, ενώ δεν προέκυψαν ευρήματα από την μήτρα και τα εξαρτήματα. Ο απεικονιστικός έλεγχος με διακολπικό υπερηχογράφημα δεν ανέδειξε παθολογία από τα γεννητικά όργανα. Προεγχειρητικά ο νεοπλασματικός δείκτης Ca125εντός φυσιολογικών ορίων (14U/ml, φ.τ. <35 U/ml). Ακολούθως η ασθενής υποβλήθηκε σε Κωνοειδή εκτομή τραχήλου με αγκύλη υψίσυχνου ρεύματος, Υπεροσκόπηση χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα και Απόξεση ενδομητρίου και ενδοτραχήλου. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε αρχόμενο παραγωγικό ενδομήτριο και εστία ελαφράς ενδοθηλιακής νεοπλασίας στην 5η ώρα σε έδαφος HPV λοίμωξης (CINI + HPV) και συνύπαρξη ενδομητρίωσης που καταλάμβανε τον τράχηλο κατά τις ώρες 5η έως 12η. Η ασθενής 30 μήνες μετά παρουσιάζει αρνητική κυτταρολογική εξέταση και φυσιολογική έμμηνο ρύση.

Συζήτηση: Η συμπτωματική εμφάνιση ενδομητρίωσης στον τράχηλο της μήτρας στην αναπαραγωγική ηλικία φαίνεται να αποτελεί ένδειξη για κωνοειδή εκτομή τραχήλου ανάλογου βάθος.

ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ (ΕΑ 04)

Γρηγοριάδης Χ.¹, Ζυγούρης Δ.¹, Ανδρουτσόπουλος Γ.², Παπακωνσταντίνου Ε.¹, Τσερκέζογλου Α.¹, Τερζάκης Ε.¹

¹ Β' Γυναικολογική Κλινική Α.Ο.Ν.Αθηνών «ο Άγιος Σάββας»

² Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Πατρών, Ιατρική Σχολή, Ρίο

Εισαγωγή: Η ενδομητρίωση αποτελεί μια συχνή, καλοήγη, οιστρογονο-εξαρτώμενη, γυναικολογική διαταραχή που αφορά στο 8%-10% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας. Ωστόσο, απαντάται σπανιότερα (2%-4%) και σε μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς, αποτελώντας συνήθως παρενέργεια οιστρογονοθεραπείας. Παρόλα αυτά, ενδομητρίωση μπορεί να διαγνωσθεί, πολύ σπανιότερα, και σε μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς που δε λαμβάνουν ορμονική αγωγή, αντικατοπτρίζοντας τους πολύπλοκους παθογενετικούς μηχανισμούς της.

Αναφορά περιστατικού: Ασθενής, Ελληνίδα 73 ετών, προσήλθε λόγω άλγους υπογαστρίου από διμήνου. Είχε ατομικό αναμνηστικό δυο καισαρικών τομών, τελευταίας εμμήνου ρύσεως προ 20ετίας, ενώ δεν προέκυπτε χρήση ορμονικών σκευασμάτων ή συμπτωματολογία πυελικού άλγους ή δυσμηνόρροιας κατά το παρελθόν.

Εκ της γυναικολογικής εξέτασης διεγνώσθη ψηλαφητό μόρφωμα δεξιάς ωθήκης (διαμέτρου περίπου 5 cm), ενώ ο απεικονιστικός έλεγχος με διακολλικό υπερηχογράφημα έσω γεννητικών οργάνων και αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας κατέδειξε μεικτής υφής μόρφωμα διαμέτρου 5,5 cm στην ανατομική θέση της δεξιάς ωθήκης. Προεγχειρητικά ο νεοπλασματικός δείκτης CA-125 ήταν 49,5 U/ml, φ.τ. <35,0 U/ml. Η κολονοσκόπηση δεν ανέδειξε τοιχωματικές αλλοιώσεις. Η αξονική τομογραφία θώρακος ήταν χωρίς αξιόλογα παθολογικά ευρήματα και η κυτταρολογική εξέταση κολποτραχηλικού επιχρίσματος ανέδειξε ατροφικό επιθήλιο. Ακολούθησε Ερευνητική Λαπαροτομία-ολική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων άμφω και του όγκου, του οποίου η ταχεία βιοψία ήταν αρνητική. Επίσης η κυτταρολογική εξέταση του εκπλύματος της περιτοναϊκής κοιλότητας ήταν αρνητική για νεοπλασματικά κύτταρα. Από τον μακροσκοπικό έλεγχο της κοιλίας δεν ανεδείχθη νεοπλασματική εστία στο περιτόναιο ή σε άλλο όργανο. Η τελική ιστολογική εξέταση κατέδειξε ενδομητριοειδή κύστη δεξιάς ωθήκης και λειομύματα σώματος μήτρας. Η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Κατά την 15μηνη μετεγχειρητική της παρακολούθηση είναι σε καλή γενική κατάσταση, χωρίς παθολογικά ευρήματα (CA-125 εντός φ.τ.).

Συζήτηση: Επί ευρημάτων ή και ιστορικού πυελικής ενδομητρίωσης σε μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς, είναι απαραίτητο να προχωρήσουμε σε ερευνητική λαπαροτομία. Αυτό διότι θα πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη το ποσοστό συνύπαρξης ή προδιάθεσης για κακοήθεια (διαυγοκυτταρικό ή ενδομητριοειδές καρκίνωμα ωθηκών), ιδιαίτερα σε μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς με ενδομητρίωματα μεγαλύτερα των 9 cm.

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ, ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ, ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ (ΕΑ 05)

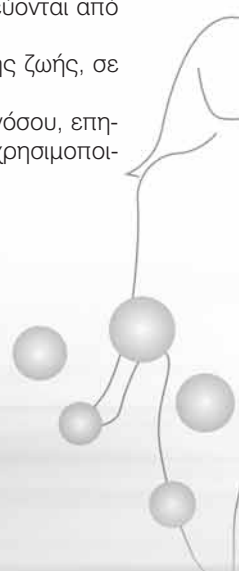
Βλασιάδης Κ., Κουτσάμνη Μ., Ματαλλιωτάκης Ι.

Οδοντιατρική κλινική ΠαΓΝΗ -Μαιευτική -Γυναικολογική κλινική ΠαΓΝΗ.

Τα τελευταία δέκα χρόνια γίνονται μελέτες οι οποίες έχουν συνδέσει την περιοδοντική νόσο με άλλα νοσήματα όπως σακχαρώδη διαβήτη, πνευμονο-αναπνευστικά νοσήματα, καρδιαγγειακές παθήσεις, επιπλοκές στην εγκυμοσύνη, στην εμμηνόπαυση και την ενδομητρίωση. Ο κυριότερος λόγος συσχέτισης μεταξύ περιοδοντικής νόσου και ενδομητρίωσης είναι ότι και οι δύο είναι χρόνιες φλεγμονώδεις διαδικασίες, είναι πιο συχνές σε άτομα με συστηματικές αυτοάνοσες διαταραχές και συνοδεύονται από μεταβολές των χημικών διαμεσολαβητών.

Η αλληλεπίδραση της ενδομητρίωσης με την περιοδοντική νόσο έχει ως αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ποιότητα της ζωής, σε σχέση με τη στοματική υγεία, σε γυναίκες με ενδομητρίωση.

Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει τον μηχανισμό με τον οποίο η ενδομητρίωση, μέσω της περιοδοντικής νόσου, επηρεάζει την ποιότητα ζωής σε σχέση με τη στοματική υγεία καθώς και τα ειδικά συστήματα μέτρησης ποιότητας που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση αυτής της επιρροής.



ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΙΚΩΝ ΚΥΣΤΕΩΝ ΜΕ ΚΛΑΣΙΚΗ ΚΑΙ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ (ΕΑ 06)

Βαλσαματζής Ν., Λουσιόπουλος Κ., Λαζαρίδης Σ., Κυριακίδου Α., Σταυράκης Θ., Ευθυμιάδου Α.

Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης Μ-Γ κλινική

Εισαγωγή: Επιδίωξη της χειρουργικής θεραπείας της ενδομητρίωσης είναι η εξαίρεση όσον το δυνατό περισσότερων εστιών ενδομητρίωσης με την ένδειξη της αποκατάστασης της γονιμότητας, την μείωση του πόνου και την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Η επίτευξη του σκοπού αυτού επιτυγχάνεται στην αρχή με την μακροχειρουργική, εν συνεχεία με την μικροχειρουργική και λαπαροσκοπική χειρουργική. Οι υποστηρικτές των ακτίνων laser ισχυρίζονται ότι με την εφαρμογή τους μειώνεται σημαντικά ο χρόνος της εγχείρησης επιτυγχάνεται καλύτερη αιμόσταση και περιορισμένη ανάπτυξη συμφύσεων. Οι θιασώτες της λαπαροσκοπικής χειρουργικής ισχυρίζονται λιγότερες μετεγχειρητικές συμφύσεις και μικρότερη διαταραχή στη σαλπγγωοθηκική σχέση και λειτουργία.

Σκοπός: Η εφαρμογή της κατάλληλης χειρουργικής τεχνικής για να έχουμε τα καλύτερα επιθυμητά αποτελέσματα ειδικά στα περιστατικά που εμφανίζουν πρωτοπαθή στειρότητα και η αφαίρεση σημαντικών για την γονιμότητα οργάνων λόγω ανεξέλεγκτης αιμορραγίας, το οποίο θα μπορούσε να επιφέρει ακόμη και δικαστικές διεκδικήσεις αποζημιώσεων.

Υλικό και μέθοδος: Έγινε συγκριτική μελέτη της αφαίρεσης ενδομητρωσικών κύστεων με κλασικό τρόπο από το 2002 και μετά αλλά και με νέες πρωτοποριακές μεθόδους από το 2008, οι οποίες βελτιώθηκαν σημαντικά στο τέλος του 2009. Πρόκειται για την διπολική διαθερμία τύπου starion η οποία κόβει-καίει επιλεκτικά τους ιστούς χωρίς να καταστρέφει τους παρακείμενους ιστούς. Μελετήθηκαν 17 γυναίκες ομάδα Α με την κλασική μέθοδο εκ των οποίων στη μια περίπτωση χρειάστηκε να αφαιρεθούν μήτρα και εξαρτήματα λόγω ακατάσχετης αιμορραγίας $p,001$, 6 γυναίκες ομάδας Β με απλό starion δηλαδή με μια επινικελομένη επιφάνεια και 2 ομάδα Γ με δύο επινικελομένες επιφάνειες.

Αποτελέσματα: Δεν εμφανίστηκε καμία επιπλοκή στην Β και Γ ομάδα.

Συμπεράσματα:

Σαφής υπεροχή της νέας τεχνικής και στις 2 εφαρμογές ,λαπαροσκοπικά και με ανοιχτή λαπαροτομία .Θα πρέπει να εξαχθούν και άλλα συμπεράσματα, η προμήθεια των εργαλείων καθίσταται δύσκολος λόγω των μέτρων λιτότητας,

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΞΩ-ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΤΟΥ YALE (ΕΑ 07)

Ματαλλιωτάκης Ι.¹, Sakkas Δ.², Κάππου Δ.¹, Γούμενου Α.¹, Ματαλλιωτάκης Μ.¹, Κουμαντάκης Γ.¹, Arici Α.²

¹Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης

²Division of Reproductive Endocrinology and Infertility, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Sciences, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης μελέτης αποτελεί η σύγκριση μίας σειράς παραμέτρων όπως τα ποσοστά επιτυχούς εμφύτευσης, εγκυμοσύνης και τοκετού σε γυναίκες με ενδομητρίωση που υποβλήθηκαν σε εξωσωματική γονιμοποίηση σε σύγκριση με γυναίκες με υπογονιμότητα διαφορετικής αιτιολογίας που κατέφυγαν σε παρόμοιες τεχνικές.

Υλικό κα Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση στοιχείων από την εφαρμογή 597 διαδοχικών κύκλων ART (assisted reproductive technology) σε 130 ασθενείς με λαπαροσκοπικά διαγνωσμένη ενδομητρίωση (258 κύκλοι) σε σύγκριση με μία ομάδα ασθενών με υπογονιμότητα σαλπγγικής αιτιολογίας (104 γυναίκες, 206 κύκλοι) και με μία ομάδα περιστατικών σχετιζόμενα με ανδρικής αιτιολογίας υπογονιμότητα (59 περιστατικά, 133 κύκλοι). Στατιστική ανάλυση των στοιχείων που αφορούν τα περιστατικά ενδομητρίωσης πραγματοποιήθηκε σε δεύτερο στάδιο ανάλογα με το βαθμό ενδομητρίωσης (ήπια ενδομητρίωση-144 κύκλοι, ενδομητρίωση μετρίου-σοβαρού βαθμού-114 κύκλοι). Τα στοιχεία που μελετήθηκαν προέρχονταν από τους ιατρικούς φακέλους γυναικών με υπογονιμότητα από τα αρχεία του Yale University School of Medicine (Division of Reproductive Endocrinology and Infertility).

Αποτελέσματα: Παρόμοια περιστατικά γονιμοποίησης (59% vs. 61%), εμφύτευσης (12.3 vs. 16%), τοκετού (23.7 vs. 26.3) παρατηρήθηκαν στις γυναίκες με ενδομητρίωση σε σύγκριση με την ομάδα ασθενών με υπογονιμότητα σαλπγγικής αιτιολογίας. Επιπλέον, το ποσοστό κύησης/κύκλο (17.5%) ήταν μειωμένο στην ομάδα περιστατικών με υπογονιμότητα ανδρικής αιτιολογίας σε σύγκριση με την ομάδα των ασθενών με ενδομητρίωση ή με υπογονιμότητα σαλπγγικής αιτιολογίας (34% και 37.8% αντίστοιχα). Τα ποσοστά εμφύτευσης, κύησης και τοκετού ήταν παρόμοια στις δύο υποομάδες ενδομητρωσικών ασθενών.

Συμπεράσματα: Από τα παραπάνω δεδομένα προέκυψε ότι τα ποσοστά επιτυχούς εμφύτευσης, εγκυμοσύνης και τοκετού είναι παρόμοια σε γυναίκες με ενδομητρίωση σε σχέση με γυναίκες με υπογονιμότητα σαλπινγικής αιτιολογίας αλλά υψηλότερα σε σύγκριση με περιστατικά σχετιζόμενα με υπογονιμότητα ανδρικής αιτιολογίας. Η επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων αυτών σε μεγαλύτερες, καλά σχεδιασμένες μελέτες με πολυπαραγοντική επεξεργασία των δεδομένων, θα επιτρέψει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων για την εφαρμογή των τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε γυναίκες με ενδομητρίωση.

ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ (ΕΑ 08)

Κάππου Δ., Σταθουδάκης Γ., Νεονάκη Μ., Ζιώγος Ε., Κυβεντίδης Θ., Ματαλλιωτάκης Ι.

Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης

Εισαγωγή: Ενδομητρίωση ορίζεται ως η παρουσία ενδομητρικού ιστού σε περιοχές εκτός της ενδομήτριας κοιλότητας. Οι εστίες του έκτοπου ιστού εντοπίζονται κυρίως ενδοπυελικά αλλά εξωπυελικές εντοπίσεις όπως το κοιλιακό τοίχωμα περιγράφονται επίσης στη βιβλιογραφία με σαφώς μικρότερη συχνότητα.

Περιγραφή περιστατικού: ασθενής 30 ετών με ιστορικό καισαρικής τομής και χωρίς να αναφέρει συμπτώματα πυελικής ενδομητρίωσης στο παρελθόν, προσέρχεται αιτώμενη κοιλιακό άλγος κυκλικού τύπου εστιασμένο στο δεξιό υπογάστριο. Υπερηχογραφικά απεικονίζεται σαφώς οριζόμενη συμπαγής, υποηχοϊκή μάζα με περιφερική αγγείωση που φαίνεται να διηθεί το λιπώδη ιστό και τη θήκη του ορθού κοιλιακού. Η ασθενής υποβλήθηκε σε λαπαροτομία με σκοπό την αφαίρεση των έκτοπων εστιών στο κοιλιακό τοίχωμα. Η τελική διάγνωση τέθηκε ιστολογικά με την εναπόθεση ενδομητρωσικού ιστού (στρώμα και αδένες) στο μαλακό και μυϊκό ιστό του κοιλιακού τοιχώματος παρουσία φλεγμονωδών κυττάρων και ινωτικών στοιχείων.

Συζήτηση: η ενδομητρίωση κοιλιακού τοιχώματος αν και αποτελεί μία σπάνια κλινική οντότητα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφοροδιάγνωση περιστατικών όπου περιγράφεται εστιασμένο κοιλιακό άλγος συνήθως κυκλικού τύπου και έχει προηγηθεί καισαρική τομή.

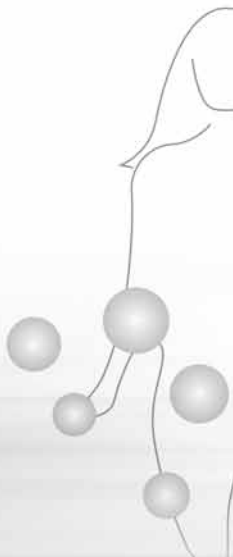
ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΙΚΗ ΕΣΤΙΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΟΥΛΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ (ΕΑ 09)

Ζιώγος Ε., Σταθουδάκης Γ., Νεονάκη Μ., Κουρλετάκης Σ., Ματαλλιωτάκης Ι.

Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 35 ετών η οποία παρακολουθήθηκε στο τακτικό Μαιευτικό Ιατρείο της κλινικής μας, και έγινε καισαρική τομή λόγω επιπωματικού πλακούντα. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή. Μετά την πάροδο ενός έτους, η ασθενής παραπονέθηκε για διόγκωση της ουλής με συνοδό άλγος κατά τις ημέρες της εμμηνορρύθμισης. Από το U/S έλεγχος διαπιστώθηκε συμπαγής μάζα 4x6 cm στην περιοχή της ουλής. Η ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική αφαίρεση της μάζας όπου η ιστολογική εξέταση κατέδειξε ενδομητρωσική εστία.

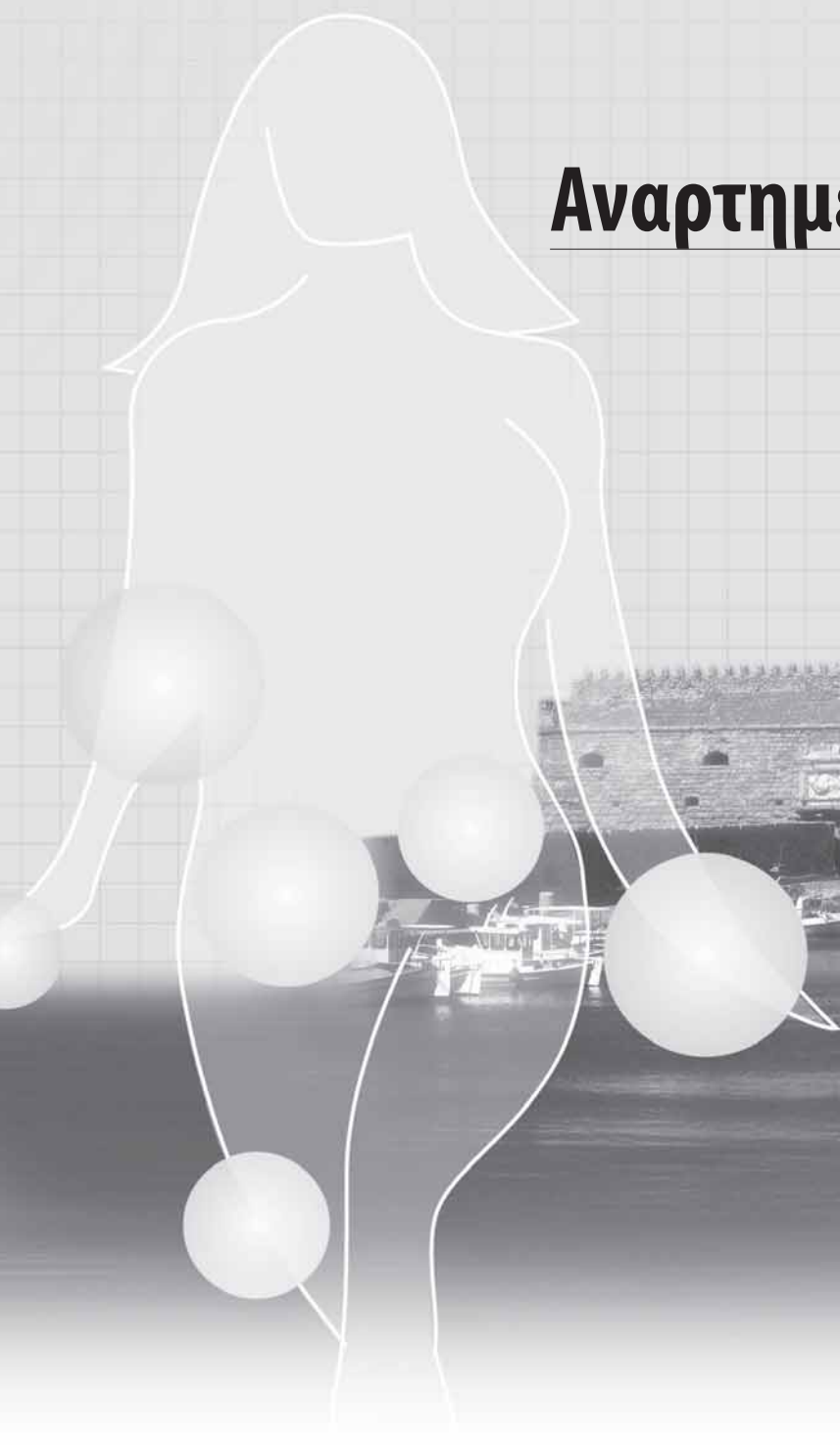
Συζήτηση: Ακολουθεί ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με της εκδήλωση ενδομητρίωσης σε έδαφος ουλής καισαρικής τομής.



4^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ **ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ**

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

ΑΑ (01-09)



ΔΥΣΜΗΝΟΡΡΟΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ (P01)

Στρατουδάκης Γ., Ζιούτος Κ., Τζανάκης Κ., Βομβολάκη Ε., Καλλονιάτου Μ., Καμπανιέρης Μ., Τσόπελας Α., Δασκαλάκης Γ.
Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Γενικό Νομ. Νοσοκομείο Χανίων «Άγιος Γεώργιος»

Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού δυσμηνόρροιας στην εφηβεία, η διερεύνηση και η αντιμετώπισή του.

Περιγραφή περιστατικού: Ασθενής 16 ετών προσέρχεται στο ΤΕΠ λόγω επεισοδίου σοβαρής δυσμηνόρροιας, που δεν ανταποκρινόταν στα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Η ασθενής ανέφερε εμμηναρχή στην ηλικία των 11 ετών, ενώ η δυσμηνόρροια παρουσιάστηκε δυο χρόνια αργότερα με σταδιακή επιδείνωση της συμπτωματολογίας και σοβαρές επιπτώσεις στην προσωπική ζωή και τις σχολικές δραστηριότητες. Την ίδια περίοδο χορηγείται από του στόματος αντισυλληπτικά δισκία, με αποτέλεσμα τέσσερις μήνες αργότερα να αναπτύξει εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση του δεξιού κάτω άκρου, που αποδόθηκε μετά από σχετικό έλεγχο σε έλλειψη της αντιθρομβίνης III. Στο ΤΕΠ, η ασθενής εκτός της κλινικής εξέτασης, υποβλήθηκε σε υπερηχογραφική εξέταση με ανάδειξη μορφώματος μικτής σύστασης και σε επαφή με τη μήτρα, διαστάσεων 4x3cm. Την επόμενη ημέρα η ασθενής επανήλθε με χειρότερη κλινική εικόνα, συνοδευόμενη από ναυτία και έμετο. Έγινε εισαγωγή στην κλινική, υποβλήθηκε σε μαγνητική τομογραφία, που επιβεβαίωσε τα υπερηχογραφικά ευρήματα, χωρίς να προσθέσει άλλα παθολογικά. Λόγω του ιστορικού της και της αδυναμίας χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής, αποφασίσθηκε με την συναίνεση της οικογένειας η χειρουργική διερεύνηση. Διεγχειρητικά, βρέθηκε και αφαιρέθηκε μόρφωμα με σοκολατοειδές περιεχόμενο με τμήμα του τοιχώματος της μήτρας και βρέθηκαν ελάχιστα εστίες πιθανής πυελικής ενδομητρίωσης. Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε την ύπαρξη ενδομητρίωσης και εστιών αδενώσεως. Η ασθενής δεν παρουσίασε επιπλοκές και εξήλθε την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα. Ένα χρόνο μετά και αφού υποβλήθηκε σε εξάμηνη θεραπεία με GnRH, η ασθενής δεν παραπονείται για δυσμηνόρροια και συμμετέχει κανονικά σε όλες τις δραστηριότητές της.

ΕΞΩΠΥΕΛΙΚΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ (P02)

Στρατουδάκης Γ., Ζιούτος Κ., Τζανάκης Κ., Βομβολάκη Ε., Καλλονιάτου Μ., Καμπανιέρης Μ., Τσόπελας Α., Δασκαλάκης Γ.
Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Γενικό Νομ. Νοσοκομείο Χανίων «Άγιος Γεώργιος»

Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού εξωπυελικής ενδομητρίωσης και η αντιμετώπισή του.

Περιγραφή περιστατικού: Ασθενής 32 ετών προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία της γυναικολογικής κλινικής λόγω άλγους στο περίνεο με παρουσία οζιδίου και δυσπαρευνίας, χωρίς κνησμό ή άλλη ασυνήθιστη κολπική έκκριση. Στο ατομικό της ιστορικό αναφέρετε φυσιολογικός τοκετός προ έτους με κάθετη περινεοτομία. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε η παρουσία μικρού οζιδίου διαμέτρου 10 mm περίπου στα όρια κόλπου και περινέου, ερυθρό, επώδυνο στην ψηλάφηση, ενώ η υπόλοιπη περινεοτομία είχε καλή επούλωση. Δεν υπήρχαν άλλα παθολογικά ευρήματα από την κλινική εξέταση κόλπου, τραχήλου και τον υπέρηχο των έσω γεννητικών οργάνων. Λόγω του ιστορικού της περινεοτομίας θεωρήθηκε ότι τα συμπτώματα της ασθενούς οφείλονταν πιθανόν στην ανάπτυξη κοκκιωματώδους ιστού. Η ασθενής δεν ανταποκρίθηκε στη φαρμακευτική αγωγή και αποφασίσθηκε και έγινε εκτομή του οζιδίου και αποκατάσταση της περινεοτομίας υπό τοπική αναισθησία. Η ιστολογική εξέταση του τμήματος που αφαιρέθηκε ανέδειξε σε πολλές τομές φυσιολογικό δέρμα και παρουσία κοκκιωματώδους ιστού με εναποθέσεις αιμοσιδηρίνης και ενδομητρικών αδενίων εντός χαλαρού στρώματος, ευρήματα ενδεικτικά ενδομητρίωσης. Τριάντα ημέρες αργότερα η ασθενής ανέφερε ύφεση της συμπτωματολογίας, ενώ στο σημείο της περινεοτομίας η επούλωση ήταν ικανοποιητική. Λόγω της σαφούς κλινικής βελτίωσης της ασθενούς και της έλλειψης στοιχείων ύπαρξης άλλων εστιών ενδομητρίωσης δεν συστήθηκε περαιτέρω θεραπευτική αγωγή, θεωρώντας ότι έγινε πλήρης εκτομή της παθολογικής εστίας του περινέου. Η ασθενής ενημερώθηκε για τα ευρήματα της ιστολογικής εξέτασης και για τα συμπτώματα που προκαλούν η παρουσία άλλων εντοπίσεων ενδομητρίωσης. Οκτώ μήνες αργότερα παραμένει ασυμπτωματική με φυσιολογική εμμηνορροσία, χωρίς δυσμηνόρροια ή δυσπαρευνία.

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΔΙΑΚΟΛΠΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΟΡΘΟΚΟΛΠΙΚΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΤΑ (P03)

Kavallaris A.¹, Evaggelinos D.¹, Skafida P.², Grimbizis G.³, Chalvatzas N.¹, Bohlamnn M.¹, Hornemann A.¹, Altgassen C.¹, Koutlaki N.², Stamatopoulos Ch.³, Paniskaki K.⁴, Diedrich K.¹

¹ Academic Department of Obstetrics & Gynecology, Schleswig-Holstein, Luebeck, ² Πανεπιστημιακή Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Δ.Π.Θ., ³ Α' Πανεπιστημιακή Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Α.Π.Θ., ⁴ Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

πικό διάφραγμα υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική χειρουργική αφαίρεση των εστιών σε συνδυασμό με διακολπική χειρουργική προσπέλαση. Οι 30 ασθενείς ανευρέθηκαν μετά την πάροδο 94 μηνών και απάντησαν ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με την υποτροπή της νόσου, τη δυσπαρεύνια, τη δυσμηνόρροια και την επίτευξη εγκυμοσύνης.

Το 90% (27/30) των ασθενών ήταν ελεύθερο συμπτωμάτων, ενώ το 6,6% (2 ασθενείς) παρουσίασαν υποτροπή. Η δυσμηνόρροια απουσίαζε από το 93,3% (27/30) των ασθενών, η δυσπαρεύνια από το 86,7% (26/30) και το χρόνιο πυελικό άλγος από το 90% (27/30). 31% των ασθενών (17/30) υποβλήθηκαν σε τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και στις 11 (65%) επιτεύχθηκε κύηση: 9 ασθενείς γέννησαν υγιή νεογνά, είχαμε 18 κυήσεις και γεννήθηκαν 19 υγιή νεογνά.

Παρά τον μικρό αριθμό των ασθενών που συμπεριλάβαμε στη μελέτη μας, μετά από 94 μήνες παρακολούθηση, διαπιστώσαμε σημαντική βελτίωση της συμπτωματολογίας της εν τω βάθει ενδομητρίωσης σε σχέση με τα κλινικά δεδομένα πριν τη λαπαροσκοπικά υποβοηθούμενη διακολπική εξαίρεση των ενδομητριοειδών εστιών στην περιοχή του ορθοκολπικού διαφράγματος και του ορθοσιγμοειδούς. Επίσης, παρατηρήθηκε πολύ μικρό ποσοστό υποτροπών της νόσου (6,6%) και υψηλή συχνότητα κυήσεων (36,6%).

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ NERVE - SPARING ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ (P04)

Kavallaris A.¹, Evaggelinos D.¹, Skafida P.², Grimbizis G.³, Koutlaki N.², Chalvatzas N.¹, Bohlamnn M.¹, Hornemann A.¹, Altgassen C.¹, Stamatopoulos Ch.³, Paniskaki K.⁴, Diedrich K.¹

¹ Academic Department of Obstetrics & Gynecology, Schleswig-Holstein, Luebeck, ² Πανεπιστημιακή Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική, Δ.Π.Θ., ³ Α' Πανεπιστημιακή Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική, Α.Π.Θ. ⁴ Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

Η ριζική χειρουργική αντιμετώπιση της εν τω βάθει ενδομητρίωσης του ορθοκολπικού διαφράγματος και των ιερομητρικών συνδέσμων με ή δίχως εκτομή του προσβεβλημένου τμήματος του εντέρου, μπορεί να προκαλέσει σημαντική βλάβη στο αυτόνομο νευρικό σύστημα της πυέλου, με επιπλοκή την κατακράτηση ούρων και κατά συνέπεια την ανάγκη αυτοκαθετηριασμού της κύστης. Παρουσιάζουμε 16 περιπτώσεις ασθενών που υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική nerve-sparing technique για εν τω βάθει ενδομητρίωση. Περιγράφουμε την τεχνική που ακολουθήσαμε στις περιπτώσεις αυτές και συγκρίνουμε την μετεγχειρητική τους έκβαση με αυτή άλλων ασθενών που υποβλήθηκαν σε μη nerve-sparing surgery. Σε 12 ασθενείς έγινε αμφοτερόπλευρη αναγνώριση του κάτω υπογαστρίου νεύρου και του υπογαστρίου πλέγματος ενώ σε 4 ασθενείς μόνο από τη μία πλευρά. Σε όλες τις ασθενείς πραγματοποιήθηκε τουλάχιστον ετερόπλευρη εκτομή των ιερομητρικών συνδέσμων. Μετεγχειρητικά παρατηρήθηκε εξάλειψη της συμπτωματολογίας της δυσμηνόρροιας, του πυελικού άλγους και της δυσπαρεύνιας σε όλες τις ασθενείς. Ο μέσος όρος διάρκειας της χειρουργικής επέμβασης ήταν 82 min (45-185).

Η φυσιολογική λειτουργία της ουροδόχου κύστης επανήλθε τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα, ενώ ο υπολειπόμενος όγκος των ούρων ήταν σε όλες τις ασθενείς <50 ml σε δύο υπερηχογραφικές μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν.

Η αναγνώριση του κάτω υπογαστρίου πλέγματος και του νεύρου πραγματοποιήθηκε με ευχέρεια. Συγκρίνοντας τις δύο μεθόδους χειρουργικής αντιμετώπισης, διαπιστώσαμε ότι με τη nerve-sparing surgery μέθοδο δεν παρατηρήθηκε δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης σε καμία από τις ασθενείς, γεγονός που επισημαίνει τη σπουδαιότητα της εφαρμογής της μεθόδου αυτής σε ασθενείς με εν τω βάθει ενδομητρίωση.

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΙΕΡΟΜΗΤΡΙΚΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ (P05)

Kavallaris A.¹, Evaggelinos D.¹, Skafida P.², Grimbizis G.³, Koutlaki N.², Chalvatzas N.¹, Bohlamnn M.¹, Hornemann A.¹, Altgassen C.¹, Stamatopoulos Ch.³, Paniskaki K.⁴, Diedrich K.¹

¹Academic Department of Obstetrics & Gynecology, Schleswig-Holstein, Luebeck. ² Πανεπιστημιακή Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική, Δ.Π.Θ. ³ Α' Πανεπιστημιακή Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική, Α.Π.Θ. ⁴ Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

Η ενδομητρίωση είναι μια πολύ συχνή πάθηση σε γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας και η λαπαροσκόπηση αποτελεί μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση της νόσου. Εντόπιση εστιών ενδομητρίωσης στην περιοχή του ορθοσιγμοειδούς η οποία να χρειάζεται χειρουργική αντιμετώπιση λόγω της βαρύτητας της κλινικής συμπτωματολογίας είναι σπάνια.

Παρουσιάζουμε την περίπτωση μιας ασθενούς 27 ετών, με ενδομητρίωση του δεξιού ιερομητρικού συνδέσμου και του ορθού, η οποία αντιμετωπίστηκε συνδυάζοντας τη λαπαροσκόπηση και τη διακολπική χειρουργική προσπέλαση, με επιτυχή αφαίρεση όλων των ενδομητριοειδών εστιών που αφορούσαν τα παραπάνω όργανα.

Ο ορθότερος τρόπος για τη διάγνωση της ενδομητρίωσης είναι η άμεση επισκόπηση – εντόπιση των εστιών αυτής. Ορμώμενοι από την κλινική συμπτωματολογία της ασθενούς, που ήταν αιμορραγία από το ορθό και άλγος υπογαστρίου κατά την έμμηνου ρύση, πραγματοποιήσαμε κολονοσκόπηση, με την οποία διαπιστώθηκε εκτεταμένη εξεργασία σε απόσταση 9 περίπου εκατοστά από την περιοχή του πρωκτού. Οι βιοψίες που πάρθηκαν ήταν ενδεικτικές ενδομητριοειδών αλλοιώσεων. Πραγματοποιήθηκε λαπαροσκοπικά υποβοηθούμενη διακολπική εξαίρεση των εστιών αυτών με ιδιαίτερη έμφαση στην επίτευξη κλινικά υγιών ορίων.

ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΣΕ ΒΙΟΨΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΥΕΛΙΚΟ ΑΛΓΟΣ, ΜΕ ΚΑΛΟΗΘΗ ΕΙΚΟΝΑ ΠΥΕΛΟΥ ΣΤΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ (P06)

Καλαμπαλίκης Γ., Φιλίππου Π., Ξυλούρης Ε., Ψαράκης Α., Γράψας Π., Τσάβεζ Ν., Παπαδημητρίου Α.
Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά

Σκοπός: Η ενδομητρίωση προσδιορίζεται από την παρουσία ενδομητρικών αδένων και στρώματος εκτός της ενδομητρίου κοιλότητας. Είναι νόσος της προεμμηνόπαυσιακής περιόδου και με συμπτώματα που ποικίλουν από ήπιου μέχρι σοβαρού βαθμού άλγος, επηρεάζει σε άλλοτε άλλο βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών. Παθολογική θεωρείται η ιστολογική επιβεβαίωση του έκτοπου ενδομητρικού ιστού. Αποφασίσαμε, λοιπόν, να μελετήσουμε την παρουσία μικροσκοπικής νόσου στις βιοψίες περιτοναίου ασθενών με πυελικό άλγος και φυσιολογική εικόνα πυέλου στη λαπαροσκόπηση.

Υλικά και Μέθοδος: Στην αναδρομική αυτή μελέτη μελετήθηκαν 32 ασθενείς, ηλικίας 18- 46 ετών, οι οποίες υπεβλήθησαν σε ερευνητική λαπαροσκόπηση στην κλινική μας λόγω πυελικού άλγους, από 01/08/2007 μέχρι 01/08/2010, και από τις οποίες ελήφθησαν βιοψίες περιτοναίου. Τα παθολογοανατομικά αποτελέσματα συγκεντρώθηκαν, ταξινομήθηκαν και καταγράφηκε η παρουσία ιστών ενδομητρίωσης.

Αποτελέσματα: Από τις 32 ασθενείς, οι 17 παρουσίασαν μια φυσιολογική εικόνα πυέλου κατά τη λαπαροσκόπηση, χωρίς μακροσκοπικά ευρήματα ενδομητρίωσης. Από τις 17 αυτές ασθενείς, οι 5 παρουσίασαν ιστολογικά ευρήματα ενδομητρίωσης στις βιοψίες περιτοναίου που ελήφθησαν, ήτοι ποσοστό 29,4 % του συνόλου των ασθενών με καλόηθες πυελικό άλγος.

Συμπεράσματα: Τα προκαταρκτικά αυτά αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η λήψη βιοψιών περιτοναίου θα μπορούσε να εφαρμοστεί σε όλες τις ασθενείς οι οποίες υποβάλλονται σε ερευνητική λαπαροσκόπηση για την διερεύνηση αδιάγνωστου πυελικού άλγους. Ωστόσο, τυχαίοι μελέτες είναι απαραίτητες προκειμένου να καταλήξουμε σε ασφαλή συμπεράσματα για την δυναμική χρήση των βιοψιών περιτοναίου στην διερεύνηση του πυελικού άλγους.

ΤΑ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΟΡΙΑ ΤΗΣ ΟΡΘΟΚΟΛΠΙΚΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ (P07)

Kavallaris A.¹, Evaggelinos D.¹, Skafida P.², Grimbizis G.³, Koutlaki N.², Chalvatzas N.¹, Bohlamn M.¹, Hornemann A.¹, Altgassen C.¹, Stamatopoulos Ch.³, Paniskaki K.⁴, Diedrich K.¹

¹Academic Department of Obstetrics & Gynecology, Schleswig-Holstein, Luebeck. ²Πανεπιστημιακή Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική, Δ.Π.Θ. ³ Α' Πανεπιστημιακή Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική, Α.Π.Θ. ⁴ Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να παρουσιαστούν τα ιστολογικά όρια της ενδομητρίωσης σε χειρουργικά εν – bloc παρασκευάσματα, κοιλιακού τοιχώματος, ορθοκολπικού διαφράγματος, δουλγασείου χώρου και τμήματος του ορθοσιγμοειδούς. Από το Δεκέμβριο 1997 έως και τον Οκτώβριο 2001, 50 ασθενείς προσήλθαν στην κλινική μας για την χειρουργική - λαπαροσκοπική αντιμετώπιση διαγνωσμένης ενδομητρίωσης, με σημεία εντόπισης το ορθοκολπικό διάφραγμα και ή την περιοχή του ορθοσιγμοειδούς. Όλες έπασχαν από άλγος υπογαστρίου και είχαν ψηλαφητικά ευρήματα ενδεικτικά της νόσου στο ορθοκολπικό διάφραγμα.

Το σύνολο των ασθενών υποβλήθηκε σε συνδυασμένη λαπαροσκοπική και διακολπική εν- bloc εξαίρεση του δουλγασείου χώρου με μερική αφαίρεση του οπισθίου κοιλιακού τοιχώματος και του ορθού με νεοαναστόμωση μέσω minilaparotomy.

Η ιστολογική εκτίμηση όλων των παρασκευασμάτων πραγματοποιήθηκε με την ίδια μέθοδο.

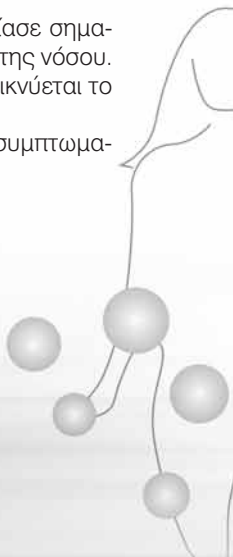
Ο μέσος όρος του μήκους του εντέρου που εξαιρέθηκε στο σύνολο των ασθενών ήταν 7,48 εκ.

Η νόσος κατελάμβανε πλήρως τον ορογόνο χιτώνα και το μυϊκό τοίχωμα σε όλα τα χειρουργικά παρασκευάσματα, ενώ στο 34% (17 ασθενείς) τον υποβλεννογόνο χιτώνα και στο 10% (5 ασθενείς) τον βλεννογόνο του εντέρου.

Μετά από ένα μέσο χρονικό διάστημα παρακολούθησης 32 μηνών, διαπιστώσαμε ότι το 90% των ασθενών παρουσίασε σημαντική βελτίωση από τη συμπτωματολογία ή ήταν ελεύθερο συμπτωμάτων και μόνο το 4% (2 ασθενείς) είχαν υποτροπή της νόσου.

Συμπερασματικά, μετά από τη μελέτη των ιστολογικών παρασκευασμάτων των μερικών εντερικών εκτομών, καταδεικνύεται το μέγεθος του βάθους της ενδομητρίωσης και η πολυεστιακή εντόπιση της νόσου στο ορθοσιγμοειδές.

Το βάθος της διείσδυσης των ενδομητριοεικών βλάβων και η βελτίωση – σε πολλές περιπτώσεις άρση της κλινικής συμπτωματολογίας- δικαιολογούν τη ριζικότητα της επέμβασης



ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΙΩΣΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ (P08)

Φιλίππου Π., Καλαμπαλίκης Γ., Ξυλούρης Ε., Ψαράκης Α., Γράψας Π., Τσάβεζ Ν., Παπαδημητρίου Α.

Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά

Σκοπός: Είναι γνωστό πως η ενδομητρίωση αποτελεί σημαντικό παράγοντα υπογονιμότητας και η χειρουργική αντιμετώπισή της δίνει τη δυνατότητα επίτευξης κύησης σε αρκετές ασθενείς. Αποφασίσαμε να μελετήσουμε το ποσοστό των γυναικών που έμειναν έγκυες μετά από επέμβαση για ενδομητρίωσικές κύστες ωθηκών που χειρουργήθηκαν στην κλινική μας κατά τα έτη 2007-2009.

Μέθοδος-Υλικό: 48 υπογόνιμες γυναίκες ηλικίας 22 έως 39 ετών χειρουργήθηκαν στην Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική του Γ.Ν.Νίκαιας από 1-1-2007 έως 31-12-2009 με διεγνωσμένες υπερηχογραφικά και εργαστηριακά ενδομητρίωσικές κύστες ωθηκών, με σκοπό την προσπάθεια επίτευξης κύησης μετά την επέμβαση. Επιπλέον 30 γυναίκες με τα ίδια χαρακτηριστικά αποφάσισαν να μη χειρουργηθούν και να προσπαθήσουν να πετύχουν κύηση είτε φυσικά είτε με μεθόδους IVF.

Αποτελέσματα: Από τις 48 γυναίκες που χειρουργήθηκαν για αφαίρεση του ενδομητρίωματος οι 23 έμειναν έγκυες σε διάστημα μικρότερο του έτους μετά την επέμβαση με φυσικό τρόπο σύλληψης και χωρίς την επιπλέον λήψη οποιασδήποτε φαρμακευτικής αγωγής. Από τις υπόλοιπες 25, μετά την παρέλευση έτους, οι 14 υποβλήθηκαν σε μεθόδους εξωσωματικής γονιμοποίησης και οι 4 από αυτές πέτυχαν κύηση (8,33%). Αντίθετα στις 30 γυναίκες που δεν υποβλήθηκαν σε επέμβαση αφαίρεσης του ενδομητρίωματος είχαμε μόνο 4 κύσεις.

Συμπεράσματα: Επιβεβαιώνεται πως η χειρουργική αντιμετώπιση της ενδομητρίωσης αποτελεί κύριο τρόπο αντιμετώπισης της υπογονιμότητας, αφού ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών με ενδομητρίωματα (48%) πέτυχαν κύηση αμέσως μετά την επέμβαση. Εάν σε αυτό το ποσοστό προσθέσουμε και το ποσοστό των γυναικών που πέτυχαν κύηση με IVF μετά την επέμβαση, έχουμε ποσοστό επιτυχίας κύησης 56%.

ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ (P09)

Σιούλας Β., Σιούλας Α., Παναγόπουλος Π., Κασσάνος Δ.

Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικόν»

Σκοπός της μελέτης: Η ανασκόπηση των βιβλιογραφικών δεδομένων που σχετίζονται με τη διατήρηση του εντέρου λόγω ενδομητρίωσης.

Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας: Η ενδομητρίωση του εντέρου συναντάται στο 12-15% των ασθενών και, συνήθως, εντοπίζεται στον τελικό ειλεό, στη σκωληκοειδή απόφυση, στο σιγμοειδές και στο ορθό. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι ενδομητρίωσικές εστίες έχουν τη μορφή μικρών και ασυμπτωματικών εμφυτεύσεων του ορογόνου. Υπό την επίδραση των κυκλικών ορμονικών μεταβολών, οι παραπάνω εμφυτεύσεις, ενίοτε, πολλαπλασιάζονται και διηθούν το εντερικό τοίχωμα. Η τοπική ινώδης αντίδραση συντελεί στο σχηματισμό στενώσεων και συμφύσεων με τα γειτονικά όργανα, με αποτέλεσμα την εμφάνιση υποτροπιάζοντος κοιλιακού άλγους και, ενδεχομένως, εντερικής απόφραξης. Από την άλλη πλευρά, η διατοχωματική προσβολή του εντέρου είναι σπανιότερη και μπορεί να επιπλακεί με διάτρηση, κυρίως, στην περιοχή του σιγμοειδούς. Στις μέρες μας, η βιβλιογραφία περιλαμβάνει 21 σχετικά περιστατικά, με τα 9 (42.8%) να περιγράφονται στη διάρκεια της κύησης. Ως πιθανότερος μηχανισμός αναφέρεται η επαγόμενη από την προγεστερόνη φθαρτοποίηση και προοδευτική συρρίκνωσή του έκτοπου ενδομητρίου, με συνέπεια τη μειωμένη ανθεκτικότητα των αντίστοιχων θέσεων του εντερικού τοιχώματος. Η έντονη φλεγμονώδης αντίδραση που συνοδεύει τη φθαρτοποίηση φαίνεται να δρα στην ίδια κατεύθυνση. Οι παραπάνω μεταβολές κορυφώνονται στο τρίτο τρίμηνο της κύησης, χρονική περίοδο που συμπίπτει με τα περισσότερα περιστατικά.

Συμπεράσματα: Η ενδομητρίωση του εντέρου είναι μια σχετικά σπάνια κατάσταση, με δυναμικά σοβαρές επιπλοκές. Η αντιμετώπισή της μη επιπλεγμένης μορφής της νόσου εξαρτάται από την ηλικία της γυναίκας και την επιθυμία της για τεκνοποίηση. Στις ενδείξεις εκτομής του εντέρου συγκαταλέγονται η απόφραξη, η αιμορραγία και η υποψία κακοήθους νεοπλασίας.

A

Αθανασάκη Ε. 6, 10
 Ανδρουτσόπουλος Γ. 14, 15, 16
 Αντσακλής Α. 7, 10
 Αντωνάκης 3, 8, 10
 Αντωνίου Γ. 15
 Αποστολάκης Π. 9, 10
 Αποστόλου Γ. 14, 15
 Ασκοξυλάκης 7
 Ασκοξυλάκης Ι. 7, 10

B

Βαλσαματζής Ν. 9, 10, 17
 Βαονάκης Δ. 8, 10
 Βασιλειάδης Σ. 8, 10
 Βλασιάδης Κ. 6, 10, 16
 Βλάσσης Γ. 3, 9, 10
 Βομβολάκη Ε. 20
 Γιακουμάκης Ι. 7, 10
 Γκριμπίζης Γ. 3, 8, 10, 20, 21, 22
 Γουλιέλμος Γ. 6, 10
 Γούμενου Α. 3, 7, 9, 10, 17
 Γραμματοπούλου Μ. 7, 10
 Γράψας Π. 22, 23
 Γρηγοριάδης Χ. 14, 15, 16

Δ

Δασκαλάκης Γ. 7, 10, 20
 Δεληγεώρογλου Ε. 3, 7, 10
 Δημοσθένους Ε. 8, 10
 Δρανδάκης Σ. 8, 10

E

Ευθυμιάδου Α. 17

Z

Ζαραβίνος Α. 6, 10
 Ζιούτος Κ. 20
 Ζιώγος Ε. 6, 10, 18
 Ζυγούρης Δ. 14, 15, 16

K

Καλαμπαλίκης Γ. 22, 23
 Καλλονιάτου Μ. 20
 Καλογερόπουλος Α. 3, 6, 10
 Καμπανιέρης Μ. 20
 Κάππου Δ. 6, 10, 17, 18
 Καραγιάννης Β. 8, 10
 Κασσάνος Δ. 23
 Καστρινάκη Ε. 7, 10
 Κατάσος Θ. 7, 10
 Κονταξάκη Ο. 6, 10
 Κούκουρα Ο. 8, 10

Κουμαντάκης Γ. 17
 Κουμαντάκης Ε. 3, 6, 7, 10
 Κουρλετάκης Σ. 18
 Κουτσαμάνη Μ. 16
 Κυβεντίδης Θ. 18
 Κυριακίδου Α. 17

Λ

Λαζαρίδης Σ. 17
 Λίβας Β. 6, 10
 Λουσιόπουλος Κ. 17

M

Μαλαθράκης Δ. 6, 10
 Μανιδάκης Γ. 6, 10
 Μανταλενάκης Σ. 3, 9, 10
 Μαρταβαντζής Ν. 3, 6, 10
 Ματαλλιωτάκης Ι. 3, 6, 7, 8, 9, 10, 16, 17, 18
 Ματαλλιωτάκης Μ. 17
 Μοίναρ Μ. 6, 10
 Μπατάκης Χ. 6, 10

N

Νεονάκη Μ. 18
 Ντζελέτης Κ. 6, 10

Ξ

Ξυλούρης Ε. 22, 23

Π

Παναγόπουλος Π. 8, 10, 23
 Πανίδης Δ. 3, 7, 10
 Πάντος Γ. 3, 9, 10
 Παπαδημητρίου Α. 22, 23
 Παπακωνσταντίνου Ε. 16
 Πασχόπουλος Μ. 3, 8, 10
 Πιστοφίδης Γ. 3, 8, 10
 Πράπας Ι. 9, 10

Σ

Σαμαρά Κ. 7, 10
 Σαρίδης Χ. 7, 10
 Σαρρή Ε. 7, 10
 Σηφάκης Σ. 6, 10
 Σιούλας Α. 23
 Σιούλας Β. 23
 Σταθουδάκης Γ. 18
 Σταυράκης Θ. 17
 Στρατουδάκης Γ. 8, 10, 20

T

Τέντας Ι. 9, 10
 Τερζάκης Ε. 14, 15, 16
 Τζανάκης Ε. 6, 10
 Τζανάκης Κ. 20
 Τζαρδή Μ. 6, 10
 Τζουλάκης Σ. 6, 10
 Τιμοθέου Α. 7, 10
 Τσάβεζ Ν. 22, 23
 Τσεκάνη Μ. 15
 Τσερκέζογλου Α. 14, 15, 16
 Τσόπελας Α. 20

Φ

Φιλίππου Π. 22, 23
 Φραιδάκης Μ. 8, 10
 Φρουδαράκης Γ. 6, 10

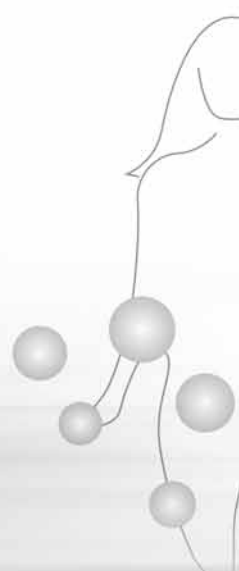
X

Χατζηγεωργίου Κ. 7, 10
 Χλαπουτάκης Κ. 8, 10
 Χναράκης Α. 9, 10
 Χρυσού Ε. 6, 10

Ψ

Ψαράκης Α. 22, 23

Altgassen C. 20, 21, 22
 Arici 3, 7, 10, 17
 Bohlamnn M. 20, 21, 22
 Chalvatzas N. 20, 21, 22
 Diedrich K. 20, 21, 22
 Evaggelinos D. 20, 21, 22
 Hornemann A. 20, 21, 22
 Hummelshoj L. 7, 10
 Kavallaris A. 20, 21, 22
 Koutlaki N. 20, 21, 22
 Paniskaki K. 20, 21, 22
 Sakkas D. 17
 Skafida P. 20, 21, 22
 Stamatopoulos Ch. 20, 21, 22



ΣΗΜΕΡΑ ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΚΑΝΟΥΜΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ

GARDASIL®

Εμβόλιο του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων
[Τύποι 6,11,16,18]
(Ανασυνδυασμένο, προσοροφημένο)

Το εμβόλιο του
καρκίνου του τραχήλου
της μήτρας* με τους
4 τύπους του ιού HPV
για ευρεία προστασία
και πρώιμα οφέλη



ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

Gardasil, ενέσιμο εναιώρημα σε προσοροφίνη σύριγγα. Εμβόλιο του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (Τύποι 6, 11, 16, 18) (Ανασυνδυασμένο, προσοροφημένο). **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΙΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** 1 δόση 0,5 ml περιέχει περίπου: L1 πρωτεΐνη^{1,2} του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων³ τύπου 6 20 μικρογραμμάρια L1 πρωτεΐνη³ του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων³ τύπου 11 40 μικρογραμμάρια L1 πρωτεΐνη³ του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων³ τύπου 16 40 μικρογραμμάρια L1 πρωτεΐνη³ του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων³ τύπου 18 20 μικρογραμμάρια³ Ιός των Ανθρώπινων Θηλωμάτων = HPV. ¹L1 πρωτεΐνη με τη μορφή σωματιδίων προσομοιάζοντα του ιογενούς σκευασμένη σε κύτταρα του ζυμομύκητα (*Saccharomyces cerevisiae* CANADE 3C-5 (Στέλεχος 1895)) με τη μορφή του ανασυνδυασμένου DNA. ²προσοροφημένη με υδροφοροβικό υδροξυφωσφορικό αργίλιο ανοσοενισχυτικό (25 μικρογραμμάρια Al). Για τον πλήρη κατάλογο των σκόζων, βλ. παράγραφο 6.1. **Αντενδείξεις:** Υπερευαίσθησία στις δραστικές ουσίες ή σε κάποιο από τα έκδοχα. Άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα ενδεικτικά υπερευαίσθησίας μετά τη λήψη μιας δόσης Gardasil δεν πρέπει να λαμβάνουν περαιτέρω δόσεις Gardasil. Η χορήγηση του Gardasil πρέπει να αναβάλλεται σε άτομα που πάσχουν από οξεία σοβαρή εμπύρετη νόσο. Παρόμοια, η παρουσία ήπιας λοίμωξης όπως ήπια λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος ή ο χρομώδης πυρετός, δεν αποτελεί αντένδειξη για εμβολιασμό.

Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση: Όπως με όλα τα ενέσιμα εμβόλια, η ενδεδειγμένη ιατρική αντιμετώπιση πρέπει πάντοτε να είναι άμεσα διαθέσιμη στην περίπτωση εμφάνισης σπάνιων αναφυλακτικών αντιδράσεων μετά τη χορήγηση του εμβολίου. Συγκοπή (λιποθυμία) μπορεί να συμβεί μετά από οποιοδήποτε εμβολιασμό, ειδικά σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Η συγκοπή που σχετίζεται κάποιες φορές με πτώση, έχει προκύψει μετά από εμβολιασμό με Gardasil (βλέπε λήμμα 4.8). Για το λόγο αυτό, οι εμβολιασθέντες πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά 15 λεπτά μετά τη χορήγηση του Gardasil. Όπως με κάθε εμβόλιο, ο εμβολιασμός με Gardasil μπορεί να μη συνεπάγεται προστασία σε όλους τους εμβολιαζόμενους. Το Gardasil θα προστατεύσει μόνο από τα νοσήματα που σχετίζονται με τους τύπους 6, 11, 16 και 18 του HPV και σε ένα περιορισμένο βαθμό από τα νοσήματα που προκαλούνται από συγκεκριμένους τύπους που σχετίζονται με τον HPV (βλέπε παράγραφο 5.1). Συνεπώς, πρέπει να συνεχίσουν να λαμβάνονται οι κατάλληλες προφυλάξεις έναντι των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Το Gardasil δεν έδειξε να έχει θεραπευτική δράση. Συνεπώς το εμβόλιο δεν ενδείκνυται για τη θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ή της υψηλού βαθμού δυσπλαστικές βλάβες του τραχήλου της μήτρας, του αιδοίου και του κόλπου ή των ακροχορδών των γεννητικών οργάνων. Επίσης δεν προορίζεται για τη πρόληψη της εξέλιξης άλλων εγκατεστημένων βλαβών που σχετίζονται με τον HPV. Ο εμβολιασμός δεν υποκαθιστά τον τακτικό έλεγχο ρουτίνας του τραχήλου της μήτρας. Δεδομένου ότι κανένα εμβόλιο δεν είναι αποτελεσματικό 100% και επειδή το Gardasil δεν θα παρέχει προστασία έναντι κάθε τύπου HPV ή έναντι υπάρχουσων λοιμώξεων από HPV, παραμένει αποφασιστικά σημαντικό ο τακτικός έλεγχος ρουτίνας του τραχήλου της μήτρας και θα πρέπει να ακολουθούνται οι τοπικές συστάσεις. Δεν υπάρχουν δεδομένα σχετικά με τη χρήση του Gardasil σε άτομα με διαταραχή της ανοσολογικής απάντησης. Άτομα με διαταραχή της ανοσολογικής απάντησης, είτε λόγω της χρήσης ισχυρής ανοσοκατασταλτικής θεραπείας, γενετικής ανωμαλίας, λοίμωξης από τον Ιό Ανοσοανεπάρκειας του Ανθρώπου (HIV) ή άλλων αιτιών, μπορεί να μην απαντήσουν στο εμβόλιο. Το εμβόλιο αυτό πρέπει να δίνεται με προσοχή σε άτομα με θρομβοπενία ή με οποιαδήποτε διαταραχή της πήξης του αίματος διότι μπορεί να εμφανισθεί αιμορραγία μετά την ενδομυϊκή χορήγηση στα άτομα αυτά. Η διάρκεια της προστασίας είναι προς το παρόν άγνωστη. Παρατεταμένη αποτελεσματική προστασία έχει παρατηρηθεί για 4,5 χρόνια μετά την ολοκλήρωση του σχήματος των 3 δόσεων. Μεγαλύτερες διάρκειας μελέτες παρακολούθησης βρίσκονται σε εξέλιξη (βλέπε παράγραφο 5.1). Δεν υπάρχουν δεδομένα ασφάλειας, ανοσογονικότητας ή αποτελεσματικότητας που να υποστηρίζουν την εναλλαγή του Gardasil με άλλα HPV εμβόλια. **4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Σε 5 κλινικές δοκιμές (4 ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο), στα άτομα χορηγήθηκε Gardasil ή εικονικό φάρμακο την ημέρα εισαγωγής και περίπου 2 και 6 μήνες μετά. Λίγα άτομα (0,2%) δίκωφαν λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών. Η ασφάλεια αξιολογήθηκε είτε στο συνολικό πληθυσμό της μελέτης (4 μελέτες) ή σε μια προκαθορισμένη υποομάδα (μία μελέτη) που πληθυσμού της μελέτης με τη χρήση κάρτας αναφοράς εμβολιασμού (VRC)-βοηθητικής επιτήρησης για 14 ημέρες μετά από κάθε ένεση του Gardasil ή του εικονικού φαρμάκου. Τα άτομα που ελέγχθηκαν με τη χρήση VRC-βοηθητικής επιτήρησης περιλάμβαναν 6.160 άτομα (5.088 γυναίκες ηλικίας 9 έως 26 ετών και 1.072 άντρες ηλικίας 9 έως 15 ετών κατά την εισαγωγή στη μελέτη) που έλαβαν Gardasil και 4.064 άτομα που έλαβαν εικονικό φάρμακο. Οι ακόλουθες σχετιζόμενες με το εμβόλιο ανεπιθύμητες ενέργειες παρατηρήθηκαν μεταξύ των ληπτών Gardasil σε συχνότητα τουλάχιστον 1,0% και επίσης σε μεγαλύτερη συχνότητα από ότι παρατηρήθηκε μεταξύ των ληπτών εικονικού φαρμάκου. Κατατάσσονται με βάση τη συχνότητα εμφάνισης χρησιμοποιώντας την ακόλουθη συνθήκη: [Πολύ Συχνές (≥1/10), Συχνές (≥1/100, <1/10), Όχι συχνές (≥1/1.000, <1/100), Σπάνιες (≥1/10.000, <1/1.000), Πολύ Σπάνιες (<1/10.000), συμπεριλαμβανομένων μεμονωμένων αναφορών] Γενικές διαταραχές της οδού χορήγησης: Πολύ συχνές: Πυρετός. Πολύ συχνές: στη θέση ένεσης: ερυθρότητα, άλγος, οίδημα. Συχνές: στη θέση της ένεσης: μύρμιγκες, κνησμός. Επιπλέον, σε κλινικές δοκιμές οι ανεπιθύμητες ενέργειες τις οποίες ο ερευνητής της μελέτης θεωρούσε ότι σχετίζονται με το εμβόλιο ή το εικονικό φάρμακο παρατηρήθηκαν σε συχνότητες μικρότερες από 1%: Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος: του θώρακα και του μεσοθωρακίου: Πολύ σπάνιες βρογχόσπασμος Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού: Σπάνιες: κνίδωση. Επτά περιπτώσεις (0,06%) κνίδωσης αναφέρθηκαν στην ομάδα του Gardasil και 17 περιπτώσεις (0,18%) βρέθηκαν στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου που περιέχει ανοσοενισχυτικό. Στις κλινικές μελέτες, τα άτομα στον Πληθυσμό Ασφάλειας ανέφεραν κάθε νέες ιατρικές καταστάσεις κατά τη διάρκεια παρακολούθησης έως 4 χρόνια. Ανάμεσα σε 11.778 άτομα που έλαβαν Gardasil και 9.686 άτομα που έλαβαν εικονικό φάρμακο, υπήρξαν 28 περιπτώσεις μη-ειδικής αρθρίτιδας/αρθροπάθειας που αναφέρθηκαν, 20 στην ομάδα του Gardasil και 8 στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου. **Εμπειρία μετά την κυκλοφορία:** Έχουν αναφερθεί αυθόρμητες ανεπιθύμητες ενέργειες, μετά την κυκλοφορία του Gardasil και δεν καταγράφονται παραπάνω. Επειδή αυτά τα περιστατικά αναφέρθηκαν οκταετής από ένα πληθυσμό αβελιανών μεγάλων, δεν είναι δυνατόν να υπολογιστεί αξιόπιστα η συχνότητα εμφάνισής τους ή να αποδειχθεί, για όλα τα περιστατικά, μία αιτιολογική σχέση με την έκθεση στο εμβόλιο. Διαταραχές του αιμοποιητικού και του λεμφικού συστήματος: λεμφοδενόπαθεια Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος: αντιδράσεις υπερευαίσθησίας συμπεριλαμβανομένων αναφυλακτικών /αναφυλακτοειδών αντιδράσεων. Διαταραχές του νευρικού συστήματος: σύνδρομο Guillain-Barré, ζάλη, κεφαλαλγία, λιποθυμία μερικές φορές συνοδευόμενη από τονικο-κλωνικές κινήσεις. Διαταραχές του γαστρεντερικού: ναυτία, έμετος Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού: αρθραλγία, μυαλγία Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης: εξασθένιση, ρίγος, κόπωση, αίσθημα κακουχίας. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 rue Jonas Salk, F-69007 Lyon, Γαλλία. Πριν την συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την πλήρη Περιλήψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος. Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στο τμήμα Επιστημονικής Ενημέρωσης της εταιρίας μας Υπεύθυνος κυκλοφορίας στην Ελλάδα: BIANEΞ Α.Ε.- Οδός Τατσιού, 146 71 Νέα Ερυθραία, Τηλ. 210 8009111-120 Fax: 210 8071573

A.T.: 162,38€

* Που σχετίζεται με τους HPV 16/18

• Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας

• 3 προ- καρκινικές γεννητικές αλλοιώσεις

- Τραχηλικές
- Αιδοϊκές
- Κολπικές

• Εξωτερικά Γεννητικά Κονδυλώματα

Που σχετίζονται αιτιολογικά με τους HPV τύπους 6, 11, 16 και 18



BIANEΞ Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΚΑΛΥΠΤΙΚΩΝ
Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης
ΑΘΗΝΑ: Οδός Τατσιού 146 71 Ν. Ερυθραία, Τηλ.: 210 8009111
E-Mail: mailbox@vianex.gr • INTERNET: http://www.vianex.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Β. Χατζή 2, Τηλ.: 2310 840440

SE9016GARD/1-6/2009

