



ΟΡΓΑΝΩΣΗ:
ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΕΜΒΡΥΟΜΗΤΡΙΚΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ

6ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Εμβρυο^εμητρικής ιατρικής

ΜΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

14-16 ΜΑΪΟΥ 2010, ΜΕΤΣΟΒΟ

ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ «ΔΙΑΣΕΛΟ»



www.embryomitriki2010.gr

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ/ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ



ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟ
ΚΕΝΤΡΟ
ΜΕΤΣΟΒΟΥ



ΟΡΓΑΝΩΣΗ:
ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΕΜΒΡΥΟΜΗΤΡΙΚΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ

6ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Εμβρυομητρικής ιατρικής

ΜΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

14-16 ΜΑΪΟΥ 2010, ΜΕΤΣΟΒΟ

ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ «ΔΙΑΣΕΛΟ»



www.embryomitriki2010.gr

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ/ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ



Εμβρυομητρικής Ιατρικής

Περιεχόμενα

Χαιρετισμός Προέδρου.....	03
Επιτροπές.....	05
Γενικές Πληροφορίες.....	06
Επιστημονικό Πρόγραμμα.....	09
Κατάλογος ομιλητών - Προέδρων.....	23
Περιλήψεις Εργασιών.....	25
Προφορικές Ανακοινώσεις.....	26
Αναρτημένες Ανακοινώσεις.....	67
Ευρετήριο συγγραφέων.....	98



Χαιρετισμός Προέδρου

Αγαπητοί Συνάδελφοι, Αγαπητές Μαίες, Αγαπητοί Μαιευτές,

Η Ελληνική Εταιρεία Εμβρυομητρικής Ιατρικής συνεχίζοντας την παράδοση, σας καλωσορίζει στο **6ο Πανελλήνιο Συνέδριό** της με διεθνή συμμετοχή από **14 έως 16 Μαΐου 2010** στο όμορφο Μέτσοβο.

Τα συνέδρια αυτά της Εταιρείας μας, που αποτελούν πλέον θεσμό, γίνονται στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των Μαιευτήρων - Γυναικολόγων, των Παιδιάτρων, των Μαιών και Μαιευτών καθώς και των Ιατρών όλων των ειδικοτήτων που συνεργάζονται για την καλή έκβαση της κύησης και του τοκετού.

Έλληνες και ξένοι καταξιωμένοι συνάδελφοι θα αναπτύξουν θέματα σχετικά με την Εμβρυομητρική Ιατρική δίδοντας στους συνέδρους κάθε νέα πληροφορία που αφορά στη σωστή παρακολούθηση, διάγνωση και θεραπεία προβλημάτων της εγκύου και του εμβρύου.

Είμαστε σίγουροι ότι το συνέδριο θα είναι μία μοναδική ευκαιρία απόκτησης γνώσεων μέσα από τις παρουσιάσεις των καταξιωμένων ομιλητών του προγράμματος αλλά και η φυσική ομορφιά του Μετσόβου και ειδικά το μήνα Μάιο και η άνετη πλέον πρόσβασή του με τους νέους δρόμους, θα κάνουν την παραμονή σας ευχάριστη.

Η Οργανωτική Επιτροπή σας ευχαριστεί θερμά για τη συμμετοχή σας σε ένα επιστημονικό και τουριστικό διήμερο.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Καθηγητής **Εμμανουήλ Σαλαμαλέκης**

Πρόεδρος του Συνεδρίου

6ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Εμβρυομητρικής Ιατρικής





Οργάνωση:



Ελληνική Εταιρεία Εμβρυομητρικής Ιατρικής

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος:	Ε. Σαλαμαλέκης
Επίτιμος Πρόεδρος:	Μιχ. Μαμόπουλος
Αντιπρόεδρος:	Γ. Φαρμακίδης
Γεν. Γραμματέας:	Θ. Στέφος
Ταμίας:	Β. Καραγιάννης
Μέλος:	Ε. Ασημακόπουλος

Επιτροπές

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ε. Ασημακόπουλος
Γ. Δεκαβάλας
Β. Καραγιάννης
Δ. Κασσάνος
Α. Μαμόπουλος
Δ. Μπότσης
Ν. Πράπας
Ε. Σαλαμαλέκης
Θ. Στέφος
Γ. Φαρμακίδης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Θ. Αγοραστός	Ι. Ματαλλιωτάκης
Α. Ατσακλής	Σ. Μεσογίτης
Ο. Αρβανιτίδου	Ι. Μεσσήνης
Ι. Βαρβαρίγγος	Κ. Πάγκαλος
Ν. Βιτωράτος	Ν. Παπαντωνίου
Γ. Γαλάζιος	Ε. Παρασκευαΐδης
Γ. Γεωργαδάκης	Ν. Πλαχούρας
Ι. Γεωργίου	Δ. Ρούσσο
Ο. Θεοδωροπούλου	Ι. Καραπάνος
Γ. Κρεατσάς	Σ. Σηφάκης
Β. Λυμπέρης	Β. Ταρλατζής
Α. Λουφόπουλος	Ι. Τζαφέττας
Γ. Μακρυδήμας	Β. Τσάπανος
Α. Μακρυγιαννάκης	Ο. Χαρίτου
Κ. Μάλφα	Α. Ψαρρά

Εμβρυομητρικής Ιατρικής

Γενικές Πληροφορίες

ΤΟΠΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Συνεδριακό Κέντρο Μετσόβου «Διάσελο»
Ιδρυμα Εγνατία Ηπείρου
442 00 Μέτσοβο
Τηλ.: 25610 72315
Fax: 25610 36695

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

14-16 Μαΐου 2010

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Ελληνική Εταιρεία Εμβρυομητρικής Ιατρικής
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»
Γ' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Ρίμινι 1, 124 62 Αθήνα

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Erasmus Conferences Tours & Travel S.A.
Κολοφώντος 1 & Ευρυδίκης, 161 21 Αθήνα
Τηλέφωνο: 210 7257693, Fax: 210 7257532
E-mail: info@embryomitriki2010.gr

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ

Η συμμετοχή στο Συνέδριο αξιολογήθηκε με **8 μόρια** από την Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία.

ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική.

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Την τελευταία ημέρα του συνεδρίου θα παραδίδονται Πιστοποιητικά Παρακολούθησης σε όλους τους ενδιαφερομένους συνέδρους από την Γραμματεία.

ΕΓΓΡΑΦΕΣ – ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΥΛΙΚΟΥ

Η Γραμματεία του Συνεδρίου θα λειτουργεί τις παρακάτω ημέρες και ώρες:

Παρασκευή	14 Μαΐου 2010	15.00-21.00
Σάββατο	15 Μαΐου 2010	08.00-20.00
Κυριακή	16 Μαΐου 2010	08.00-13.00

ΟΝΟΜΑΣΤΙΚΕΣ ΚΟΝΚΑΡΔΕΣ ΣΥΝΕΔΡΩΝ

Ειδικά σήματα του συνεδρίου (κονκάρδες) θα δοθούν στους Συνέδρους. Παρακαλούνται όλοι οι σύνεδροι να φέρουν το σήμα τους σε όλες τις επιστημονικές και κοινωνικές εκδηλώσεις.



ΚΟΣΤΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Κατηγορία Εγγραφής

Ιατροί ειδικοευμένοι 150 €

Ιατροί ειδικοευόμενοι 110 €

Νοσηλευτικό προσωπικό / Μαίες 50 €

Φοιτητές Δωρεάν

ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ, ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ, ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ:

- Συμμετοχή στην Εναρκτήρια Τελετή και στη Δεξίωση Υποδοχής
- Παρακολούθηση όλων των εργασιών του Συνεδρίου
- Είσοδο στον εκθεσιακό χώρο
- Υλικό του Συνεδρίου, Τελικό Πρόγραμμα και Βιβλίο Περιλήψεων
- Πιστοποιητικό Συμμετοχής
- Καφέ κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων του προγράμματος

ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ:

- Παρακολούθηση των εργασιών του Συνεδρίου
- Είσοδο στον εκθεσιακό χώρο
- Τελικό Πρόγραμμα και Βιβλίο Περιλήψεων
- Πιστοποιητικό Συμμετοχής

ΕΚΘΕΣΗ

Καθ' όλη τη διάρκεια του συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση προϊόντων φαρμακευτικών εταιρειών και τεχνολογικού εξοπλισμού.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Παρασκευή, 14 Μαΐου 2010, 19.30

- Εναρκτήρια Τελετή & Δεξίωση Υποδοχής
- Χαιρετισμοί
- Εναρκτήρια διάλεξη:
«Fetal Surveillance in Labor: Lessons from Space Exploration»
E. Hamilton

Εμβρυομητρικής Ιατρικής

Ευχαριστίες

Η Οργανωτική Επιτροπή ευχαριστεί θερμά τις παρακάτω Εταιρείες για την συμμετοχή τους και την υποστήριξη του συνεδρίου:





Πρόγραμμα



Εμβρυομητρικής Ιατρικής

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 6ου ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΕΜΒΡΥΟΜΗΤΡΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ, 14 ΜΑΪΟΥ 2010

ΑΙΘΟΥΣΑ Α

18.00-19.30	Προεδρείο: <i>Εμβρυϊκή Καρδιολογία</i>	Μ. Μαμόπουλος	Θ. Στέφος
18.00-18.30	<i>Πρώιμη εμβρυϊκή υπερηχοκαρδιογραφία</i>	A. Κοραντζής	
18.30-19.00	<i>Εμβρυϊκές αρρυθμίες</i>	A. Βλάχος	
19.00-19.30	<i>Συγγενείς ανωμαλίες καρδιάς του εμβρύου. Αντιμετώπιση.</i>	Π. Μπόνου	
19.30-20.00	Εναρκτήρια Τελετή		

Χαιρετισμοί

20.00-20.30	Προεδρείο: <i>Fetal Surveillance in Labor: Lessons from Space Exploration</i>	Γ. Κρεατσάς E. Hamilton	Γ. Δεκαβάλας
-------------	---	-----------------------------------	---------------------

20:30 **Δεξίωση Υποδοχής**

ΣΑΒΒΑΤΟ, 15 ΜΑΪΟΥ 2010

ΑΙΘΟΥΣΑ Α

08.00-10.00	Προεδρείο: <i>Γενετική</i> <i>Screening και επεμβατικές μέθοδοι στη Γενετική</i> <i>Τερατολογία. Καινούργιες απόψεις</i> <i>Epigenetics- mosaicism</i>	L. Florentin Σ. Σηφάκης B. Τσάπανος K. Πάγκαλος	
10.00-10.30	Προεδρείο: <i>Therapy of twin- transfusion</i>	N. Βραχνής R. Quintero	Ε. Ασημακόπουλος
10.30-11.00	Προεδρείο: <i>Management of non-immune hydrops</i>	B. Καραγιάννης N. Demir	K. Παπαδιάς
11.00-11.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ		
11.30-13.00	Προεδρείο: <i>Πρώιμος τοκετός</i> <i>Περίδεις. Πού, πότε και πως;</i> <i>Θειικό μαγνήσιο. Επίδραση στον εγκέφαλο και χρησιμότητά του</i> <i>Screening με υπέρηχο και Fibroapectine</i>	Δ. Ρούσσο Απ. Μαμόπουλος A. Χαρίτου A. Κονδυλός	N. Βιτωράτος
13.00-13.30	Προεδρείο: <i>Management of autoimmune disorders in pregnancy</i>	Δ. Μπότσης S. Beksac	
13.30-16.00	ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ		
16.00-17.30	Προεδρείο: <i>Λοιμώξεις</i> <i>Ερπης και ανεμοβλογιά</i> <i>Κυτταρομεγαλοϊός- τοξοπλάσμοις</i> <i>Αντιβιοτικά και εγκυμοσύνη</i>	Σ. Καρπάθιος Γ. Δασκαλάκης M. Ελευθεριάδης Π. Παναγόπουλος	Β. Λυμπέρης
17.30-18.00	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ		



ΣΑΒΒΑΤΟ, 15 ΜΑΪΟΥ 2010

ΑΙΘΟΥΣΑ Α

18.00-19.30	Προεδρείο: <i>Καρδιοτοκογραφία</i>	Γ. Γαλάζιος	Β. Τσάπανος
	<i>Καρδιοτοκογράφημα & εγκεφαλική παράλυση</i>	A. Γκαράς	
	<i>Βασικά πρωτόκολλα καρδιοτοκογραφίας & καρδιοτοκογραφία βασισμένη στον ηλεκτρονικό υπολογιστή</i>	K. Λαθουράς	
	<i>Οξυμετρία</i>	K. Λόγης	
	<i>Μαία και καρδιοτοκογραφία</i>	K. Μάλφα	

ΑΙΘΟΥΣΑ Β

08.00-10.00	Προεδρείο:	Χ. Μπατάκης	Γ. Φρουδαράκης
08.00-09.00	Ελεύθερες Ανακοινώσεις -Συνεδρία 1 «Επιπλοκές στη κύηση- παρακολούθηση αυτών»		
09.00-10.00	Ελεύθερες Ανακοινώσεις - Συνεδρία 2 «Προγεννητικός έλεγχος - Εργαστηριακή έρευνα στην κύηση»		

ΚΥΡΙΑΚΗ, 16 ΜΑΪΟΥ 2010

ΑΙΘΟΥΣΑ Α

08.00-09.30	Προεδρείο: <i>Επείγουσα Μαιευτική</i>	Γ. Γεωργαδάκης	
	<i>Θρομβοεμβολικά επεισόδια</i>	Χ. Καραμπίνας	
	<i>Τρίτο στάδιο στον τοκετό και η διαχείρισή του</i>	Ο. Αρβαντιτίδου- Αικ. Θεοδοσιάδου	
	<i>Αιμορραγίες 3ου τριμήνου</i>	Β. Παπαδόπουλος	
	<i>New Approach in diabetics</i>	Παρουσίαση σε video της διάλεξης του A. Reese	
09.30-10.00	Προεδρείο: <i>Επίκτητες διαταραχές πήξης στη γυναίκα</i>	Γ. Φαρμακίδης	
		Χ. Συριστατίδης	
10.00-10.30	Προεδρείο: <i>Imaging of fetal brain. 2D, 3D And MRI</i>	Β. Ταρλατζής	Εμμ. Σαλαμαλέκης
		V. D'Addario	
10.30-11.00	Δ Ι Α Λ Ε Ι Μ Μ Α		
11.00-12.00	Προεδρείο: <i>Ανοσοβιολογία και εγκυμοσύνη</i>	Α. Παπαδημητρίου	Ι. Βαρβαρίος
	<i>Ανοσοβιολογία της καθ'έξιν αποβολής</i>	Ε. Αθανασάκη	
	<i>Ο ρόλος του γυναικολόγου στις καθ'έξιν αποβολές. Προεμφυτευτική</i>	Α. Μακρυγιαννάκης	
	<i>Παθολοσιολογία των καθ'έξιν αποβολών: θέσεις και αντιπαραθέσεις.</i>	Γ. Τζαφέτας	
12.00	Συμπεράσματα	Γ. Φαρμακίδης	Εμμ. Σαλαμαλέκης
ΑΙΘΟΥΣΑ Β			
08.00-10.30	Προεδρείο:	Ι. Χατζής	Β. Παπαγιάννη
08.00-09.00	Ελεύθερες Ανακοινώσεις -Συνεδρία 3 «Μητρική νοσηρότητα στην κύηση- Περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα»		
09.00-10.30	Ελεύθερες Ανακοινώσεις -Συνεδρία 4 - Ελεύθερες Ανακοινώσεις «Εμβρυομητρική Ιατρική»		
10.30-11.00	Ελεύθερες Ανακοινώσεις -Συνεδρία 5 - Ελεύθερες Ανακοινώσεις «Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού»		

Εμβρυομητρικής Ιατρικής

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 14 ΜΑΪΟΥ 2010

ΑΙΘΟΥΣΑ Α

- 18.00-19.30** *Εμβρυϊκή Καρδιολογία*
Προεδρείο: **Μ. Μαμόπουλος - Θ. Στέφος**
- 18.00-18.30 *Πρώιμη εμβρυϊκή υπερηχοκαρδιογραφία*
Α. Κοραντζής
- 18.30-19.00 *Εμβρυϊκές αρρυθμίες*
Α. Βλάχος
- 19.00-19.30 *Συγγενείς ανωμαλίες καρδιάς του εμβρύου. Αντιμετώπιση*
Π. Μπόνου
- 19.30-20.00** **Εναρκτήρια Τελετή**
Χαιρετισμοί
- 20.00-20.30 **Εναρκτήρια ομιλία**
Προεδρείο: **Γ. Κρεατσάς - Γ. Δεκαβάλας**
Fetal Surveillance in Labor: Lessons from Space Exploration
E. Hamilton
- 20.30 **Δεξίωση Υποδοχής**

ΣΑΒΒΑΤΟ 15 ΜΑΪΟΥ 2010

ΑΙΘΟΥΣΑ Α

08.30-10.00 **Γενετική**

Προεδρείο: **L. Florentin**

8.30-09.00 *Screening και επεμβατικές μέθοδοι στη Γενετική*
Σ. Σηφάκης

09.00-09.30 *Τερατολογία. Καινούργιες απόψεις*
B. Τσάπανος

09.30-10.00 *Epigenetics- mosaicism*
K. Πάγκαλος

10.00-10.30 Προεδρείο: **N. Βραχνης - E. Ασημακόπουλος**
Therapy of twin- transfusion
R. Quintero

10.30-11.00 Προεδρείο: **B. Καραγιάννης - K. Παπαδιάς**
Management of non-immune hydrops
N. Demir

11.00-11.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

11.30- 13.00 **Πρώωρος τοκετός**
Προεδρείο: **Δ. Ρούσσοσ - N. Βιτωράτος**

11.30-12.00 *Περίδεςς. Πού, πότε και πως?*
Απ. Μαμόπουλος

12.00-12.30 *Θειϊκό μαγνήσιο. Επίδραση στον εγκέφαλο και χρησιμότητά του*
A. Χαρίτου

12.30-13.00 *Screening με υπέρηχο και Fibroanectine*
A. Κονδυλιός

13.00-13.30 Προεδρείο: **Δ. Μπότσης**
Management of autoimmune disorders in pregnancy
S. Beksas

13.30-16.00 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

16.00-17.30 **Λοιμώξεις**
Προεδρείο: **Σ. Καρπάθιος - Β. Λυμπέρης**

16.00-16.30 *Έρπης και ανεμοβλογιά*
Γ. Δασκαλάκης

Εμβρυομητρικής Ιατρικής

- 16.30-17.00 *Κυτταρομεγαλοϊός- τοξοπλάσμωσις*
Μ. Ελευθεριάδης
- 17.00-17.30 *Αντιβιοτικά και εγκυμοσύνη*
Π. Παναγόπουλος
- 17.30-18.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
- 18.00-19.30 Καρδιοτοκογραφία**
Προεδρείο: Γ. Γαλάζιος - Β. Τσάπανος
- 18.00-18.20 *Καρδιοτοκογράφημα & εγκεφαλική παράλυση*
Α. Γκαράς
- 18.20-18.40 *Βασικά πρωτόκολλα καρδιοτοκογραφίας & καρδιοτοκογραφία βασισμένη στον ηλεκτρονικό υπολογιστή*
Κ. Λαθουράς
- 18.40-19.00 *Οξυμετρία*
Κ. Λόγης
- 19.00-19.20 *Μαία και καρδιοτοκογραφία*
Κ. Μάλφα
- 19.20-19.30 **Ερωτήσεις**

ΣΑΒΒΑΤΟ 15 ΜΑΪΟΥ 2010

ΑΙΘΟΥΣΑ Β

08.00-10.00 Προεδρείο: **Χ. Μπατάκης - Γ. Φρουδαράκης**

08.00-09.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ - ΣΥΝΕΔΡΙΑ 1

«Επιπλοκές στη κύηση-Έλεγχος - Παρακολούθηση αυτών»

01

Έλεγχος για σακχαρώδη διαβήτη κύησης στο πρώτο τρίμηνο

**Γ. Στρατουδάκης, Κ. Τζανάκης, Κ. Ζιούτος, Δ. Γκεντσιδής,
Θ.Λαγαριάς, Μ.Καλλονιάτου, Μ. Καμπανιέρης, Γ. Δασκαλάκης**

Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων «Άγιος Γεώργιος»

02

Αντιμετώπιση ρήξης θυλακίου σε τελειόμηνες κυήσεις

**Γ. Στρατουδάκης, Κ.Τζανάκης, Κ.Ζιούτος, Δ.Γκεντσιδής, Θ.Λαγαριάς,
Μ.Καλλονιάτου, Μ.Καμπανιέρης, Γ.Δασκαλάκης**

Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων «Άγιος Γεώργιος»

03

Λεμφοίδημα αιδοίου σε έδαφος βαρειάς προεκλαμψίας

**Σ. Μασούρα, Ι.Καλογιαννίδης, Θ.Θεοδωρίδης, Γ. Αποστόλοβα, Θ. Δα-
γκλής, Α. Κούρτης**

Δ' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

04

*Πρώρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων πριν και μετά την 30η εβδομάδα κύησης:
έκβαση τοκετού*

**Στ. Πετούσης, Ι. Καλογιαννίδης, Α. Κουκουλομάτη, Χ. Μαργιούλα-
Σιάρκου, Α. Τραϊανός, Α. Γκουτζιούλης, Α. Κούρτης, Ν. Πράπας**

Δ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

05

*Συσχέτιση συνδυασμένων ηξιολογικών παραμέτρων και γονιδίων και αυξημέ-
νος κίνδυνος θρόμβωσης*

Ι. Κούτρας, Γ. Εμμανουήλ, Β. Γκούμας, Γ. Αναγνώστου

PREGENESIS Πρότυπο Κέντρο Προγεννητικής Διάγνωσης

06

Μήκος τραχήλου μήτρας κατά την εξέλιξη της κύησης.

Προκαταρκτικά αποτελέσματα

Ι. Παπαστεφάνου, Α. Σούκα, Κ. Σαλαμπάσης, Β. Μιχαλίτση, Δ. Κασσάνος

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»

07

*Ο επιπολασμός της πρόωρης και της πρώιμης πρόωρης ρήξης των εμβρυϊκών
υμένων σε μια επαρχιακή πόλη της κεντρικής Μακεδονίας - παράγοντες που τους
επηρεάζουν*

**Σ. Μαμελετζή, Χ. Μαυροματάκη, Α.Σιδέρη,Δ. Κιοσεδάκη, Β. Ουγγρίνου,
Γ. Παναγιωτέλη, Θ. Μπόσκογλου, Δ. Τσόνογλου**

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Γιαννιτών

Εμβρυομητρικής Ιατρικής

- 08 *Ο επιπολασμός των αυτόματων εκτρώσεων στα Γιαννισιά, σε μια πόλη της κεντρικής Μακεδονίας - κολπική αιμόρροια 1ου τριμήνου και έκβαση κύησης*
Σ. Μαμελετζή, Χ. Μαυροματάκη, Α.Σιδέρη, Δ. Κιοσεδάκη, Β. Ουγγρίνου, Γ. Παναγιωτέλη, Θ. Μπόσκογλου, Δ. Τσόνογλου
Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Γιαννιστών
- 09 *Επίπεδα της Se-Selectin και VE-Cadherin στον ορό γυναικών με προεκλαμψία, λευκωματουρία κύησης και υπέρταση κύησης, κατά την κύηση και τη λοχεία*
Κ. Παπακωνσταντίνου^{1,2}, Ε. Οικονόμου¹, Δ. Χασιάκος¹, Οδ. Γρηγορίου¹, Ν. Βιτωράτος¹
1. 2η Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο
2. Γυναικολογική Κλινική Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών
- 10 *Περίδεση τραχήλου στο 2ο τρίμηνο της κύησης. Επικίνδυνη ιατρική πράξη ή επιτυχής παρέμβαση παράτασης της κύησης;*
Κ. Λαθουράς, Ι. Στεργιούδας, Μ. Τζαφέττας, Γ. Πρατήλας, Ι. Μητσάκης, Χ. Γιαννούλης, Α. Λουφόπουλος, Ι. Τζαφέττας
Β' Μαιευτική - Γυναικολογική κλινική Γ.Π.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσ/νίκης
- 11 *Έκβαση κυήσεων που εμφάνιζαν συμπτώματα επαπειλούμενης έκτρωσης στο 1ο τρίμηνο*
Θ. Στέφος, Ν. Καφίδας, Κ. Κατσούλα, Χ. Παπαδόπουλου, Σ. Παπαθεοδώρου, Π.Ρασιώτη, Β.Ντούσιας
Μαιευτική -Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
- 09.00-10.00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ - ΣΥΝΕΔΡΙΑ 2**
«Προγεννητικός έλεγχος- Εργαστηριακή έρευνα στην κύηση»
- 12 *Προγεννητική διαχείριση υδροθώρακα εμβρύου*
Χ. Μπατάκης¹, Γ. Φαρμακίδης²
1. Μονάδα προγεννητικού ελέγχου και εμβρυομητρικής ιατρικής Χανίων ΕΛΕΥΘΩ Ο.Ε
2. Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής, Νοσοκομείο «Ελενα Βενιζέλου»
- 13 *Μέση ευρεία σχιστία υπερώας*
Μ.Μακριδάκη, Κ. Τσόμπος
ΤΕΙ Μαιευτικής Πτολεμαΐδας
- 14 *Συγκριτική ανάλυση δειγμάτων αμνιακού υγρού και χοριακών λαχνών με τις τεχνικές FISH, 24-Colour Multiplex - FISH, Q-PCR και ARRAY-CGH*
Κ. Χατζημελετίου¹, Β. Moncef², L. Levett³, T. Ballard³, Β. Ταρλατζής¹, Α. Handyside⁴, Κ. Nicolaidis⁵
1. Α' Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
2. ATL R&D. Reproductive Biology & Genetics Laboratory
3. TDL, London
4. The London Bridge Fertility, Gynaecology and Genetics Centre, London,
5. Harris Birthright Centre for Fetal Medicine, King's College, London



- 15 *Μη επεμβατικές μέθοδοι προγεννητικού ελέγχου ανευπλοειδιών στο 1ο τρίμηνο
Καινούρια δεδομένα*
Σ. Μαμελετζή, Λ. Φιδάνη
Τμήμα Βιολογίας και Γενετικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- 16 *Ελαττωμένα επίπεδα του IGF-I στο μητρικό ορό την 11η-13η εβδομάδα σε κύη-
σεις που επιπλέκονται με προεκλαμψία*
**Σ. Σηφάκης¹, Δ. Κάππου¹, R. Akolekar², Α. Ζαραβίνος³, Ν. Μαντάς²,
Κ. Nicolaidis²**
1. Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο,
2. Department of Fetal Medicine, King's College Hospital, London, UK
3. Εργαστήριο Κλινικής Ιολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο
- 17 *Συσχέτιση των επιπέδων της πλακουντιακής αυξητικής ορμόνης (PGH) στην
11η-13η εβδομάδα κύησης με την εκδήλωση προεκλαμψίας*
**Σ. Σηφάκης¹, R. Akolekar², Δ. Κάππου¹, Α. Ζαραβίνος³, Ν. Μαντάς²,
Ε. Παπαδοπούλου⁴, Κ. Nicolaidis²**
1. Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο
2. Department of Fetal Medicine, King's College Hospital, London, UK
3. Εργαστήριο Κλινικής Ιολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο,
4. Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο
- 18 *Η πλακουντιακή αυξητική ορμόνη (PGH) ως δείκτης τρισωμίας 21 και 18 στο
πρώτο τρίμηνο της κύησης*
**Σ. Σηφάκης¹, R. Akolekar², Α. Ζαραβίνος³, Δ. Κάππου¹, Ν. Μαντάς²,
Ε. Παπαδοπούλου⁴, Κ. Nicolaidis²**
1. Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο
2. Department of Fetal Medicine, King's College Hospital, London, UK
3. Εργαστήριο Κλινικής Ιολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο
4. Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο
- 19 *Ταχυκαρδία εμβρύου*
Χ. Καλλιντέρη, Γ. Καλαμπαλίκης, Α. Παπαδημητρίου
Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας-Πειραιώς «Άγιος Παντελεήμων»
- 20 *Σχέση ηλικίας και ανίχνευσης του Β-αιμολυτικού στρεπτόκκοκου-Β*
**Θ. Στέφος, Σ. Παπαθεοδώρου, Γ. Μίχος, Ν. Κουμπούνη, Ε. Στασινού, Κ.
Σκόπα, Ν. Καφίδας, Σ. Κάσση, Β. Ντούσιας**
Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Εμβρυομητρικής Ιατρικής

ΚΥΡΙΑΚΗ 16 ΜΑΪΟΥ 2010

ΑΙΘΟΥΣΑ Α

- 08.00-09.30** **Επείγουσα Μαιευτική**
Προεδρείο: **Γ. Γεωργαδάκης**
- 08.00-08.20 *Θρομβοεμβολικά επεισόδια*
Χ. Καραμπίνας
- 08.20-08.40 *Τρίτο στάδιο στον τοκετό και η διαχείρισή του*
Ο. Αρβανιτίδου, Αικ. Θεοδοσιάδου
- 08.40-09.00 *Αιμορραγίες 3ου τριμήνου*
Β. Παπαδόπουλος
- 09.00-09.20 **ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΕ VIDEO**
New approach in diabetics
A. Reese
- 09.20-09.30 **Ερωτήσεις**
- 09.30-10.00 Προεδρείο: **Γ. Φαρμακίδης**
Επίκτητες διαταραχές πήξης στη γυναίκα
Χ. Συριστατίδης
- 10.00-10.30** Προεδρείο: **Β. Ταρλατζής - Εμμ. Σαλαμαλέκης**
Imaging of fetal brain. 2D, 3D And MRI
V. D'Addario
- 10.30-11.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
- 11.00-12.00** **Ανοσοβιολογία και εγκυμοσύνη**
Προεδρείο: **Α. Παπαδημητρίου - Ι. Βαρβαρίγος**
- 11.00-11.20 *Ανοσοβιολογία της καθ'έξιν αποβολής*
Ε. Αθανασάκη
- 11.20-11.40 *Ο ρόλος του γυναικολόγου στις καθ'έξιν αποβολές. Προεμφυτευτική*
Α. Μακρυγιαννάκης
- 11.40-12.00 *Παθοφυσιολογία των καθ'έξιν αποβολών: θέσεις και αντιπαραθέσεις.*
Γ. Τζαφέττας
- 12.00 **Συμπεράσματα**
Γ. Φαρμακίδης - Εμμ. Σαλαμαλέκης

ΚΥΡΙΑΚΗ 16 ΜΑΪΟΥ 2010

ΑΙΘΟΥΣΑ Β

08.00-11.00 Προεδρείο: **Ι.Χατζής - Β. Παπαγιάννη**

08.00-09.00 **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ -ΣΥΝΕΔΡΙΑ 3**

«Μητρική νοσηρότητα στην κύηση - Περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα»

- 21 *Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά και περιγεννητική νοσηρότητα κύσεων με πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα*
Σ. Μασούρα, Ι. Καλογιαννίδης, Θ. Δαγκλής, Α. Τραϊανός, Α. Γκουτζιούλης, Ν. Πράπας, Θ. Αγοραστός
Δ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- 22 *Επιδημιολογική μελέτη πρόωρων τοκετών ≤ 28 εβδομάδων*
Σ. Μασούρα, Ι. Καλογιαννίδης, Σ. Πετούσης, Θ. Ξενίδης, Χ. Μαργιούλα-Σιάρκου, Α. Κούρτης, Ν. Πράπας, Θ. Αγοραστός
Δ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- 23 *Υπερκοιλιακή ταχυκαρδία επί της εδάφους κύησης*
Αικ. Μπακατσέλου¹, Κ. Τσόμπος²
1. Πανεπιστήμιο Πατρών
2. Μαιευτική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Μεσολογγίου
- 24 *Επιδημιολογικά δεδομένα καισαρικής τομής στο Γ.Ν Καλαμάτας κατά τα έτη 2003-2009*
Ε. Αλχαζίδου, Χ. Γεωργοπούλου, Ε. Παντατοσάκης, Γ. Πετράκος, Α. Μαντάς, Ε. Γκουσάρης, Ε. Φωτοπούλου, Α. Νταγκλή
Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας
- 25 *Επιδημιολογικά δεδομένα κοιλιακού τοκετού και καισαρικής τομής στο Γ.Ν Καλαμάτας κατά τα έτη 2003-2009*
Χ. Γεωργοπούλου, Ε. Αλχαζίδου, Ε. Παντατοσάκης, Γ. Πετράκος, Α. Μαντάς, Ε. Γκουσάρης, Ε. Φωτοπούλου, Α. Νταγκλή
Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας
- 26 *Πρόπτωση μιτροειδούς βαλβίδας και κύηση*
Γ. Μακρής, Α. Λυκάκης, Γ. Αλεξανδρής, Ο. Σέγκου, Δ. Κασσάνος, Ε. Σαλαμαλέκης
Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Εμβρυομητρικής Ιατρικής

- 27 *Κύηση σε γυναίκα με συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο και νεφρική προσβολή: παρουσίαση περιστατικού και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας*
Β. Σιούλας, Κ. Πατσούρας, Ν. Τουμπανάκης, Κ. Βουργέντη, Δ. Κασσάνος, Ε. Σαλαμαλέκης
Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»
- 28 *Υπερπαραθυρεοειδισμός και κύηση*
Γ. Σαλαμαλέκης, Σ. Μουρτζάκης, Χ. Σπυριδάκης, Α. Δρούγκα, Λ. Μπατάλιας, Χ. Χρέλιας
Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»
- 29 *Τοκετοί στην εφηβική ηλικία στο Γ.Ν Καλαμάτας*
Ε. Παντατοσάκης, Χ. Γεωργοπούλου, Ε. Αλχαζίδου, Γ. Πετράκος, Α. Μαντάς, Ε. Γκουσάρης, Ε. Φωτοπούλου, Α. Νταγκλή
Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας
- 30 *Σύγκριση επιδημιολογικών στοιχείων γεννήσεων μεταξύ των ετών 1999 και 2009 στο Γ.Ν Καλαμάτας*
Χ. Γεωργοπούλου, Ε. Παντατοσάκης, Ε. Αλχαζίδου, Γ. Πετράκος, Α. Μαντάς, Ε. Γκουσάρης, Ε. Φωτοπούλου, Α. Νταγκλή
Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας
- 31 *Πρώρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων: επίδραση στην περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα*
Ι. Θωμοπούλου, Α. Μαμόπουλος, Γ. Μαυροματίδης, Β. Παλαπέλας, Θ. Καλλία, Δ. Ρούσσοι, Β. Καραγιάννης
Γ' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ «Ιπποκράτειο»
- 09.00-10.30 **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ - ΣΥΝΕΔΡΙΑ 4**
«Εμβρυομητρική Ιατρική»
- 32 *Ο τοκετός στην εφηβική ηλικία στο ΓΝΔ Δράμας την τριετία 2007-2009*
Ι. Φελεσάκης, Κ. Ανδρέου, Δ. Μιχαηλίδου, Α. Σανοζίδης, Σ. Τσουκνίδας, Ζ. Τσουνίδου, Γ. Σοϊλεμετζίδης, Ε. Κορτεσίδης, Π. Καραμανίδου
Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας
- 33 *Η προεκλαμψία στο νομό Καστοριάς*
Κ. Γιαγλόγλου¹, Α. Σαββίδης¹, Ε. Σαββίδου¹, Μ. Πανταζή², Σ. Πατιάκας³
1. Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Καστοριάς
2. Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Καστοριάς
3. Αιματολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Καστοριάς



- 34 *Σύγκριση επιπλοκών κατά την κύηση μεταξύ πρωτοτόκων και πολυτόκων γυναικών ηλικίας ίσης ή μεγαλύτερης των 35 ετών*
Χ. Μαργιούλα-Σιάρκου, Ι. Καλογιαννίδης, Σ. Πετούσης, Σ. Μασούρα, Θ. Δαγκλής, Α. Κούρτης, Ν. Πράπας, Θ. Αγοραστός
Δ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- 35 *Χρήση του διαδικτύου από έγκυες γυναίκες στην Ελλάδα. Συχνότητα και αξιολόγηση θεμάτων συζήτησης*
Ε. Καλαθέρη¹, Β. Τζεβελέκης¹, Π. Αντωνίου², Ε. Σαράντη¹, Θ. Μίκος¹, Φ. Τζεβελέκης¹, Β. Ταρλατζής¹
1. Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
2. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
- 36 *Ο θηλασμός στα Γιαννιτσά, μια πόλη της κεντρικής Μακεδονίας: παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξή του*
Σ. Μαμελετζή, Χ. Μαυροματάκη, Α. Σιδέρη, Δ. Κιοσεδάκη, Β. Ουγγρίνου, Γ. Παναγιωτέλη, Θ. Μπόσκογλου, Δ. Τσόνογλου
Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Γιαννιτσών
- 37 *Ο ρόλος της μαίας στον μητρικό θηλασμό στη σύγχρονη Ελλάδα*
Ι. Καγκελάρη¹, Α. Σαρχιανάκη¹, Μ. Πόγκα²
1. Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Ανδρέας»
2. Νεογνολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Ανδρέας»
- 38 *Η συμβολή της παλμικής οξυμετρίας στην παρακολούθηση τοκετού*
Γ. Μπέτσας, Γ. Μαυροματίδης, Α. Μαμόπουλος, Ν. Πράπας, Κ. Στεργιόπουλος, Δ. Ρούσσο, Β. Καραγιάννης
Γ' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ «Ιπποκράτειο»
- 39 *Ψυχολογία (διαφοροποιήσεις και αντιδράσεις) των υπογόνιμων ζευγαριών στη μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής*
Ε. Αλεξίου, Χ. Συριστατίδης, Μ. Κρεατσά, Τ. Βράντζα, Δ. Κασσάνος
Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»
- 40 *Αποτυχία γονιμοποίησης σε μακρύ πρωτόκολλο κλασικής εξωσωματικής γονιμοποίησης: αιτιολογικοί παράγοντες, διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις*
Χ. Συριστατίδης, Ε. Αλεξίου, Τ. Βράντζα, Μ. Κρεατσά, Δ. Κασσάνος
Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»
- 41 *Ποιότητα και επιλογή εμβρύου πριν την εμβρυομεταφορά: είναι ο καθοριστικός παράγοντας επιτυχίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης;*
Χ. Συριστατίδης, Ε. Αλεξίου, Μ. Κρεατσά, Τ. Βράντζα, Δ. Κασσάνος
Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»

Εμβρυομητρικής Ιατρικής

- 42 *Πολλαπλές προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης: ηθικά και δεοντολογικά διλήμματα*
Χ. Συριστατίδης, Ε. Αλεξίου, Μ. Κρεατσά, Τ. Βράντζα, Δ. Κασσάνος
Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»
- 10.30-11.00 **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ - ΣΥΝΕΔΡΙΑ 5**
“Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού”
- 43 *Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού εμβρύου με σύνδρομο της αριστερής υποπλαστικής καρδιάς (Σ.Α.Υ.Κ.)*
Ι. Φελεσάκης, Δ. Μιχαηλίδου, Κ. Ανδρέου, Α. Σανοζίδης, Σ. Τσουκνίδας, Ζ. Τοσουνίδου, Γ. Σοϊλεμετζίδης, Ε. Κορτεσιδής, Π. Καραμανίδου
Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας
- 44 *Κύηση 14 εβδομάδων και συστηματικός ερυθματώδης λύκος. Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού στο Γ.Ν Καλαμάτας*
Ε. Παντατοσάκης, Α. Μαντάς, Γ. Πετράκος, Χ. Γεωργοπούλου, Ε. Αλχαζίδου, Ε. Γκουσάρης, Ε. Φωτοπούλου, Α. Νταγκλή
Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας
- 45 *Αδενοκυστική δυσπλασία πνεύμονα. Περιγραφή περιστατικού*
Χ. Ιαβάτσο, Δ. Χασιάκος, Ι. Αργεΐτης, Λ. Αραβαντινός, Δ. Μπότσης
Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο
- 46 *Εμβρυϊκές κύστεις των ωθηκών. Αναδρομική μελέτη*
Χ. Ιαβάτσο, Δ. Χασιάκος, Λ. Αραβαντινός, Δ. Μπότσης
Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο
- 47 *Μικροπενία. Περιγραφή περιστατικού*
Χ. Ιαβάτσο, Δ. Χασιάκος, Λ. Αραβαντινός, Δ. Μπότσης
Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο
- 48 *Μέτρηση των επιπέδων της ADMA (assymetrical dimethyl-arginine) σε φυσιολογικές κύσεις και σε κύσεις επιπλεκόμενες με προεκλαμψία*
Ε. Μπατάκης¹, Μ. Ρίζου¹, Α. Χαλιάσος², Μ. Ελευθεριάδης³, Δ. Χασιάκος¹, Δ. Μπότσης¹ και Δ. Ρίζος¹
1. Β Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο
2. Diamedica, Αθήνα
3. Embryo Care, Αθήνα

Κατάλογος Ομιλητών & Προέδρων

- Beksas S.** Professor of Obstetrics and Gynecology, Hacettepe University, Ankara, Turkey
- D' Addario V.** Chief of Fetal Medicine Unit Dept. Obstetrics And Gynecology, University of Bari, Italy
- Demir N.** Professor of Obstetrics and Gynecology, Kent Hospital, Izmir, Turkey
- Florentin L.** Διευθύντρια Alpha Lab, Κέντρο Μοριακής Βιολογίας και Κυτταρογενετικής
- Hamilton E.** Adjunct Professor, Department of obstetrics and Gynecology of McGill University, Senior VP, Clinical Research for PeriGen Company, Princeton, New Jersey, USA
- Quintero R.** Professor and Director, Division of Maternal - Fetal Medicine Department of Obstetrics and Gynecology, University of Miami Miller School of Medicine
- Reese A.** Professor and Dean, University of Maryland, School of Medicine
- Αθανασάκη Ε.** Καθηγήτρια Ανοσολογίας, Τμήμα Βιολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης
- Αρβαντιδίου Ο.** Μαία, Μέλος του συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης Μαιών
- Ασημακόπουλος Ε.** Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Α΄ Πανεπιστημιακή Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική
- Βαρβαρίος Ι.** Γυναικολόγος, Αναπληρωτής Διευθυντής ΣΤ΄ Μαιευτικής Κλινικής Μαιευτηρίου «Ελενα Βενιζέλου»
- Βιτωράτος Ν.** Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο
- Βλάχος Α.** Παιδοκαρδιολόγος, Λέκτορας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Τμήμα Υγείας παιδιού.
- Βραχνής Β.** Λέκτορας Μαιευτικής-Γυναικολογίας και Εμβρυομητρικής Ιατρικής, Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αρεταίειο»
- Γαλάζιος Γ.** Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
- Γεωργαδάκης Γ.** Διευθυντής Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο Βόλου
- Γκαράς Α.** Λέκτορας Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
- Δασκαλάκης Γ.** Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Α΄ Πανεπιστημιακή Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική
- Ελευθεριάδης Μ.** Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιστημονικός συνεργάτης Β΄ Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής
- Θεοδοσιάδου Αικ.** Μαία, Προϊσταμένη Β΄ Πανεπιστημιακής Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.
- Καραγιάννης Β.** Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ Διευθυντής Γ΄ Πανεπιστημιακής Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής
- Καραμπίνας Χ.** Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Μαιευτήριο «ΙΑΣΩ», Εκπαιδευτής Σεμιναρίου ALSO
- Καρπάθιος Σ.** Μαιευτήρας - Γυναικολόγος
- Κουδυλιός Α.** Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Επιμελητής Α΄ Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου»
- Κοραντζής Α.** Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Μαιευτήριο «ΙΑΣΩ»
- Κρεατσάς Γ.** Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Β΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Αντιπρύτανης ΕΚΠΑ
- Λαθουράς Κ.** Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Ειδικευόμενος, Β΄ Μαιευτική - Γυναικολογική κλινική Γ.Π.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ΄ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν».
- Λόγης Κ.**

Εμβρυομυϊκής ιατρικής

- Λυμπέρης Β.** Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
- Μακρυγιαννάκης Α.** Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Διευθυντής μονάδας Εξωσωματικής Γονιμοποίησης ΠΑΓΝΗ.
- Μάλφα Κ.** Μαία, Πρόεδρος Επιστημονικού Συλλόγου Μαιών Αθήνας
- Μαμόπουλος Απ.** Επίκουρος καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Γ' Πανεπιστημιακή Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική
- Μαμόπουλος Μ.** Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ
- Μπατάκης Χ.** Μαιευτήρας - χειρουργός Γυναικολόγος, εξειδ. στην Εμβρυομυϊκή Ιατρική
- Μπόνου Π.** Παιδοκαρδιολόγος, Επιμελήτρια Παιδοκαρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο Παίδων»Μητέρα»
- Μπότσης Δ.** Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Πανεπιστημιακή Μαιευτική Κλινική, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο.
- Πάγκαλος Κ.** Καθηγητής Ιατρικής Γενετικής Πανεπιστημίου Παρισίων
- Παπαγιάννη Β.** Μαιευτήρας - Γυναικολόγος.
- Παπαγόπουλος Π.** Λέκτορας Μαιευτικής - Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
- Παπαδημητρίου Α.** Διευθυντής Γυναικολογικού Τμήματος, Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας.
- Παπαδιάς Κ.** Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο
- Παπαδόπουλος Β.** Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Επιμελητής Α' Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών
- Ρούσσοσ Δ.** Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Γ' Πανεπιστημιακή Κλινική Μαιευτικής - Γυναικολογίας
- Σαλαμαλέκης Εμμ.** Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Γ' Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής, Π. Γ.Ν. «Αττικόν»
- Σηφάκης Σ.** Επιμελητής Β', Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης
- Στέφος Θ.** Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
- Συριστατίδης Χ.** Λέκτορας Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Π.Γ.Ν. «Αττικόν»
- Ταρλατζής Β.** Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας και Ανθρώπινης Αναπαραγωγής, Διευθυντής Α' Πανεπιστημιακής Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής, Αναπληρωτής Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ.
- Τζαφέττας Γ.** Καθηγητής Μαιευτικής & Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Β' Πανεπιστημιακή Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική.
- Τσάπανος Β.** Αναπληρωτής καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών
- Φαρμακίδης Γ.** Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Διευθυντής ΣΤ' Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Π Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου»
- Φρουδαράκης Γ.** Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Κρήτης Επιστημονικός υπεύθυνος Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινικής, «Ασκληπείο», Κρήτη
- Χαρίτου Α.** Παιδίατρος-Νεογνολόγος, Μαιευτήριο «Λητώ»
- Χατζής Ι.** Μαιευτήρας - Γυναικολόγος



Προφορικές Ανακοινώσεις



Εμβρυομητρικής ιατρικής

Επιπλοκές στην κύηση-έλεγχος-παρακολούθηση αυτών

01 | Έλεγχος για σακχαρώδη διαβήτη κύησης στο πρώτο τρίμηνο

Γ. Στρατουδάκης, Κ. Τζανάκης, Κ. Ζιούτος, Δ. Γκεντσιδής, Θ. Λαγαριάς, Μ. Καλλονιάτου, Μ. Καμπανιέρης, Γ. Δασκαλάκης

Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Γεν. Νομ. Νοσ. Χανίων «Άγιος Γεώργιος»

Σκοπός της εργασίας είναι η σύγκριση της έκβασης κυήσεων με έλεγχο καμπύλης σακχάρου στο πρώτο τρίμηνο σε σχέση με εκείνες που η διάγνωση έγινε μεταξύ 24ης και 28ης εβδομάδας κύησης.

Υλικό και μέθοδος: Την περίοδο μεταξύ Ιανουαρίου 2008 και Δεκεμβρίου 2009 οι έγκυες χωρίσθηκαν σε δύο ομάδες αναλόγως αν είχαν υποβληθεί σε καμπύλη σακχάρου στο πρώτο τρίμηνο της κύησης ή αργότερα. Μελετήθηκε η μητρική ηλικία, ο δείκτης μάζας σώματος, η πολυτοκία, οι προηγούμενοι τοκετοί, η ηλικία κύησης που έγινε η διάγνωση και τα αποτελέσματα των δοκιμασιών σακχάρου, ο τρόπος τοκετού, η ηλικία κύησης στον τοκετό, το βάρος νεογνού, η βαθμολογία Apgar, η προωρότητα του τοκετού, η παθολογία της κύησης και οι επιπλοκές στον τοκετό.

Αποτελέσματα: Συνολικά βρέθηκαν 114 έγκυες με σακχαρώδη διαβήτη κύησης, από τις οποίες 33 (ομάδα 1) στο πρώτο τρίμηνο και 81 (ομάδα 2) στο διάστημα μεταξύ 24ης και 28ης εβδομάδας κύησης. Περίπου 80% της ομάδας 2 ρυθμίστηκε με δίαιτα και το υπόλοιπο 20% χρειάστηκε φαρμακευτική αγωγή, ενώ στην πρώτη ομάδα 18 (54.5%) ασθενείς ρυθμίστηκαν με δίαιτα και 15 (45.5%) χρειάστηκαν φαρμακευτική αγωγή. Το ποσοστό εμφάνισης μακροσωμίας ήταν 27.2% στην ομάδα 1 και 9.8% στην ομάδα 2. Το ποσοστό καισαρικής τομής στην ομάδα 1 έφτασε στο 69,7%, ενώ στην ομάδα 2 ήταν 39,5%. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στην εμφάνιση πρόωρου τοκετού και προεκλαμψίας.

Συμπεράσματα: Οι επιπλοκές που σχετίζονται με τη μητρική και νεογνική έκβαση των κυήσεων ήταν σαφώς περισσότερες στην ομάδα με τη διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη κύησης στο πρώτο τρίμηνο, αν και είχαν περισσότερη προγεννητική φροντίδα.

02 | Αντιμετώπιση ρήξης θυλακίου σε τελειόμηνες κυήσεις

Γ. Στρατουδάκης, Κ. Τζανάκης, Κ. Ζιούτος, Δ. Γκεντσιδής, Θ. Λαγαριάς, Μ. Καλλονιάτου, Μ. Καμπανιέρης, Γ. Δασκαλάκης

Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Γεν. Νομ. Νοσ. Χανίων «Άγιος Γεώργιος»

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση των εγκύων και των νεογνών με αυτόματη ρήξη θυλακίου μετά τις 37 εβδομάδες κύησης που χρειάστηκαν να αντιμετωπισθούν με πρόκληση τοκετού.

Υλικά και μέθοδος: Όλες οι μονήρεις κυήσεις με τοκετό μετά τις 37 εβδομάδες της τελευταίας επταετίας εξετάσθηκαν και την ομάδα μελέτης αποτέλεσαν οι περιπτώσεις εγκύων



με αυτόματη ρήξη θυλακίου μετά τις 37 εβδομάδες κύησης που αντιμετώπισθηκαν με πρόκληση τοκετού, με αποκλεισμό φυσικά των περιπτώσεων χοριοαμνιονίτιδας, εμβρυϊκής δυσπραγίας ή άλλης σοβαρής παθολογίας της επιτόκου ή του εμβρύου. Μελετήθηκαν η μητρική ηλικία, το βάρος-ύψος-δείκτης μάζας σώματος της εγκύου, η ηλικία κύησης, το βάρος νεογνού, ο τρόπος τοκετού και οι επεμβατικοί μέθοδοι.

Αποτελέσματα: Συνολικά 427 γυναίκες (5.7%) αντιμετώπισθηκαν το παραπάνω διάστημα σε πρόκληση τοκετού λόγω αυτόματης ρήξης θυλακίου μετά τις 37 εβδομάδες κύησης χωρίς έναρξη τοκετού. Οι γυναίκες της ομάδας μελέτης ήταν μεγαλύτερες στην ηλικία (32.8 ± 5.1 vs 30.3 ± 5.2), στο βάρος (59.8 ± 10.1 vs 56.1 ± 9.8), πρωτοτόκες (331,77.5% vs 3963,56.1%), είχαν επεμβατικό τοκετό (107,25% vs 1321,18.7%), καισαρικές τομές (102,23.8% vs 1285,18.2%), ηλικία κύησης μικρότερη (38.1 ± 1.1 vs 39.3 ± 1.2) και περισσότερες εισαγωγές στη Μονάδα Νεογνών (20,4.7% vs 148,2.1%). Δεν βρέθηκε διαφορά στο βάρος γέννησης των νεογνών. Αντίθετα βρέθηκε ότι το βάρος των νεογνών αυξανόταν μετά τις 37 εβδομάδες κύησης, ενισχύοντας κυρίως την δημιουργία εμβρυοπυελική δυσαναλογία στις επίτοκες.

Συμπεράσματα: Η μελέτη μας δείχνει ότι το αυξημένο ποσοστό καισαρικών τομών στις έγκυες με αυτόματη ρήξη θυλακίου μετά τις 37 εβδομάδες κύησης που αντιμετώπισθηκαν με πρόκληση τοκετού οφείλεται στην υποκείμενη εμβρυοπυελική δυσαναλογία.

03 | *Λεμφοίδημα αιδοίου σε έδαφος βαρειάς προεκλαμψίας*

Σ. Μασούρα., Ι. Καλογιαννίδης, Θ. Θεοδωρίδης, Γ. Αποστόλοβα, Θ. Δαγκλής, Α. Κούρτης

Δ' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Α.Π.Θ

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού δίδυμης κύησης 32ης εβδομάδας σε γυναίκα 31 ετών με έντονο λεμφοίδημα αιδοίου, το οποίο συνόδευε σημεία σοβαρής προεκλαμψίας.

Παρουσίαση Περιστατικού: Γυναίκα 31 ετών προσήλθε σε ημέρα γενικής εφημερίας στη Δ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Α.Π.Θ. στην 32η εβδομάδα δίδυμης κύησης - βάσει ιστορικού - με γενικευμένο οίδημα άκρων, προσώπου και έντονο λεμφοίδημα αιδοίου, υπέρταση, λευκωματουρία και κλινικά και εργαστηριακά σημεία οξείας νεφρικής ανεπάρκειας. Λόγω της σοβαρής κατάστασης και της ραγδαίας επιδείνωσης αυτής αποφασίστηκε επείγουσα καισαρική τομή κατά την οποία εκμαιεύτηκαν δύο ζώντα νεογνά βάρους 700 και 900 γραμμαρίων, τα οποία μεταφέρθηκαν στην Α' Νεογνολογική ΜΕΝΝ του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου. Ακολούθησε, λόγω της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας, μεταφορά της μητέρας σε μονάδα εντατικής νοσηλείας. Το λεμφοίδημα του αιδοίου και τα γενικευμένα οίδημα υποχώρησαν εντός των 2 πρώτων μετεγχειρητικών ημερών.

Συμπέρασμα: Πλέον των οιδημάτων των άκρων και του προσώπου, σε ορισμένες περιπτώσεις σοβαρής προεκλαμψίας μπορεί να παρατηρηθεί και έντονο οίδημα στην περιοχή του αιδοίου, η πρόγνωση του οποίου είναι κατά κανόνα καλή.

Εμβρυομυϊκής ιατρικής

04 | Πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων πριν και μετά την 30η εβδομάδα κύησης: έκβαση τοκετού

Σ. Πετούσης Σταμάτιος, Ι. Καλογιαννίδης, Α. Κουκουλομάτη, Χ. Μαργιούλα-Σιάρκου, Α. Τραϊανός, Α. Γκουτζιούλης, Α. Κούρτης, Ν. Πράπας

Δ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός της εργασίας: Στην παρούσα μελέτη συγκρίθηκε η έκβαση τοκετού μεταξύ κυήσεων με πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων πριν (ομάδα Α) και μετά (ομάδα Β) την 30η εβδομάδα.

Υλικό και μέθοδος: Κατά τη διετία 2007-2008 μελετήθηκαν αναδρομικά 31 περιπτώσεις μονήρων κυήσεων με πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων. Αναλύθηκαν τα επιδημιολογικά τους χαρακτηριστικά, το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από τη ρήξη των υμένων έως τον τοκετό, ο τρόπος αποπεράτωσης του τοκετού, καθώς και η περιγεννητική νοσηρότητα μεταξύ των δύο ομάδων (Apgar score στο 1' και στο 5', Apgar score ≤ 4 στο 1' και ≤ 7 στο 5', άμεση διασωλήνωση, εισαγωγή στη MENN).

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία κύησης στην ομάδα Α (n=14) ήταν $26,6 \pm 1,8$ εβδομάδες, ενώ στην ομάδα Β (n=17) $32,7 \pm 1,4$ εβδομάδες. Το μέσο χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από τη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων έως και τον τοκετό ήταν $20,5 \pm 21,7$ ημέρες για την ομάδα Α και $12,1 \pm 9,8$ ημέρες για την ομάδα Β. Καισαρική τομή διενεργήθηκε σημαντικά συχνότερα στις κυήσεις με ρήξη των υμένων πριν την 30η εβδομάδα. Το μέσο Apgar score στο 1' και στο 5' διέφεραν στατιστικώς σημαντικά μεταξύ των δυο ομάδων (ομάδα Α, $5,1 \pm 2,8$ vs. ομάδα Β, $7,4 \pm 1,6$, $P = 0,02$ και ομάδα Α $6,8 \pm 2,7$ vs. ομάδα Β $8,7 \pm 1,1$, $P = 0,03$, αντίστοιχα). Σημαντικά υψηλότερη ήταν επίσης η εισαγωγή στη MENN των νεογνών της ομάδας Α σε σχέση με την ομάδα Β ($P = 0,002$).

Συμπεράσματα: Η έκβαση του τοκετού στις κυήσεις με πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων είναι σαφώς καλύτερη όταν η ρήξη επισυμβαίνει μετά την 30η εβδομάδα.

05 | Συσχέτιση συνδυασμένων πηξιολογικών παραμέτρων και γονιδίων και αυξημένος κίνδυνος θρόμβωσης

Ι. Κούτρας, Γ. Εμμανουήλ, Β. Γκούμας, Γ. Αναγνώστου

PREGENESIS Πρότυπο Κέντρο Προγεννητικής Διάγνωσης

Σκοπός της εργασίας: Μελέτη πιθανής συσχέτισης συνδυασμένων πηξιολογικών παραμέτρων θρόμβωσης με τα αντίστοιχα γονιδιακά τους σε γυναίκες με ιστορικό καθ' ἑξιν αποβολών καθώς και κατά πόσον μπορούν τα γονιδιακά ευρήματα να αποτελέσουν ένδειξη αυξημένου κινδύνου εμφάνισης θρόμβωσης.

Υλικό και Μέθοδος: Από δείγμα 90 γυναικών με καταγεγραμμένα προβλήματα θρόμβωσης κατά την διάρκεια της κύησης μετρήθηκαν οι τιμές ομοκυστεΐνης, πρωτεΐνης S, πρωτεΐνης C και APCR από τον πλάσμα του αίματος. Επιπλέον πραγματοποιήθηκε η γονοτύπηση των γυναικών αυτών για τους αντίστοιχα συσχετιζόμενους γενετικούς τόπους:

MTFHR (μεταλλαγές C677T και A1298C) Factor V (μεταλλαγή Leiden και HR2), Prothrombin (μεταλλαγή G20210A), PAI-1 και HPA1. Αποτελέσματα: Από το δείγμα των γυναικών που έχουν μελετηθεί μέχρι τώρα δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την συγκέντρωση της πρωτεΐνης C και των τιμών APCR στον ορό του αίματος ανάμεσα στους ετεροζυγώτες φορείς της μεταλλαγής Leiden και τους υπόλοιπους. Ανάλογα αποτελέσματα ισχύουν για την ομοκυστεΐνη και τις μεταλλαγές του MTFHR που δεν φέρονται να μεταβαλλονται παρουσία ετεροζυγωτίας ή ακόμα και σύνθετης ετεροζυγωτίας.

Συμπεράσματα: Μέχρι τώρα στην πορεία της παρούσας μελέτης έχουν εξεταστεί οι μεταλλαγές αυτές ξεχωριστά η κάθε μία και τα αποτελέσματα δεν επιδεικνύουν κάποια στατιστική διαφορά. Παρ' όλα αυτά εξετάζοντας τις παραπάνω μεταλλαγές σαν σύνολο είναι πολύ πιθανό τα αποτελέσματα να διαφοροποιηθούν σημαντικά καθώς οι μέχρι τώρα ενδείξεις υποστηρίζουν ότι η παρουσία σύνθετων ετεροζυγωτιών για το σύνολο των άνωθεν γενετικών τόπων δείχνουν να έχουν σημαντικά μεγαλύτερη επίδραση απ ό τι μία μεμονωμένη ομοζυγωτία. Σημαντικό στοιχείο της παρούσας μελέτης είναι ο συνεχής εμπλουτισμός της με νέα δείγματα δίνοντας μεγαλύτερη αξιοπιστία στην στατιστική αξιολόγηση της.

06 | *Μήκος τραχήλου μήτρας κατά την εξέλιξη της κύησης. Προκαταρκτικά αποτελέσματα*

Ι. Παπαστεφάνου, Α. Σούκα, Κ. Σαλαμπάσης, Β. Μιχαλίτση, Δ. Κασσάνος
Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Σκοπός: Η διερεύνηση της αλλαγής του μήκους του τραχήλου της μήτρας (MTM) κατά την πορεία της κύησης και η πιθανή αξία του MTM στο πρώτο τρίμηνο σαν screening test για την ανίχνευση γυναικών με υψηλό ρίσκο για πρόωρο τοκετό.

Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για μια εξελισσόμενη προοπτική μελέτη που μετράται το MTM στις 11-13+6 εβδ. στις 15-18 εβδ και στις 20-23 εβδ της κύησης και διεξάγεται στο τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής της Γ Μ/Γ Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο Αττικόν. Η κανονικότητα των κατανομών διερευνήθηκε με τ Kolmogorov-Smirnov test. Non parametric Kruskal-Wallis, Jonckheere-Terpstra και Friedman's ANOVA test's εφαρμόστηκαν. Post - hoc ανάλυση για το Friedman's ANOVA test με Wilcoxon Signed Ranks Test και Bonferroni correction χρησιμοποιήθηκε για τις επιμέρους συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων.

Αποτελέσματα: Το MTM μετρήθηκε σε 1406 γυναίκες στις 11-13+6 εβδ. (Median=32,0000) σε 872 γυναίκες στις 15-18 εβδ (Median= 31,0000) και σε 1039 γυναίκες στις 20-23 εβδ (Median=31,0000) της κύησης. Μη-φυσιολογική κατανομή διαπιστώθηκε (Kolmogorov-Smirnov $p < 0,001$). Η σύγκριση των τριών ομάδων σαν ανεξάρτητα δείγματα ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,001$) με μια τάση μείωσης του μήκους του τραχήλου κατά την εξέλιξη της κύησης (J-T Statistic= -9,858, $p < 0,001$). 803 γυναίκες είχαν και τις τρεις διαδοχικές μετρήσεις. Friedman's ANOVA για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,001$). Post - hoc ανάλυση έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών επιμέρους ομάδων ($p < 0,001$ Bonferroni correction).

Εμβρυομυϊκής ιατρικής

Συμπεράσματα: Το ΜΤΜ μειώνεται κατά την πορεία της κύησης και ενδεχομένως ο ρυθμός της μείωσής του να αποτελεί ανεξάρτητο δείκτη πρόωρου τοκετού. Αν και το ΜΤΜ στο πρώτο τρίμηνο διαφέρει στατιστικά σημαντικά από αυτό στις 15-18 εβδ και στις 20-23 εβδ της κύησης το μικρό μέτρο της διαφοράς το καθιστά έναν πιθανό υποσχόμενο δείκτη πρόωρου τοκετού. Είναι προφανή λοιπόν τα οφέλη, στα πλαίσια παρεμβάσεων ήδη από το πρώτο τρίμηνο, εάν αποδειχθεί ότι ΜΤΜ πρώτου τριμήνου αποτελεί αξιόπιστο δείκτη προωρότητας.

07 | *Ο επιπολασμός της πρόωρης και της πρώιμης πρόωρης ρήξης των εμβρυϊκών υμένων σε μια επαρχιακή πόλη της κεντρικής Μακεδονίας-παραγοντες που τους επηρεάζουν*

Σ. Μαμελετζή, Χρ. Μαυροματάκη, Α. Σιδέρη, Δ. Κιοσεδάκη, Β. Ουγγρίνου, Γ. Παναγιωτέλη, Θ. Μπόσκογλου, Δ. Τσόνογλου

Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν. Γιαννιτσών

Σκοπός: Να μελετηθεί ο επιπολασμός της πρόωρης και της πρώιμης πρόωρης ρήξης των εμβρυϊκών υμένων σε μια επαρχιακή πόλη της κεντρικής Μακεδονίας και η ύπαρξη συσχέτισης αυτών με τους παρακάτω παράγοντες: α) ηλικία της μητέρας, β) εθνικότητα, γ) τόκος, δ) βάρος του νεογνού, ε) φύλο και στ) ηλικία κύησης.

Υλικό & μέθοδοι: Μελετήθηκαν τα αρχεία της μαιευτικής-γυναικολογικής κλινικής του Γ.Ν. Γιαννιτσών, από 01-01-06 έως 31-12-09. Πραγματοποιήθηκαν 2578 τοκετοί από τους οποίους 1522(59%) ήταν φυσιολογικοί και οι 1049(41%) καισαρικές τομές. Με αυτόματη ρήξη εμβρυϊκών υμένων προσήλθαν 480 γυναίκες (18,6%) από τις οποίες πρόωρη χαρακτηρίστηκε η ρήξη σε 400(15,5%). Σε 219(8,5%) γυναίκες πραγματοποιήθηκε αυτόματη ρήξη κατά την εξέλιξη του τοκετού η οποία χαρακτηρίστηκε πρόωρη στις 119(4,6%). Από το σύνολο των γυναικών με ΠΥ 45(10%) έκανε ΚΤ ενώ το υπόλοιπο 90% γέννησε φυσιολογικά. 1929(75%) ήταν ελληνίδες και 643(25%) αλλοδαπές, 954(37%) ήταν πρωτοτόκες, 996(38%) δευτεροτόκες και 573(22%) πολυτόκες. Η μέση ηλικία ήταν τα 27,7 έτη με εύρος από 14 έως 48. Γεννήθηκαν 1266(49%) θήλεα τέκνα και 1308(51%) άρρενα με μέσο βάρος 3,315 gr από τα οποία το 3,5% (90) είχαν βάρος <2,500gr ενώ το 2%(44) ήταν πρόωρα (<37 weeks). Πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων με πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση προκειμένου να αξιολογηθεί η σχέση των ΠΥ ΚΑΙ ΠΠΥ με τους προαναφερθέντες παράγοντες.

Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός της ΠΥ φαίνεται να κυμαίνεται στο 16% του συνόλου των τοκετών ενώ ο επιπολασμός της ΠΠΥ κυμαίνεται στο 0,5% και αποτελεί το 3,3% των ΠΥ. Η εμφάνιση τους φαίνεται να σχετίζεται με το βάρος του νεογνού, τον τόκο και την ηλικία κύησης.

Συμπεράσματα: Η προωρότητα αποτελεί μια από της σημαντικότερες αιτίες νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Σε ένα επαρχιακό νοσοκομείο με έλλειψη εμβρυομυϊκής μονάδας η πρόληψη και η αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών είναι ιδιαίτερης σημασίας.



08 | *Ο επιπολασμός των αυτόματων εκτρώσεων στα Γιαννιτσά, σε μια πόλη της κεντρικής Μακεδονίας-κολπική αιμόρροια 1ου τριμήνου και έκβαση κύησης*

Σ. Μαμελετζή, Χρ. Μαυροματάκη, Α. Σιδέρη, Δ. Κιοσεδάκη, Β. Ουγγρίνου, Γ. Παναγιωτέλη, Θ. Μπόσκογλου, Δ. Τσόνογλου

Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν. Γιαννιτσών

Σκοπός: Να μελετηθεί ο επιπολασμός των αυτόματων εκτρώσεων σε μια επαρχιακή πόλη της κεντρικής Μακεδονίας, η συσχέτισή του με την ηλικία της γυναίκας και την εβδομάδα της κύησης καθώς και η κολπική αιμόρροια του 1ου τριμήνου με την έκβαση της κύησης.

Υλικό & μέθοδος: Μελετήθηκαν τα αρχεία της μαιευτικής-γυναικολογικής κλινικής του Γ.Ν. Γιαννιτσών, από 01-01-07 έως 31-12-09. Πραγματοποιήθηκαν 1843 τοκετοί ενώ έγινε εισαγωγή σε 240 απειλούμενες κυήσεις 1ου τριμήνου με κριτήριο εισαγωγής την κολπική αιμόρροια. Από αυτές οι 112(46,7%) κατέληξαν σε θεραπευτική απόξεση λόγω ατελούς εκβολής, συντελεσθείσας εκβολής ή παλίνδρομης κύησης. 54 κυήσεις (22,5%) ολοκληρώθηκαν ενώ για 74 κυήσεις(30%) δεν γνωρίζουμε την έκβασή τους. Το σύνολο αυτό των 128 απειλούμενων κυήσεων αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Η μέση ηλικία των γυναικών ήταν τα 29 έτη με εύρος από 14 έως 52. Η εβδομάδα της κύησης αναγραφόταν σε 203 εισαγωγές και το 50% των περιστατικών που κατέληξαν σε θεραπευτική απόξεση βρισκόταν μεταξύ των 7 και 9 εβδομάδων. Πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων με πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση προκειμένου να αξιολογηθεί η σχέση των αυτόματων εκτρώσεων με την ηλικία της μητέρας και την ηλικία κύησης.

Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός των αυτόματων εκτρώσεων υπολογίστηκε στο 6% ενώ το ποσοστό της εμφάνισης τους φαίνεται να σχετίζεται με την ηλικία της μητέρας με σχεδόν διπλάσια πιθανότητα εμφάνισης αυτόματης έκτρωσης σε γυναίκες μεγαλύτερες των 35 ετών. Κολπική αιμόρροια εμφάνισε το 13% των διαπιστωμένων κυήσεων κατά τη διάρκεια του 1ου τριμήνου και το 50% αυτών κατέληξε σε αυτόματη έκτρωση.

Συμπεράσματα: Η κολπική αιμόρροια αποτελεί τη συνηθέστερη επιπλοκή του 1ου τριμήνου και οι αυτόματες εκτρώσεις αποτελούν την αιτία για το 50% αυτής.

09 | *Επίπεδα της sE-Selectin και VE-Cadherin στον ορό γυναικών με προεκλαμψία, λευκωματουρία κύησης και υπέρταση κύησης, κατά την κύηση και λοχεία*

Κ. Παπακωνσταντίνου^{1,2}, Εμμ. Οικονόμου¹, Δ. Χασιάκος¹, Οδ. Γρηγορίου¹, Ν. Βιτωράτος¹

1. 2η Μ/Γ Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

2. Γυναικολογική Κλινική Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να μετρηθούν τα επίπεδα της sE-Selectin και VE-Cadherin στον ορό γυναικών με προεκλαμψία, λευκωματουρία κύησης

Εμβρυομυϊκής ιατρικής

και υπέρταση κύησης, κατά την κύηση και λοχεία.

Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη μας συμμετείχαν συνολικά 37 γυναίκες; 12 με προεκλαμψία (ΠΕ), 10 με υπέρταση κύησης, 5 με λευκωματουρία και 10 με φυσιολογική κύηση. Τα επίπεδα της sE-Selectin και VE-Cadherin μετρήθηκαν σε τρεις χρονικές περιόδους: πριν τον τοκετό, 3-6 μέρες μετά τον τοκετό και στην 12η-14η εβδομάδα της λοχείας.

Αποτελέσματα: Οι γυναίκες με βαριά προεκλαμψία και λευκωματουρία κύησης παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα sE-Selectin ($p < 0,05$) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου και στις τρεις χρονικές στιγμές της δειγματοληψίας. Στην ομάδα της υπέρτασης κύησης τα επίπεδα της sE-Selectin δεν διέφεραν στατιστικά από αυτά της ομάδας ελέγχου. Όσον αφορά τη διακύμανση των τιμών της sE-Selectin μέσα στο χρόνο, βρέθηκε ότι τα επίπεδα της παρέμειναν σταθερά σε όλες τις ομάδες με υπερτασική νόσο της κύησης ακόμα και τη 12η-14η εβδομάδα της λοχείας. Τέλος, τα επίπεδα της VE-Cadherin δεν παρουσίασαν καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες με υπερτασική νόσο της κύησης και στην ομάδα ελέγχου.

Συμπεράσματα: Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές αλλαγές στα επίπεδα της VE-Cadherin στις ομάδες με υπερτασική νόσο της κύησης. Αντιθέτως, τα αυξημένα επίπεδα της sE-Selectin κατά την κύηση και λοχεία σε γυναίκες με βαριά προεκλαμψία και λευκωματουρία κύησης, υποδηλώνουν ότι η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία αποτελεί κυρίαρχο παθογενετικό μηχανισμό στην εκδήλωση της προεκλαμψίας, αλλά και πιθανώς το γενεσιουργό μηχανισμό που συνδέει την προεκλαμψία με την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου στο μέλλον. Επίσης, η λευκωματουρία κύησης φαίνεται να αποτελεί μια υποκλινική μορφή προεκλαμψίας.

10 | *Περίδεση τραχήλου το 2ο τρίμηνο της κύησης. Επικίνδυνη ιατρική πράξη ή επιτυχής παρέμβαση παράτασης της κύησης;*

Κ. Λαθουράς, Ι. Στεργιούδας, Μ. Τζαφέττας, Γ. Πρατήλας, Ι. Μητσάκης, Χ. Γιαννούλης, Α. Λουφόπουλος, Ι. Τζαφέττας

Β' Μαιευτική - Γυναικολογική κλινική Γ.Π.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Η ανάδειξη της περιίδεσης τραχήλου, ως μία επιτυχή μέθοδο παράτασης της κύησης και βελτίωσης της περιγεννητικής θνησιμότητας, σε απειλούμενες κυήσεις 2ου τριμήνου.

Ασθενείς - Μέθοδος: Τα τελευταία 2 έτη, 8 γυναίκες προσήλθαν με συμπτώματα απειλούμενης αποβολής (πρώωρες ωδίνες - εξάλειψη και διαστολή του έσω τραχηλικού στομίου, χωρίς πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων) διανύοντας το 2ο τρίμηνο της κύησης (εύρος: 18η εβδομάδα - 24η εβδομάδα). 7 κυήσεις ήταν μονήρεις και 1 κύηση ήταν δίδυμος. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 33 έτη (εύρος ηλικίας : 26 - 43). Το μήκος τραχήλου ήταν από 5mm έως 24mm . Υπό γενική αναισθησία και σε θέση Trendelenburg υποβλήθηκαν σε περίδεση τραχήλου (τεχνική McDonald ή τεχνική Shirodkar). Νοσηλεύθηκαν στην εμβρυομυϊκή μονάδα της Β' Μ/Γ κλινικής, υπό αντιπηκτική, τοκολυτική και αντιβιοτική αγωγή. Στην 24η εβδομάδα της κύησης έγινε σχήμα ωρίμανσης με βηταμεθαζόνη.

Αποτελέσματα: Οι κήσεις παρατάθηκαν από 6 έως 14 εβδομάδες. 2 από αυτές ανάπτυξαν χοριοαμνιονίτιδα την 28η εβδομάδα και αποφασίσθηκε ο τερματισμός της κήσης. Στις υπόλοιπες γυναίκες έγινε πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων από την 30η έως την 34η εβδομάδα. Οι γυναίκες γέννησαν πρόωρα από την 28η εβδομάδα έως την 34η εβδομάδα της κήσης με καλό περιγεννητικό αποτέλεσμα.

Συμπεράσματα: Η περίδεση τραχήλου, αποτελεί μία τολμηρή και ίσως επικίνδυνη ιατρική παρέμβαση σε προχωρημένες κήσεις. Φαίνεται ότι αποτελεί επιτυχή μέθοδο παράτασης της κήσης και βελτίωσης του περιγεννητικού αποτελέσματος όταν εκτελείται από έμπειρο χειρουργό.

11 | Έκβαση κήσεων που εμφάνιζαν συμπτώματα επαπειλούμενης έκτρωσης στο 1ο τρίμηνο

Θ. Στέφος, Ν. Καφίδας, Κ. Κατσούλα, Χ. Παπαδόπουλου, Σ. Παπαθεοδώρου, Π.Ρασιωτη, Β.Ντούσιας

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Παν/μιου Ιωαννίνων

Σκοπός: Η διερεύνηση της τελικής έκβασης κήσεων που στο 1ο τρίμηνο εμφάνισαν εικόνα επαπειλούμενης έκτρωσης.

Υλικό: Μελετήθηκαν προοπτικά 48 έγκυες που εμφάνισαν συμπτώματα επαπειλούμενης έκτρωσης στο 1ο τρίμηνο.

Αποτελέσματα: Εξ' αυτών οι 8 (16,7%) απέβαλαν στο 1ο τρίμηνο. Από τις υπόλοιπες 40, οι 20 (50%) έτεκαν πρόωρα μεταξύ 32-36 εβδ. κήσης. Οι άλλες 20 (50%) έτεκαν τελειόμηνα νεογνά. Εκ των 40 εγκύων οι 10 (25%) εμφάνιζαν α) προδρομικό πλακούντα οι 5(12,5%), και β) άλλες 5 (12,5%) χαμηλή πρόσφυση πλακούντα. Σε 8 (20%) έγινε πρόωρη ρήξη θυλακίου. Από το σύνολο των 40 εγκύων, έτεκαν με καισαρική τομή 26(65%) και με κοιλιακό φυσιολογικό τοκετό 14(35%).

Συμπέρασμα: Στο υλικό που μελετήθηκε φαίνεται ότι ήταν αυξημένο το τελικό ποσοστό Καισαρικών τομών, πρόωρης ρήξης θυλακίου και προδρομικού πλακούντα σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά που εμφανίζονται σε κήσεις χωρίς εικόνα επαπειλούμενης έκτρωσης.

Εμβρυομητρικής Ιατρικής

Προγεννητικός έλεγχος-εργαστηριακή έρευνα στην κύηση

12 | Προγεννητική διαχείριση υδροθώρακα εμβρύου

Χ. Μπατάκης, Γ. Φαρμακίδης

Μονάδα προγεννητικού έλεγχου και εμβρυομητρικής ιατρικής Χανίων ΕΛΕΥΘΩ Ο.Ε., Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής Νοσοκομείου «Ελενας Βενιζέλου»

Σκοπός της εργασίας μας αυτής είναι να δείξουμε την δυνατότητα διαχείρισης εμβρικού υδροθώρακα.

Σαν ορισμός υδροθώρακας είναι η παρουσία υγρού στη θωρακική κοιλότητα αμφοτερόπλευρα ή μόνο από την μία πλευρά. Η ποσότητα του υγρού μπορεί να είναι από μία απλή λεπτή συλλογή γύρο από τον ένα πνεύμονα έως μια αυξημένη ποσότητα δίνοντας μια μαύρη εικόνα μέσα στην οποία οι δυο πνεύμονες κολυμπάνε συνοδευόμενοι από τους παλμούς της καρδιάς. Η καρδιά και το μεσοθωράκιο είναι πολύ καλά ορατά στο υγρό περιβάλλον.

Όπως και στις άλλες συλλογές, περικαρδιακή συλλογή, ασκίτης, έτσι και στον υδροθώρακα συχνά είναι δυνατόν να συνοδεύονται από ύδροπα ανά σάρκα.

Το υδράμνιο είναι συχνό.

Μελετήσαμε ένα περιστατικό που προσήλθε την 22η εβδ. κύησης σ' εμας προκειμένου να υποβληθεί σε υπερηχογραφικό έλεγχο Β' Επιπέδου. Κατά τον έλεγχο αυτό διαπιστώθηκε η παρουσία υδροθώρακα κατά το αριστερό ημιθωράκιο.

Η συνέχεια του ελέγχου δεν ανέδειξε άλλες δυσμορφίες στο εμβρύου και η βιομετρία καθώς και το βιοφυσικό του προφίλ του ήταν στα φυσιολογικά όρια. Ο δείκτης του Α.Υ ήταν πάνω από την 95η εκατοστιαία θέση και ο πλακούντας ήταν σε πρόσθια θέση υψηλός και φυσιολογικών διαστάσεων. Το DOPPLER των ομφαλικών και των μητριάων αγγείων ήταν φυσιολογικό. Έγινε ενημέρωση των γονέων για το εύρημα και την γενικότερη κατάσταση του εμβρύου και αποφάσισαν την συνέχιση της κύησης. Μετά την απόφασή τους αυτή πραγματοποιήσαμε αμνιοπαρακέντηση για τον έλεγχο καρυότυπου εμβρυικών κυττάρων ο οποίος ήταν φυσιολογικός άρρενος εμβρύου και μετά από αυτό η κύηση συνεχίστηκε.

Σε όλη την πορεία της κύησης το υγρό στην θωρακική κοιλότητα αρχικά παρέμεινε σταθερό και στην συνέχεια από την 30η εβδ. άρχισε να μειώνεται όπου τελικά την 32η εβδ. το υγρό έφυγε τελείως, ο δείκτης Α.Υ μειώθηκε στην 50η εκατοστιαία θέση, και η κύηση εξελίχθηκε ομαλά έως την 36η εβδ. όπου και υπεβλήθη η έγκυος σε καισαρική τομή λόγω έναρξης τοκετού και ανεμπέδοτου εμβρύου.

Το νεογνό γεννήθηκε με Arcar scor 10 και η εξέλιξη του έως σήμερα είναι φυσιολογική.. Η παρουσία υδροθώρακα του εμβρύου στο ένα ημιθωράκιο χωρίς ύδροπα ανά σάρκα αποτελεί μία κατάσταση που οφείλουμε να την διαχειριστούμε με ηρεμία. Διαπιστώνοντας αρχικά την ζωτικότητα του εμβρύου (καρδιακό ρυθμό, εμβρυικές κινήσεις, Doppler ομφαλικών αγγείων και εγκεφαλικών), αποκλείοντας άλλες συγγενείς ανωμαλίες (καρδιοπάθειες, παρουσία κύστεων στους πνεύμονες, διαφραγματοκοίλη, όγκο μεσο-



θωρακίου, αρτηριοφλεβόδης επικοινωνίες κ.α), και εξασφαλίζοντας ότι ο καρυότυπος του εμβρύου είναι φυσιολογικός με την λήψη αμνιακού υγρού, πραγματοποιούμε μια συχνή υπερηχογραφική παρακολούθηση από την οποία είναι δυνατόν να διαπιστώσουμε την αυτόματη υποχώρηση του (όπως στην περίπτωση μας) ή την εξέλιξη του σε γενικευμένο υδροθώρακα και ύδροπα ανά σάρκα.

Είναι εμφανές από τα παραπάνω ότι η υπερηχογραφία προσφέρει μία άμεση και ήρεμη λύση για την σωστή διαχείριση του εμβρυϊκού υδροθώρακα, εύκολα προσεγγίσιμη με δυνατότητα διαγνωστικής αξιολόγησης και αξιόπιστης πρόγνωσης του προβλήματος χωρίς κατά' ανάγκη να προχωράμε σε διακοπή εγκυμοσύνης.

13 | *Μέση ευρεία σχιστία υπερώα*

Μ. Μακρινάκη Μαρία, Κ. Τσόμπος Κωνσταντίνος

ΤΕΙ Μαιευτικής, Πτολεμαΐδα

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση μιας συγγενούς ανωμαλίας που διεγνώσθη άμεσα κατά την πρώτη παιδιατρική εκτίμηση νεογνού μετά την έξοδο από την μήτρα καθώς και η αξιολόγηση της εν γένει κλινικής σημασίας της.

Υλικό και μέθοδος αποτέλεσε μια δευτεροτόκος με προηγηθείσα καισαρική τομή 22 χρόνων, η οποία προσερχόταν σε πλημμελή βάση στα εξωτερικά τακτικά μαιευτικά ιατρεία `δευτεροβάθμιου νοσοκομείου. Σημειωτέον ότι ο έλεγχος της κύησης (αιματολογικός, βιοχημικός, ανοσολογικός και μικροβιολογικός) απέβη αρνητικός. Μόνο τα IgG και IgM για *Toxoplasma gondii* βρέθηκαν αυξημένα και μάλιστα τα δεύτερα σε φθίνων τίτλο μέχρι που εισήλθαν εντός του φυσιολογικού εύρους. Ο φθίνων τίτλος επιβεβαιώθηκε και με το *avin test*. Απεικονιστικός έλεγχος (U/S β! επιπέδου για την ακρίβεια) παραλείφθηκε. Όταν η επίτοκος κατέστη τελειόμηνη, εκτελέστηκε καισαρική τομή και γεννήθηκε άρρεν ζων νεογνό νορμοβαρές.

Αποτελέσματα της πρώτης παιδιατρικής εκτίμησης ήταν η παρουσία μιας μέσης εκτεταμένης και ευρείας σχιστίας στην σκληρά και μαλακή υπερώα. Η πρώτη αυτή επισκόπηση και αντικειμενική εξέταση δεν μπόρεσε να καταδείξει κάποια άλλη ανωμαλία. Το νεογνό διεκομίσθη σε τριτοβάθμιο νεογνοπαιδιατρικό κέντρο. Οι πρώτες εργαστηριακές εξετάσεις και ο καρυότυπος απέβησαν αρνητικές. Εν αναμονή και των λοιπών εργαστηριακών εξετάσεων, προγραμματίστηκε μακροπρόθεσμα κάποια επανορθωτική χειρουργική επέμβαση.

Συμπεράσματα της εργασίας αυτής ήταν ότι η συγγενής αυτή ανωμαλία του νεογνού το οποίο προήλθε από αλλοδαπούς γονείς διαφορετικών φυλών, κατά πάσα πιθανότητα θα είχε διαγνωστεί προγεννητικά με U/S β! επιπέδου. Ερώτημα παραμένει κατά πόσον ήταν μεμονωμένη μέχρι την ολοκλήρωση του διαγνωστικού έργου από το παιδιατρικό νοσοκομείο και κατά πόσον μπορεί να οφείλεται στην αποδραμούσα λοίμωξη με *Toxoplasma gondii*.

Εμβρυομυϊκής ιατρικής

14 | Συγκριτική ανάλυση δειγμάτων αμνιακού υγρού και χοριακών λαχνών με τις τεχνικές *fish*, *24-colour multiplex-fish*, *q-pcr* και *array-cgh*.

Κ. Χατζημελετιού¹, Benkhalifa Moncef², Ballard Terry³, Β. Ταρλατζής¹, A. Handyside Alan⁴, Nicolaides Kypros⁵

1. Μονάδα Ανθρώπινης Αναπαραγωγής, Α' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Θεσσαλονίκη

2. ATL R&D. Reproductive Biology & Genetics Laboratory Levett Lisa, TDL

3. TDL

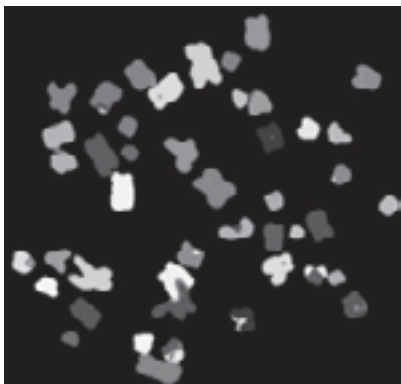
4. The London Bridge Fertility, Gynaecology and Genetics Centre

5. Harris Birthright Centre for Fetal Medicine, King's College

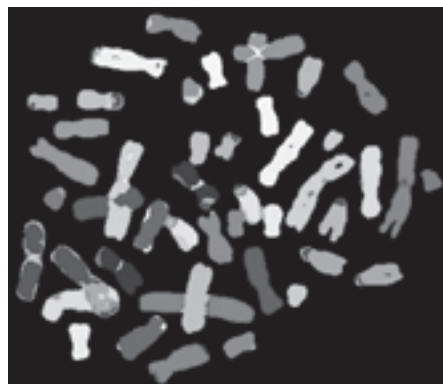
Σκοπός της εργασίας: Έγκυες γυναίκες με ανώμαλους υπερηχογραφικούς ή/και βιοχημικούς δείκτες υποβάλλονται σε προγεννητικό έλεγχο με βιοψία τροφοβλάστης ή αμνιοπαράκεντηση, προκειμένου να διαπιστωθεί αν το έμβρυο πάσχει από κάποια χρωμοσωμική ανωμαλία. Ο στόχος της παρούσας μελέτης είναι η συγκριτική ανάλυση δειγμάτων προγεννητικού ελέγχου με διαφορετικές μοριακές κυτταρογενετικές τεχνικές, με σκοπό την διερεύνηση των προτερημάτων και μειονεκτημάτων της κάθε τεχνικής.

Υλικό και Μέθοδος: 16 δείγματα (10 αμνιακού υγρού (A) και 6 χοριακών λαχνών (CVS)) αναλύθηκαν με τις τεχνικές FISH, Q-PCR, και 24-colour Multiplex-FISH, και 5 δείγματα CVS αναλύθηκαν με τις τεχνικές FISH, Q-PCR και array-CGH. Όλα τα δείγματα υποβλήθηκαν επιπρόσθετα σε κλασικό καρυότυπο.

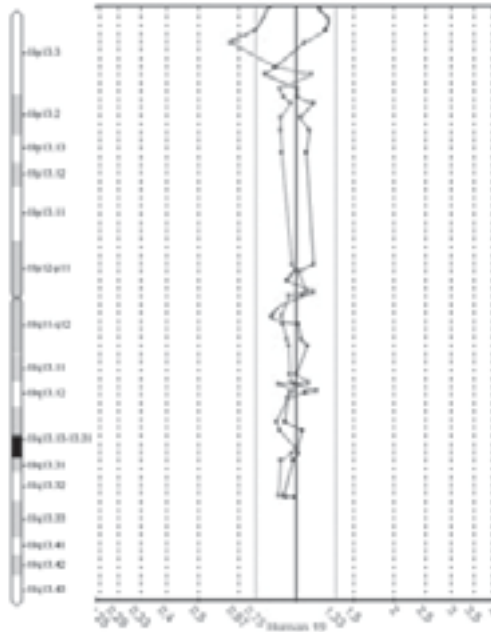
Αποτελέσματα: Οι τεχνικές FISH, και Q-PCR διέγνωσαν επιτυχώς όλα τα φυσιολοφικά και ανευπλοειδή δείγματα, αλλά ήταν αδύνατον να διαγνώσουν την ισοζυγισμένη μετάθεση 46,XYt(12;17)(q13;q21) στο δείγμα A5 και την προσθήκη στο χρωμόσωμα 18 (add(18)p11.2) στο δείγμα A7. Η 24-colour FISH διέγνωσε όλες αυτές τις ανωμαλίες και επιπρόσθετα, υπέδειξε ότι η προσθήκη στο χρωμόσωμα 18 ήταν από DNA του χρωμοσώματος 3 (Εικόνες 1 και 2). Η Array-CGH επίσης διέγνωσε επιτυχώς όλα τα ανευπλοειδή δείγματα και επιπρόσθετα αναγνώρισε σε ένα δείγμα CVS με Τρισωμία στο χρωμόσωμα 18 μερικό διπλασιασμό του 19p (Εικόνα 3).



εικόνα 1



εικόνα 2



εικόνα 3

Συμπεράσματα: Η array CGH υπερτερεί των τεχνικών Q-PCR και FISH, καθώς μπορεί να διαγνώσει σε μη καλλιεργημένα δείγματα πέρα των ανευπλοειδιών και μικροελλείψεις, προσθήκες και ανισόζυγους καρυότυπους. Η Multiplex-FISH συμπληρώνει τη διάγνωση του κλασικού καρυότυπου, όμως είναι μία ακριβή τεχνική και απαιτεί καλλιέργεια των δειγμάτων. Παράγοντες όπως το κόστος, ο χρόνος και η περιπλοκότητα στην ανάλυση θα υποδείξουν αν οι μέθοδοι αυτοί θα ενσωματωθούν στην κλινική πράξη ρουτίνας στο μέλλον.

15 | Μη επεμβατικές μέθοδοι προγεννητικού ελέγχου ανευπλοειδιών στο 1ο τρίμηνο- καινούρια δεδομένα

Σ. Μαμελετζή, Α. Φιδάνη

Τμήμα Βιολογίας και Γενετικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Να γίνει ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ως προς τη μη επεμβατική διάγνωση των ανευπλοειδιών στο 1ο τρίμηνο και να καταγραφούν τα καινούρια δεδομένα.

Υλικό και μέθοδοι: έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στο pubmed χρησιμοποιώντας λέξεις-κλειδιά όπως: non-invasive prenatal diagnosis, non-invasive prenatal diagnosis of DS, non-invasive prenatal diagnosis maternal blood.

Αποτελέσματα: Μέχρι σήμερα, οι σαφείς διαγνωστικές μέθοδοι προγεννητικού ελέγχου ανευπλοειδιών, αφορούν την επεμβατική δειγματοληψία εμβρυικών στοιχείων κυρίως μέσω της λήψης χοριακών λαχνών και της αμνιοπαρακέντησης οι οποίες εμφανίζουν υψηλή ακρίβεια ωστόσο ενέχουν έναν μικρό κίνδυνο αποβολής.

Εμβρυομητρικής Ιατρικής

Η ανάγκη για μη επεμβατικό προγεννητικό έλεγχο, οδήγησε στην ανάπτυξη και εφαρμογή υπερηχογραφικών στοιχείων σε συνδυασμό με βιοχημικούς δείκτες από το αίμα της μητέρας (Papp-A test, A-test ή τριπλό και το τελευταία εφαρμοσμένο τετραπλό test) τα οποία στοχεύουν σε επιφαινόμενα των ανευπλοειδιών (αυχενική διαφάνεια, αυχενική πτυχή, ριλικό οστό κ.α. για την τρισωμία 21), και όχι στην απευθείας ανίχνευση της χρωμοσωμικής παθολογίας. Έχουν χαμηλότερη διαγνωστική ακρίβεια ενώ βασικό μειονέκτημά τους αποτελεί το ότι επηρεάζονται από την ηλικία της κύησης (narrow gestational window).

Οι μη επεμβατικές μέθοδοι (Non-invasive prenatal diagnosis-NIPD) έχουν επικεντρωθεί στην απομόνωση και ανάλυση στη μητρική κυκλοφορία α) των εμβρυικών κυττάρων, β) των ελεύθερων νουκλεϊκών οξέων (DNA και RNA), με την εφαρμογή των τελευταίων στην απλούστερη και αποτελεσματικότερη μέθοδο διάγνωσης των πατρικά κληρονομούμενων εμβρυικών γονιδίων και γ) των πρωτεϊνών (proteomics) και των μεταγραφικών προϊόντων (transcriptomics) στο πλάσμα της μητέρας.

Συμπεράσματα: Οι μεταγονιδιωματικές τεχνικές, (πρωτεωμική και τρανσκριπτομική) προσφέρουν καινούριες δυνατότητες στο να αναγνωρίσουμε εμβρυικής προέλευσης γονίδια και τα πρωτεϊνικά τους προϊόντα. Αυτά θα μπορούσαν να είναι διαγνωστικοί δείκτες-κλειδιά μιας ασθένειας ή ακόμη και να αντικαταστήσουν τους σύγχρονους δείκτες πρόβλεψης κινδύνου νεογνών με σύνδρομο Down.

16 | *Ελαττωμένα επίπεδα του IGF-I στο μητρικό ορό την 11η-13η εβδομάδα σε κυήσεις που επιπλέκονται με προεκλαμψία*

Σταύρος Σηφάκης¹, Δήμητρα Κάππου¹, Ranjit Akolekar², Απόστολος Ζαραβίνος³, Νικήτας Μαντάς², Kypros H. Nicolaidis²

1. Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν/μίου Κρήτης, Ηράκλειο

2. Department of Fetal Medicine, King's College Hospital, London, UK.

3. Εργαστήριο Κλινικής Ιολογίας Παν/μίου Κρήτης, Ηράκλειο

Σκοπός: Ο αυξητικός παράγοντας IGF-I (Insulin-like Growth Factor-1) προάγει την ανάπτυξη & πολλαπλασιασμό των κυττάρων, συμμετέχει στους μηχανισμούς ρύθμισης της εμβρυικής ανάπτυξης και συμβάλλει στη φυσιολογική διείσδυση της τροφοβλάστης και την ανάπτυξη του πλακούντα. Σκοπός της μελέτης είναι η μέτρηση των επιπέδων του IGF-I στο μητρικό ορό την 11η-13η εβδομάδα, σε κυήσεις οι οποίες στη συνέχεια εκδήλωσαν προεκλαμψία καθώς και η διερεύνηση της συσχέτισης με το δείκτη παλμικότητας (pulsatility index, PI) των μητριάων αρτηριών.

Υλικό & Μέθοδος: οι συγκεντρώσεις του IGF-I στο μητρικό ορό και οι μετρήσεις του PI των μητριάων αρτηριών πραγματοποιήθηκαν σε 53 κυήσεις οι οποίες μεταγενέστερα επεπλάκησαν με προεκλαμψία, και στις οποίες συμπεριλαμβανόταν 18 κυήσεις με πρώιμη προεκλαμψία (τοκετός πριν την 34η εβδομάδα). Ομάδα ελέγχου αποτέλεσαν 106 φυσιολογικές κυήσεις. Οι μετρήσεις μετατράπηκαν σε πολλαπλάσια των αναμενόμενων μέσων τιμών της ομάδας ελέγχου (MoM). Η συσχέτιση των επιπέδων του IGF-I και του PI των μητριάων αρτηριών έγινε με regression analysis.

Αποτελέσματα: συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, η μέση συγκέντρωση του IGF-I ήταν ελαττωμένη στην ομάδα των κυήσεων που εκδήλωσαν πρώιμη και όψιμη προεκλαμψία (0.53 και 0.55 MoM, αντίστοιχα) ενώ το PI των μητριάων αρτηριών ήταν αυξημένο (1.55 και 1.21 αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των τιμών του IGF-I και του PI των μητριάων αρτηριών ($p=0.632$) στο σύνολο των κυήσεων που επεπλάκησαν με προεκλαμψία

Συμπεράσματα: σε κυήσεις που θα εκδηλώσουν προεκλαμψία τα επίπεδα του IGF-I είναι ελαττωμένα στη μητρική κυκλοφορία στην 11η-13η εβδομάδα της κύησης. Η απουσία συσχέτισης με τους δείκτες μειωμένης αιματικής ροής υποδηλώνει ότι η συμμετοχή του IGF-I στους υποκείμενους αιτιοπαθογενετικούς μηχανισμούς της προεκλαμψίας δε σχετίζεται με την παθολογική πλακουντοποίηση στη διάρκεια του 1ου τριμήνου.

17 | *Συσχέτιση των επιπέδων της πλακουντιακής αυξητικής ορμόνης (PGH) στην 11η-13η εβδομάδα κύησης με την εκδήλωση προεκλαμψίας.*

Σταύρος Σηφάκης¹, Ranjit Akolekar², Δήμητρα Κάππου¹, Απόστολος Ζαραβίνος³, Νικήτας Μαντάς², Ελευθερία Παπαδοπούλου⁴, Kypros H. Nicolaidis²

1. Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν/μίου Κρήτης, Ηράκλειο
2. Department of Fetal Medicine, King's College Hospital, London, UK.
3. Εργαστήριο Κλινικής Ιολογίας Παν/μίου Κρήτης, Ηράκλειο
4. Παιδιατρική Κλινική Παν/μίου Κρήτης, Ηράκλειο

Σκοπός: η Πλακουντιακή Αυξητική Ορμόνη (PGH) αντικαθιστά προοδευτικά την Αυξητική Ορμόνη στη διάρκεια της κύησης. Η PGH συμβάλλει στην προσαρμογή του μητρικού μεταβολισμού στην κατάσταση της εγκυμοσύνης μέσω της ρύθμισης των επιπέδων του IGF-I και συμμετέχει στην ανάπτυξη του πλακούντα. Σκοπός της μελέτης είναι α) η μέτρηση των επιπέδων της PGH στο μητρικό ορό την 11η-13η εβδομάδα σε κυήσεις που μεταγενέστερα εκδήλωσαν προεκλαμψία και β) η συσχέτισή τους με τον δείκτη παλμικότητας (pulsatility index, PI) των μητριάων αρτηριών και τα επίπεδα της PAPP-A (Pregnancy-Associated Plasma Protein).

Υλικό & Μέθοδος: μετρήθηκαν τα επίπεδα της PGH στον ορό την 11-13η εβδομάδα κύησης σε 60 έγκυες που επεπλάκησαν με προεκλαμψία και σε 120 έγκυες που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Οι μετρήσεις μετατράπηκαν σε πολλαπλάσια των αναμενόμενων μέσων τιμών της ομάδας ελέγχου (MoM). Η συσχέτιση των επιπέδων της PGH, της PAPP-A και του PI έγινε με regression analysis.

Αποτελέσματα: δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα της PGH μεταξύ των κυήσεων που εκδήλωσαν προεκλαμψία και των φυσιολογικών κυήσεων (0.92MoM vs. 1.00MoM) σε αντίθεση με το PI που βρέθηκε αυξημένο (1.31MoM vs. 1.01MoM) και τη συγκέντρωση της PAPP-A που ήταν μειωμένη (0.76MoM vs. 1.01MoM). Στην ομάδα των κυήσεων που εκδήλωσαν προεκλαμψία δεν παρατηρήθηκε σημαντική

Εμβρυομητρικής ιατρικής

συσχέτιση των συγκεντρώσεων της PGH με τη διάρκεια κύησης, το PI των μητριάων αρτηριών και τα επίπεδα της PAPP-A στο μητρικό ορό.

Συμπεράσματα: Την 11η-13η εβδομάδα της κύησης οι συγκεντρώσεις της PGH σε γυναίκες που στη συνέχεια εμφάνισαν προεκλαμψία δε διαφέρουν από τις φυσιολογικές κύσεις και δεν υπάρχει συσχέτιση με τους δείκτες της παθολογικής πλακουντοποίησης. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν τη μη συμμετοχή της PGH στην αιτιοπαθογένεια της νόσου - παρά τις μεταβολές των επιπέδων της στο 2ο και 3ο τρίμηνο σε κύσεις με προεκλαμψία.

18 | Η πλακουντιακή αυξητική ορμόνη (PGH) ως δείκτης τρισωμίας 21 και 18 στο πρώτο τρίμηνο της κύησης

Σταύρος Σηφάκης¹, Ranjit Akolekar², Απόστολος Ζαραβίνος³, Δήμητρα Κάπου¹, Νικήτας Μαντάς², Ελευθερία Παπαδοπούλου⁴, Κυργος Η. Nicolaidis²

1. Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν/μίου Κρήτης, Ηράκλειο

2. Department of Fetal Medicine, King's College Hospital, London, UK.

3. Εργαστήριο Κλινικής Ιολογίας Παν/μίου Κρήτης, Ηράκλειο

4. Παιδιατρική Κλινική Παν/μίου Κρήτης, Ηράκλειο

Σκοπός: η Πλακουντιακή Αυξητική Ορμόνη (PGH) ρυθμίζει το μητρικό μεταβολισμό στην εγκυμοσύνη μέσω του IGF-I και συμμετέχει έμμεσα στην εμβρυική ανάπτυξη και τη λειτουργία του πλακούντα. Σκοπός της μελέτης είναι η μέτρηση των επιπέδων της PGH στη μητρική κυκλοφορία κατά την 11η-13η εβδομάδα σε κύσεις με τρισωμία 21 και τρισωμία 18 και η μελέτη της πιθανής συσχέτισης με την αυχενική διαφάνεια και τις συγκεντρώσεις της β-χοριακής γοναδοτροπίνης (β-HCG) και της PAPP-A (pregnancy associated plasma protein-A).

Υλικό & Μέθοδος: Η PGH μετρήθηκε στο μητρικό ορό σε 28 κύσεις με τρισωμία 21 και τρισωμία 18 καθώς και σε 112 ευπλοειδικές κύσεις. Οι μετρήσεις μετατράπηκαν σε πολλαπλάσια των αναμενόμενων μέσων τιμών της ομάδας ελέγχου (MoM). Ακολούθησε σύγκριση των τιμών που προέκυψαν στις κύσεις με ανευπλοειδικά έμβρυα και στις κύσεις φυσιολογικών εμβρύων.

Αποτελέσματα: η συγκέντρωση της PGH ήταν σημαντικά ελαττωμένη στις κύσεις με τρισωμία 21 (0.93 MoM) και στις κύσεις με τρισωμία 18 (0.62 MoM) συγκριτικά με τις ευπλοειδικές κύσεις (1.02 MoM). Επιπλέον, παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των τιμών της PGH και των τιμών της PAPP-A στις ευπλοειδικές κύσεις ($r=0.258$, $p=0.006$) και στις κύσεις με τρισωμία 21 ($r=0.41$, $p=0.03$) αλλά όχι στις κύσεις με τρισωμία 18 ($p=0.445$).

Συμπέρασμα: Η PGH είναι μειωμένη στις κύσεις με τρισωμία 21 και τρισωμία 18 στο 1ο τρίμηνο. Τα ευρήματα αυτά είναι σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες που παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα της PGH στη μητρική κυκλοφορία σε κύσεις με τρισωμία 21 & 18 στη διάρκεια του 2ου τριμήνου. Οι διαφορές αυτές πιθανά οφείλονται σε μετα-μεταγραφικές αλλαγές ή σε μεταβολές της λειτουργίας του ανευπλοειδικού πλακούντα.

19 | Ταχυκαρδία εμβρύου

Καλλιντέρη Χριστίνα, Καλαμαπαλικής Γεώργιος, Παπαδημητρίου Απόστολος

Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιώς «Άγιος Παντελεήμων» Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική

Η εμβρυϊκή ταχυκαρδία είναι μια κατάσταση που συμβαίνει περίπου σε 0,4-0,6% όλων των κύσεων.

Η επιλογή ειδικών φαρμακευτικών παραγόντων και οι πιθανότητες επιτυχίας της θεραπείας αξιολογούνται από τον τύπο της ταχυκαρδίας.

Επομένως, ο καθορισμός του τύπου της ταχυκαρδίας είναι υψίστης σημασίας. Η πλέον διαδεδομένη μέθοδος διάγνωσης της εμβρυϊκής ταχυκαρδίας είναι η υπερηχοκαρδιογραφία M-mode, η οποία παρέχει μια χρονοεξαρτώμενη καταγραφή της λειτουργίας διαφόρων καρδιακών δομών.

Νέες τεχνικές καταγραφής των ηλεκτροφυσιολογικών γεγονότων βρίσκονται σε εξέλιξη, όπως η εμβρυϊκή ηλεκτροκαρδιογραφία.

Παρουσιάζουμε τους κυριότερους τύπους εμβρυϊκής ταχυκαρδίας, περιγράφουμε παραδείγματα από M-mode υπερηχογραφία και εμβρυϊκή ηλεκτροκαρδιογραφία και παραθέτουμε τις σημαντικότερες αρχές της θεραπευτικής παρέμβασης.

20 | Σχέση ηλικίας κύησης και ανίχνευσης του β-αιμολυτικού στρεπτόκοκκου-B

Θ. Στέφος, Σ. Παπαθεοδώρου, Γ. Μίχος, Μ. Κουμπουνη, Ε. Στασινού, Κ. Σκόπα, Ν. Καφίδας, Σ. Κάσση, Β. Ντούσιας

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Σκοπός: Η σχέση αναγνώρισης θετικής καλλιέργειας κολπικού υγρού για τον β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο ομάδας -B ανάλογα με την ηλικία κύησης

Υλικό: Σε 64 έγκυες έγινε έλεγχος με κ/α κολπικού υγρού για ανεύρεση στρεπτόκοκκου ομάδας -B σε δυο διαφορετικές περιόδους ηλικίας κύησης, δηλαδή α) μεταξύ 28-34 εβδ. κύησης και β) μεταξύ 35-37 εβδ. κύησης

Αποτελέσματα: Σε 10 έγκυες (15,6%) η κ/α ήταν θετική στην ηλικία κύησης μεταξύ 28-34 εβδ. Σε 16 (25%) έγκυες στην ηλικία 35-37 εβδ η κ/α ήταν θετική. Ειδικότερα επιβεβαιώθηκε η κ/α στις 10 που ήταν θετικές σε προγενέστερη ηλικία κύησης αλλά προέκυψαν και άλλες 6 κύσεις που στην ηλικία κύησης 28-34 εβδ. η κ/α δεν ανίχνευσε το στρεπτόκοκκο.

Συμπέρασμα: Φαίνεται ότι είναι προτιμότερο να γίνεται η κ/α κολπικού υγρού στην ηλικία κύησης μεταξύ 35-37 εβδ. και όχι νωρίτερα στην κύηση για να αναγνωρίζονται οι περισσότερες κύσεις με θετική κ/α για τον β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο-B.

Εμβρυομητρικής ιατρικής

Μητρική νοσηρότητα-περιγεννητική νοσηρότητα & θνησιμότητα

21 | *Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά και περιγεννητική νοσηρότητα κυήσεων με πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα*

Μασούρα Σ, Καλογιαννίδης Ι., Δαγκλής Θ, Τραϊανός Α., Γκουτζιούλης Α., Πράπας Ν., Αγοραστός Θ.

Δ' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζονται τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των κυήσεων με πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, καθώς και η περιγεννητική νοσηρότητα.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά τη χρονική περίοδο 2004-2008 τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των κυήσεων που εμφάνισαν πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα. Επιπλέον εκτιμήθηκαν οι προδιαθεσικοί παράγοντες και η περιγεννητική νοσηρότητα.

Αποτελέσματα: Από σύνολο 5834 μονήρων κυήσεων, 55 (0,94%) εμφάνισαν πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα. Η μέση μητρική ηλικία ήταν $29,5 \pm 6$ έτη [< 20 έτη (1,8%), 20-35έτη (78,2%), > 35 έτη (20%)]. Η μέση ηλικία κύησης κατά τον τοκετό ήταν $34,1 \pm 4,2$ εβδομάδες. Τριάντα-επτά γυναίκες γέννησαν πρόωρα (< 37 εβδομάδες). Το ποσοστό της καισαρικής τομής ήταν 92,7%, οι οποίες στο σύνολο τους ήταν επείγουσες, κυρίως λόγω εμβρυικής δυσπραγίας. Ως προδιαθεσικοί παράγοντες της πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα αναγνωρίστηκαν η υπερτασική νόσος της κύησης (5,4%, $n=3$), ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης (3,6%, $n=2$), η μητρική ηλικία (> 35 έτη) (20%, $n=11$), το κάπνισμα (27%, $n=15$), προηγηθείσα καισαρική τομή (14,5%, $n=8$), ενώ στο ποσοστό 29,4% δεν ανευρέθηκε εμφανής αιτία. Εμβρυική δυσπραγία παρουσίασε το 87% των εμβρύων. Δέκα-εννέα νεογνά (34,5%) γεννήθηκαν με βάρος γέννησης < 2500 γρ (LBW) και έξη (11%) με βάρος γέννησης < 1500 γρ (VLBW). Έξη νεογνά (11%) χρειάστηκαν άμεση διασωλήνωση, ενώ 28 νεογνά (51%) μεταφέρθηκε στη ΜΕΝΝ. Είκοσι-επτά από τα 37 (72,9%) πρόωρα νεογνά μεταφέρθηκαν στην ΜΕΝΝ. Σημειώθηκαν έξη εμβρυικοί θάνατοι (11%), όλα στην ομάδα των πρόωρων τοκετών. Από το σύνολο των τελειόμηνων νεογνών ($n=18$), τρία (16,6%) χρειάστηκαν άμεση διασωλήνωση και μεταφορά στη ΜΕΝΝ.

Συμπέρασμα: Η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα αποτελεί επιπλοκή της κύησης που επισυμβαίνει κυρίως στο δεύτερο ήμισυ της. Οδηγεί σε αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα, κυρίως λόγω της προωρότητας που επιπλέκεται με αυτήν.

22 | *Επιδημιολογική μελέτη πρόωρων τοκετών ≤ 28 εβδομάδων*

Μασούρα Σ, Καλογιαννίδης Ι., Πετούσης Σ., Ξενίδης Θ., Μαργιούλα-Σιάρκου Χ., Κούρτης Α., Πράπας Ν., Αγοραστός Θ.

Δ' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Παρουσιάζονται τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των πρόωρων τοκετών μονήρων κυήσεων ≤ 28 εβδομάδων και των επιπλοκών που οδήγησαν σε προωρότητα.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά κατά την χρονική περίοδο 2004-2008 τα δημογραφικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά 90 κυήσεων που οδηγήθηκαν σε πρόωρο τοκετό από την 24η έως και την 28η εβδομάδα της κύησης. Μελετήθηκαν η μέση μητρική ηλικία, η εβδομάδα κύησης κατά τον τοκετό, ο τόκος, οι επιπλοκές που οδήγησαν σε πρόωρο τοκετό, ο τρόπος αποπεράτωσης τοκετού και το άμεσο περιγεννητικό αποτέλεσμα.

Αποτελέσματα: Από σύνολο 5834 τοκετών την περίοδο της μελέτης 90 πραγματοποιήθηκαν μεταξύ της 24ης και της 28ης εβδομάδας (1.5%). Η μέση ηλικία των γυναικών που γέννησαν πρόωρα ήταν 31.2 ± 5.8 έτη, ενώ η μέση εβδομάδα κύησης κατά τον τοκετό ήταν 26.4 ± 1.3 . Το 68% των γυναικών ήταν ημεδαπές, ενώ στο 32% αλλοδαπές. Στο 51% ήταν πρωτοτόκες και στο 49% πολυτόκες. Είκοσι-εννέα (32%) γυναίκες γέννησαν φυσιολογικά ενώ 61(68%) με καισαρική τομή (προεκλαμψία 7,3%, ανώμαλη προβολή 14,7%, χοριοαμνιονίτιδα 7,3%, εμβρυϊκή δυσπραγία 9,3%, πρόωρη αποκόλληση πλακούντα 7,3%, πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων (ΠΡΕΥ) 5,5% και λοιπές ενδείξεις 16,6%). Οι κυριότερες παθολογικές καταστάσεις που οδήγησαν σε πρόωρο τοκετό ήταν: προεκλαμψία 3.3%, ΠΡΕΥ 11.1%, χοριοαμνιονίτιδα 4.4%, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα 6.7%, εμβρυϊκή δυσπραγία 21,1%, ελάττωση της ενδομήτριας ανάπτυξης (IUGR) 1,1% και ιδιοπαθής πρόωρος τοκετός 52.3%. Το ποσοστό ενδομήτριου θανάτου ήταν 26.7% (μέσο βάρος γέννησης 852 γρ.). Το σύνολο των ζώντων νεογνών (μέσο βάρος γέννησης 923γρ.), μεταφέρθηκε στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών (MENN). Το Apgar score στο 1 λεπτό ήταν ≤ 4 στο 63.3% των νεογνών και στο 5 λεπτό ≤ 7 στο 67.8%. Άμεση διασωλήνωση χρειάστηκαν 22 νεογνά (22.4%).

Συμπέρασμα: Η υψηλή περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα νεογνών που γεννήθηκαν ≤ 28 ης εβδομάδας, επιβάλει τη συστηματική μελέτη και καταγραφή των επιπλοκών κατά την κύηση που οδηγούν σε πρόωρο τοκετό και την δημιουργία πρωτοκόλλων για την σωστή παρακολούθηση και αντιμετώπισή τους.

23 | Υπερκοιλιακή ταχυκαρδία επί εδάφους κύησης

Μπακατσέλου Αικ.¹, Τσόμπος Κ.²

1. Πανεπιστήμιο Πατρών
2. Μαιευτική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Μεσολογγίου

Σκοπός της εργασίας είναι ο καθορισμός της ειδικής καρδιολογικής αγωγής εγκύου γυναίκας από το 2ο τρίμηνο κύησης που εμφάνισε παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία.

Υλικό και μέθοδος αποτέλεσε μια πρωτοτόκος 22 χρονών η οποία προσερχόταν σε τακτή βάση στα εξωτερικά τακτικά μαιευτικά ιατρεία του νοσοκομείου μας. Σε μια από τις επισκέψεις του πρώιμου β' τριμήνου, η έγκυος παραπονέθηκε για επαναλαμβανόμενα επεισόδια επιγαστραλγίας από ημερών. Σημειωτέον ότι ο μέχρι τότε έλεγχος της κύησης (αιματολογικός, βιοχημικός, ανοσολογικός, μικροβιολογικός, και απεικονιστικός) απέβη αρνητικός. Επί επιμονής της συμπτωματολογίας και μετά από αποκλεισμό της γαστρικής

Εμβρυομυϊκής ιατρικής

προέλευσης του άλγους από τα ΤΕΠ, η γυναίκα κατέφυγε για καρδιολογική εκτίμηση.

Αποτελέσματα της εκτίμησης αυτής ήταν ότι η γυναίκα υπεβλήθη από τον καρδιολόγο της σε 24ωρη καταγραφή του καρδιακού ρυθμού με Holter, το οποίο κατέδειξε συνεχή υπερκοιλιακή ταχυκαρδία. Παράλληλα μεθοδεύτηκε έλεγχος της λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένος ο οποίος παρουσίασε υποθυρεοειδική κατάσταση. Μετά από αυτά η γυναίκα παραπέμφθηκε σε τριτοβάθμιο μαιευτικό κέντρο.

Συμπεράσματα της εργασίας αυτής ήταν ότι η γυναίκα υπεβλήθη σε αγωγή με διγίξινη σε δοσολογία 0,25 mg / 24h, βεραπαμίλη σε δοσολογία 240 mg / 24h σε τρεις 8ωρες δόσεις και νατριούχο λεβοθυροξίνη σε δοσολογία 37,5 μg / 24h για το υπόλοιπο της εγκυμοσύνης της με στενό καρδιολογικό follow up και τακτό θυρεοειδικό έλεγχο σε μηνιαία βάση.

24 | *Επιδημιολογικά δεδομένα καισαρικής τομής στο Γ. Ν. Καλαμάτας κατά τα έτη 2003-2009*

Αλχαζίδου Ε., Γεωργοπούλου Χ., Παντατοσάκης Ε., Πετράκος Γ., Μαντάς Α., Γκουσάρης Ε., Φωτοπούλου Ε., Νταγκλή Α.

Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Γ. Ν. Καλαμάτας

Σκοπός: είναι να γίνει μελέτη της συχνότητας και των αιτιών της καισαρικής τομής στο Γ. Ν. Καλαμάτας κατά την διάρκεια των ετών 2003-2009.

Υλικό και μέθοδος: αποτέλεσε το υλικό που συλλέχθηκε από τα βιβλία αιθούσης τοκετών και από τους φακέλους νοσηλείας των ασθενών. Σύνολο επιτόκων που γέννησαν με καισαρική την 7ετία ήταν 1811. Μελετήθηκε το ποσοστό των καισαρικών τομών και τα επιμέρους ποσοστά της επείγουσας και προγραμματισμένης καισαρικής τομής.

Αποτελέσματα: παρατίθεται παρακάτω αναλυτικά ο πίνακας με τα αποτελέσματα.

ΑΙΤΙΑ Κ. Τ.	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Προηγηθείσα Κ. Τ.	110	105	73	80	96	104	113
Αλλοίωση παλμών	35	34	34	24	28	42	32
Ισχιακή προβολή	29	25	12	20	21	13	18
Εμβρυοσυελική δυσαναλογία	27	51	45	63	46	45	70
Δίδυμος κύηση	15	10	4	7	7	7	1
Παρήληξ πρωτοτόκου	4	3	3	1	8	3	4
Πρωτοπαθούς αδράνειας μήτρας	9	5	10	15	21	18	22
Οφθαλμολογικά προβλήματα	3	4	1	5	7	3	2
Αποκόλληση πλακούντα	10	6	6	3	5	3	3
Επιθυμία στειροποίησης	4	3	1	2	7	7	11
Άλλα αίτια	20	21	19	21	17	23	22

Συμπεράσματα: παρατηρείται ότι κυριότερη αιτία καισαρικής τομής είναι η προηγηθείσα καισαρική τομή. Ακολουθεί η εμβρυοπυελική δυσαναλογία, η αλλοίωση παλμών και η ισχιακή προβολή.

25 | *Επιδημιολογικά δεδομένα κολπικού τοκετού και καισαρικής τομής στο Γ. Ν. Καλαμάτας κατά τα έτη 2003-2009*

Γεωργοπούλου Χ., Αλχαζίδου Ε., Παντατοσάκης Ε., Πετράκος Γ., Μαντάς Α., Γκουσάρης Ε., Φωτοπούλου Ε., Νταγκλή Α.

Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Γ. Ν. Καλαμάτας

Σκοπός εργασίας: παρουσιάζονται τα επιδημιολογικά στοιχεία των κολπικών τοκετών και των καισαρικών τομών που πραγματοποιήθηκαν στο Γ. Ν. Καλαμάτας κατά τα έτη 2003 - 2009.

Υλικό και μέθοδος: υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 4319 επίτοκες οι οποίες γέννησαν στο νοσοκομείο μας. Μελετήθηκαν τα βιβλία αιθούσης τοκετών και οι φάκελοι νοσηλείας αυτών.

Αποτελέσματα: από το σύνολο των 4319 επιτόκων, οι 2508 (58%) γέννησαν με κολπικό τοκετό και οι 1811 (42%) με καισαρική τομή.

Αναλυτικότερα, τα επιδημιολογικά στοιχεία ανά έτος είναι:

Έτος	Κολπικός τοκετός	Καισαρική τομή	Σύνολο
2003	458	283	741
2004	446	296	742
2005	338	200	538
2006	326	250	576
2007	316	252	568
2008	331	260	591
2009	293	270	563

Σε ότι αφορά τα αίτια καισαρικής τομής στις πρωτοτόκες συχνότερες ήταν η εμβρυοπυελική δυσαναλογία, η αλλοίωση παλμών και η ισχιακή προβολή. Στις πολυτόκες ήταν η προηγηθείσα καισαρική τομή, η εμβρυοπυελική δυσαναλογία και η μη πρόοδος του τοκετού.

Συμπέρασμα: από την μελέτη των στοιχείων παρατηρούμε μία μείωση του αριθμού των γεννήσεων. Επίσης παρατηρείται αύξηση της συχνότητας της καισαρικής τομής, λόγω του μεγάλου αριθμού οικονομικών μεταναστών στους οποίους η παρακολούθηση στην εγκυμοσύνη συχνά είναι από ελλιπής έως ανύπαρκτη.

Εμβρυομητρικής Ιατρικής

26 | Πρόπτωση μιτροειδούς βαλβίδας και κύηση

Γ. Μακρής, Α. Λυκάκης, Γ. Αλεξανδρής, Ο. Σέγκου, Δ. Κασσάνος, Ε. Σαλαμαλέκης
Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Συνηθέστατα η κύηση αποτελεί το έναυσμα για τη διαπίστωση της ύπαρξης οιασδήποτε μορφής καρδιοπάθειας. Η πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας (ΠΜΒ), αποτελεί τη συχνότερη αιτία μιτροειδικής ανεπάρκειας (ΜΑ) στην κύηση. Η ΠΜΒ είναι, συνήθως, καλά ανεκτή κατά τη διάρκεια της κύησης, ιδίως σε ασθενείς με μικρού έως μέτριου βαθμού ΠΜΒ, ΚΛΟΑ >50% , με ή χωρίς την παρουσία ήπιας συμπτωματολογίας (ΝΥΗΑ class I or II). Η φυσιολογική πτώση της μέσης τιμής της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) κατά την κύηση βελτιώνει την καρδιακή παροχή, εκτός και αν υπάρχει σημαντικού βαθμού ανεπάρκεια. Επιπρόσθετα, η πτώση της συστηματικής ΑΠ και η αύξηση του ενδαγγειακού όγκου πιθανώς να βελτιώνει τη λειτουργία της προσπίπτουσας βαλβίδας. Η προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής, συνήθως, δεν ενδείκνυται ως ρουτίνα στην ΠΜΒ στο φυσιολογικό τοκετό και την καισαρική τομή.

Αντίθετα, σε ασθενείς με συμπτωματολογία ΝΥΗΑ class III ή IV και ΚΛΟΑ <40% ή σημαντικού βαθμού πνευμονική υπέρταση υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για τη μητέρα και το έμβρυο. Ιδανικά, οι ασθενείς αυτής της κατηγορίας θα έπρεπε να υποβληθούν στην επέμβαση προ της κύησης.

Στην Κλινική μας αντιμετωπίσαμε πέντε εγκύους με μικρού βαθμού ΠΜΒ, διαγνωσθείσας πριν την κύηση. Όλες περατώθηκαν στις τελευταίες εβδομάδες, ενώ οι γυναίκες έλαβαν χημειοπροφύλαξη για την πρόληψη της βακτηριδιακής ενδοκαρδίτιδας.

Η πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας παρατηρείται συχνά στο γενικό πληθυσμό των νεαρών γυναικών, χωρίς να δημιουργεί σοβαρά προβλήματα. Στις περιπτώσεις που υπάρχει απλή πρόπτωση της μιτροειδούς, η εξέλιξη της εγκυμοσύνης είναι φυσιολογική και ο τοκετός μπορεί να διεκπεραιωθεί κολπικά χωρίς επιπλοκές. Πρέπει να υπάρχει συχνός έλεγχος της αρτηριακής πίεσης, κυρίως στην όρθια θέση, και του καρδιακού ρυθμού της εγκύου μετά κόπωση.

27 | Κύηση σε γυναίκα με συστηματικό ερυθματώδη λύκο και νεφρική προσβολή: παρουσίαση περιστατικού και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Β. Σιούλας, Κ. Πατσούρας, Ν. Τουμπανάκης, Κ. Βουργέντη, Δ. Κασσάνος, Ε. Σαλαμαλέκης
Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Η ιστολογικά επιβεβαιωμένη νεφρίτιδα του ΣΕΛ συναντάται σε 7.1/100000 γυναίκες, αν και ο επιπολασμός της νόσου διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τη εθνικότητά τους. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση της έκβασης της κύησης σε γυναίκα πάσχουσα από ΣΕΛ με νεφρική προσβολή και η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

Γυναίκα (G1P0), 26 ετών, με ΣΕΛ και σπειραματονεφρίτιδα τύπου III, προσήλθε στην Κλι-



νική μας στην 7η εβδομάδα της κύησης για έλεγχο και περαιτέρω παρακολούθηση. Οι τιμές της κρεατινίνης ορού και του λευκώματος ούρων ήταν 2.7 mg/dl και 574 mg/24ωρο, αντίστοιχα. Η αγωγή της στηρίχτηκε στη λήψη μεθυλπρεδνιζολόνης, αζαθειοπρίνης, μεθυλντόπας για τη ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης και ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους σε προφυλακτική δόση. Στην 31η εβδομάδα της κύησης αποφασίστηκε ο τερματισμός της με καισαρική τομή, λόγω ΑΠ >160/110 mmHg, μη ανταποκρινόμενης στην προσθήκη νιφεδιπίνης, επιβάρυνσης της λευκωματουρίας (2700 mg/24ωρο) και IUGR. Υπό επισκληρίδιο αναλγησία, γεννήθηκε άρρεν νεογνό με σωματικό βάρος 1205 g και Apgar score 8/1', 9/5'. Κατά την παραμονή του στη MENN, το νεογνό παρουσίασε επεισόδια άπνοιας, λευκοπενία, σηψαιμία και νεκρωτική εντεροκολίτιδα. Εξήλθε τη 43η ημέρα με σωματικό βάρος 2050 g. Η πορεία της λοχείας ήταν ανεπίπλεκτη.

Η κύηση σε γυναίκες με νεφρίτιδα του ΣΕΛ συσχετίζεται με αυξημένο ποσοστό αποβολών, ενδομήτριου εμβρυϊκού θανάτου, πρόωρου τοκετού, προεκλαμψίας, IUGR και υποτροπών της νόσου. Ανάμεσα στους προγνωστικούς παράγοντες για την εμφάνιση εμβρυϊκών επιπλοκών συγκαταλέγονται η αρτηριακή υπέρταση, η λευκωματουρία, τα αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα και τα χαμηλά επίπεδα συμπληρώματος. Αντίθετα, η λήψη χαμηλών δόσεων ακετυλοσαλικυλικού οξέος από τη μητέρα δρα προστατευτικά. Η ύφεση της νεφρικής νόσου κατά τη σύλληψη συνδέεται με μειωμένη πιθανότητα επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας στη διάρκεια της κύησης.

28 | Υπερπαραθυρεοειδισμός και κύηση

Γ. Σαλαμαλέκης, Σ. Μουρτζάκης, Χ. Σπυριδάκης, Α. Δρούγκα, Λ. Μπατάλιας, Χ. Χρέλιας

Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Η συχνότητα εκδήλωσης του υπερπαραθυρεοειδισμού στην κύηση είναι 8:100.000 και οφείλεται στην παρουσία ενός μονήρους παραθυρεοειδικού αδενώματος ή στην υπερπλασία των παραθυρεοειδικών αδένων. Κύριο εργαστηριακό εύρημα της νόσου είναι η αύξηση των επιπέδων της παραθορμόνης και η υπερασβεστιαμία της μητέρας που οδηγεί σε υπερασβεστιαμία και καταστολή των παραθυρεοειδικών αδένων του εμβρύου. Ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός, είναι το συχνότερο αίτιο υπερασβεστιαμίας στην κύηση.

Ο υπερπαραθυρεοειδισμός συνοδεύεται από υψηλό ποσοστό περιγεννητικής νοσηρότητας (80%) και θνησιμότητας (25-30%). Το ήμισυ του ποσοστού αυτού οφείλεται σε αυτόματες αποβολές (9%) και ενδομήτριους θανάτους (7%). Το ποσοστό προωρότητας και γέννησης λιποβαρών νεογνών είναι υψηλό και φθάνει το 20%. Το 15-20% των νεογνών εκδηλώνει τετανία που οφείλεται στην καταστολή των παραθυρεοειδικών αδένων του εμβρύου από την υπέρχουσα υπερασβεστιαμία.

Η κύηση επιδρά ευνοϊκά στη νόσο, αφού μειώνει δραστικά την υπερασβεστιαμία. Στη διάρκεια της, η μητέρα μπορεί να εμφανίσει ναυτία και εμέτους, νεφρολιθίαση, παγκρεατίτιδα, υπερασβεστιαμική κρίση και υπέρταση, η οποία μπορεί να επιδεινωθεί με προεκλαμψία. Στη λοχεία είναι δυνατό να παρατηρηθεί οξεία υπερασβεστιαμία και παγκρεατίτιδα. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της εγκύου με υπερπαραθυρεοειδισμό εξαρτάται από τη σοβαρότητα της υπερασβεστιαμίας, το αίτιο και την ηλικία κύησης.

Εμβρυομυϊκή ιατρική

Η χειρουργική επέμβαση περιλαμβάνει την αφαίρεση του αδενώματος και γίνεται κατά προτίμηση στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης στις γυναίκες που εμφανίζουν τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω κριτήρια: συμπύματα πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού, ασβέστιο αίματος >1,0 mg/dl από τα ανώτατα φυσιολογικά όρια, μείωση της κάθαρσης κρεατινίνης >30%, T-score ≤ -2,5 ή προηγηθέν οστεοπορωτικό κάταγμα, ιστορικό υπερασβεστιαμικής κρίσης και ηλικία < 50 έτη.

Η συντηρητική αντιμετώπιση της νόσου πραγματοποιείται στο τρίτο τρίμηνο και περιλαμβάνει την αντιμετώπιση της υπερασβεστιαμίας με τη χορήγηση φωσφόρου σε δόση 1 γρ. x 4 την ημέρα.

Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση της έκβασης της κύησης σε γυναίκα με υπερπαραθυρεοειδισμό, όπως καταγράφεται στα αρχεία της Κλινικής μας.

29 | Τοκετοί στην εφηβική ηλικία στο Γ. Ν. Καλαμάτας

Παντατοσάκης Ε., Γεωργοπούλου Χ., Αλχαζίδου Ε., Πετράκος Γ., Μαντάς Α., Γκουσάρης Ε., Φωτοπούλου Ε., Νταγκλή Α.

Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Γ. Ν. Καλαμάτας

Σκοπός: είναι να μελετήσουμε αναδρομικά τους τοκετούς γυναικών ηλικίας από 14-18 ετών που πραγματοποιήθηκαν στο νοσοκομείο μας κατά τα έτη 2008-2009.

Υλικό - Μέθοδος: τα στοιχεία συλλέχθηκαν από την μελέτη των βιβλίων αιθούσης τοκετών και από τους φακέλους νοσηλείας των ασθενών. Το σύνολο των επιτόκων κατά την διετία ήταν 1154. Τα στοιχεία που μελετήθηκαν ήταν η ηλικία της επιτόκου, ο τόκος, η ηλικία κύησης, το βάρος του νεογνού και το είδος του τοκετού.

Αποτελέσματα:

	2009	2008
Σύνολο εφήβων	65	62
Μέση ηλικία	17,5	17,7
Πρωτότοκες	42	40
Πολύτοκες	23	23
Μέση ηλικία κύησης	38,7	38,4
Φυσιολογικός τοκετός	38	40
Καισαρική τομή	27	22
Βάρος νεογνού	3218,5	3078

Συμπεράσματα: Από τα αποτελέσματα της μελέτης παρατηρούμε υψηλό ποσοστό εφηβικής κύησης 11% για την διετία 2008-2009, το οποίο εξηγείται από το γεγονός ότι το Γ. Ν. Καλαμάτας εξυπηρετεί πληθυσμιακές ομάδες, όπως αθίγγανες και μετανάστριες, στις οποίες η αναπαραγωγική διαδικασία ξεκινάει από νωρίς ηλικιακά. Η μέση ηλικία της επιτόκου ήταν 17,6 με μέση ηλικία κύησης 38,5 εβδομάδες. Περισσότερες ήταν πρωτότοκες και το είδος τοκετού πιο συχνά ήταν ο φυσιολογικός. Το βάρος του νεογνού ήταν κατά μέση τιμή περίπου 3150gr.

30 | Σύγκριση επιδημιολογικών στοιχείων γεννήσεων μεταξύ των ετών 1999 και 2009 στο Γ. Ν. Καλαμάτας

Γεωργοπούλου Χ., Παντατοσάκης Ε., Αλχαζίδου Ε., Πετράκος Γ., Μαντάς Α., Γκουσάρης Ε., Φωτοπούλου Ε., Νταγκλή Α.

Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Γ. Ν. Καλαμάτας

Σκοπός: είναι η αναζήτηση και η μελέτη επιδημιολογικών στοιχείων των γεννήσεων κατά την τελευταία δεκαετία στο νοσοκομείο μας.

Υλικό - Μέθοδος: μελετήθηκαν τα βιβλία αιθούσης τοκετών για τα δύο έτη 1999 και 2009.

Αποτελέσματα: Το έτος 1999 καταγράφηκαν 563 τοκετοί και γεννήθηκαν 572 νεογνά, από τα οποία 289 ήταν άρρενες και 284 θήλεα. 447 επίτοκες ήταν ελληνίδες και 116 αλλοδαπές. Το έτος 2009 καταγράφηκαν 563 τοκετοί και γεννήθηκαν 578 νεογνά, από τα οποία 285 ήταν άρρενες και 293 θήλεα. 253 επίτοκες ήταν ελληνίδες και 310 αλλοδαπές. Πρωτότοκες μητέρες το έτος 1999 ήταν 156 ελληνίδες και 67 αλλοδαπές. Πρωτότοκες μητέρες το έτος 2009 ήταν 92 ελληνίδες και 138 αλλοδαπές. Οι ηλικίες των πρωτότοκων μητέρων που γέννησαν στο Γ. Ν. Καλαμάτας τα έτη 1999 και 2009 παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα.

Ηλικία	Ημεδαπές		Αθίγγανες		Αλλοδαπές	
	1999	2009	1999	2009	1999	2009
<=20	11	11	25	16	22	38
21-25	38	23	16	4	34	64
26-29	44	17	2	-	9	22
>=30	20	21	-	-	2	14

Συμπεράσματα: Με την πάροδο μίας δεκαετίας παρατηρείται σημαντική μείωση των Ημεδαπών επιτόκων, γεγονός που επιβεβαιώνει την υπογεννητικότητα των ελληνικών οικογενειών. Ο αριθμός αυτός φαίνεται ότι καλύπτεται με την αύξηση των αλλοδαπών επιτόκων.

31 | Πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων: επίδραση στην περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα

Ι. Θωμοπούλου, Α. Μαμόπουλος, Γ. Μαυροματίδης, Β. Παλαπέλας, Θ. Καλλία, Δ. Ρούσσο, Β. Καραγιάννης

Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Η Πρόωρη Ρήξη Εμβρυϊκών Υμένων (ΠΡΕΥ) επιπλέει το 5-7% του συνόλου των κυήσεων κι αυξάνει την περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα αφού αυξάνει την πιθανότητα για πρόωρο τοκετό κι εμφάνιση χοριοαμνιονίτιδας.

Σκοπός: να μελετηθεί η επίδραση της ΠΡΕΥ στον τρόπο τοκετού και στην περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα.



Εμβρυομητρικής Ιατρικής

Υλικό: Έγινε αναδρομική μελέτη των εισαγωγών, λόγω πιθανής ΠΡΕΥ, στην εμβρυομητρική μονάδα της Γ' Μ/Γ Κλινικής του Α.Π.Θ. από το 2005 μέχρι και το 2009. Καταγράφηκαν συνολικά 124 εισαγωγές με ηλικίες κύησης από 24 έως 34 εβδομάδες.

Αποτελέσματα: Σε 17 περιπτώσεις έγινε εξιτήριο λόγω μη αποδεδειγμένης ρήξης εμβρυϊκών υμένων και 4 εξήλθαν με την θέλησή τους. Οι υπόλοιπες προωθήθηκαν στην αίθουσα τοκετών, οι περισσότερες με διάρκεια νοσηλείας κάτω από 7 ημέρες (100 από τα 124 περιστατικά). Αναλυτικότερα εξετάστηκαν οι κυήσεις από 24 εβδομάδων μέχρι 32 εβδομάδων με διάρκεια νοσηλείας πάνω από 7 ημέρες. Το μεγαλύτερο διάστημα ήταν 63 ημέρες. Συνολικά εισήχθησαν 20 τέτοια περιστατικά. Σε 8 περιπτώσεις έγινε φυσιολογικός τοκετός. Από αυτούς τους φυσιολογικούς τοκετούς ένας ήταν σε δίδυμη κύηση και ένας σε τρίδυμη κύηση, όπου μόνο το πρώτο έμβρυο γεννήθηκε φυσιολογικά ενώ ακολούθησε καισαρική τομή για την έξοδο των υπόλοιπων. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις έγινε καισαρική τομή λόγω προωρότητας, μη εξέλιξης τοκετού, περιφερικής αποκόλλησης πλακούντα, προηγηθείσας καισαρικής τομής, πιθανής ενδομήτριας λοίμωξης ή ανώμαλου σχήματος. Μόνο ένα από τα νεογνά πήγε στο παιδιατρικό τμήμα, τα υπόλοιπα εισήχθησαν στην μονάδα εντατικής θεραπείας για παρακολούθηση λόγω προωρότητας ή επειδή χρειάστηκαν περαιτέρω υποστήριξη.

Συμπέρασμα: Η ΠΡΕΥ αυξάνει την πιθανότητα για καισαρική τομή λόγω μαιευτικών επιπλοκών αλλά, και την παραμονή των νεογνών σε μονάδα εντατικής νοσηλείας, κυρίως λόγω προωρότητας. Σε περιπτώσεις πρώιμης ΠΡΕΥ (κύηση < 32 εβδομάδων) μπορεί να παραταθεί η ενδομήτρια παραμονή του εμβρύου με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή και περιγεννητική φροντίδα.

Εμβρυομητρική ιατρική

32 | *Ο τοκετός στην εφηβική ηλικία στο Γ.Ν. Δράμα τη τριετία 2007-2009*

**Φελεσάκης Ι., Ανδρέου Κ., Μιχαηλίδου Δ., Σανοζίδης Α., Τσουκνίδας Σ., Τσου-
νίδου Ζ., Σοιλεμετζίδης Γ., Κορτεσίδης Ε., Καραμανίδου Π.**

Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική Γενικού Νοσοκομείου Δράμας

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι να μελετήσουμε αναδρομικά τους τοκετούς γυναικών ηλικίας έως 19 ετών, που πραγματοποιήθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Δράμας τη τριετία 2007 ως και 2009.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν τα μητρώα τοκετών της αίθουσας καθώς και οι φάκελοι των ασθενών. Συλλέχθηκαν στοιχεία σχετικά με την ηλικία των γυναικών, την ηλικία κύησης, τον αριθμό τοκετών, τον τρόπο τοκετού, τις πιθανές επιπλοκές του, το βάρος και το φύλο του νεογνού.

Αποτελέσματα: Από το 2007 ως το 2009 γέννησαν 56 γυναίκες ηλικίας έως 19 ετών επί συνόλου 1863 τοκετών, ποσοστό 3%. Η μέση ηλικία των γυναικών αυτών ήταν 18 ετών, με μέση ηλικία κύησης 39 εβδομάδων. Εκ του συνόλου των 56 γυναικών, οι 45 (ποσοστό 77,5%) γέννησαν φυσιολογικά με έναν αριθμό 7 (ποσοστό 12,5%) γυναικών που χρειάστηκε η χρήση σικουλικίας και οι λοιπές 11 (ποσοστό 19,6%) με καισαρική τομή. Το μέσο βάρος των νεογνών ήταν 3232 gr ενώ κανένα από αυτά δε χρειάστηκε να διακομιστεί σε νεογνολογική μονάδα.

Συμπέρασμα: Μελετώντας τα ανωτέρω στοιχεία συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων επιτόκων γέννησε με φυσιολογικό τοκετό, το ποσοστό των καισαρικών τομών και των σικουλικιών είναι παρόμοιο με το ποσοστό της κλινικής, το βάρος των νεογνών ήταν φυσιολογικό ενώ υπήρξαν ελάχιστες επιπλοκές.

33 | *Η προεκλαμψία στο νομό Καστοριάς*

Κυριακή Χ. Γαγλόγλου¹, Αλέξιος Α. Σαββίδης¹, Ελένη Δ. Σαββίδου¹, Μαριγούλα Χ. Πανταζή², Στέφανος Θ. Πατιάκας³

1. Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Καστοριάς,
2. Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Καστοριάς,
3. Αιματολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Καστοριάς

Περίληψη: Η προεκλαμψία είναι μια σοβαρή επιπλοκή της εγκυμοσύνης. Σκοπός της αναδρομικής αυτής μελέτης είναι να πιστοποιήσουμε τη συχνότητά της στην περιοχή μας και τον τρόπο αντιμετώπισης των περιστατικών αυτών.

Λέξεις κλειδιά: προεκλαμψία

Εμβρυομυϊκή ιατρική

Εισαγωγή: Η παρουσία υπέρτασης κατά την εγκυμοσύνη αποτελεί τη συχνότερα εμφανιζόμενη παθολογική κατάσταση και συγκεκριμένα έχει βρεθεί ότι η συχνότητά της κυμαίνεται από 5 μέχρι 10%, ενώ, οι επιπλοκές της θεωρούνται αρκετά επικίνδυνες για την έγκυο και το έμβρυο (προεκλαμψία - εκλαμψία, αποκόλληση πλακούντα, σύνδρομο HELLP, ενδομήτριο καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου, ενδομήτριο θάνατο).1,2

Σκοπός: Σκοπός της αναδρομικής αυτής μελέτης είναι να προσδιοριστεί ο επιπολασμός της προεκλαμψίας, σε επίτοκες γυναίκες που παρακολούθηθηκαν και γέννησαν στο νοσοκομείο μας, από 1-1-2008 έως 31-12-2009 και τον τρόπο αντιμετώπισης των περιστατικών αυτών.

Υλικό: Ο μαιευτικός πληθυσμός της Μ/Γ Κλινικής του Γ. Ν. Καστοριάς, αποτελείται από:

1. επιτόκους των οποίων η κύηση παρακολουθείται στα Ε.Ι. μας
2. επιτόκους των οποίων η κύηση παρακολουθείται σε άλλα νοσοκομεία ή από ιδιώτες μαιευτήρες και
3. επιτόκους οι οποίες είχαν πλημμελή ή ανύπαρκτη παρακολούθηση κατά την διάρκεια της κύησης.

Στο χρονικό διάστημα των 2 χρόνων, παρακολούθηθηκαν και γέννησαν 337 γυναίκες. Οι γυναίκες των δύο πρώτων ομάδων είχαν πλήρη κλινικο-εργαστηριακό προγεννητικό έλεγχο, ενώ η τρίτη ομάδα με δική της υπαιτιότητα δεν υπεβλήθη στις προτεινόμενες εξετάσεις.

Ο έλεγχος περιελάμβανε:

- γενική αίματος
- γενική ούρων & κ/α ούρων
- έλεγχο πηκτικού μηχανισμού
- έλεγχο γλυκόζης & ουρικού οξέος
- καμπύλη σακχάρου(μεταξύ 26ης και 28ης εβδομάδας της κύησης)
- θυρεοειδικό έλεγχος
- έλεγχο νεφρικής & ηπατικής λειτουργίας
- ιολογικό & παρασιτολογικό έλεγχο
- ηλεκτροφόρηση Hb & test δρεπάνωσης
- προσδιορισμό ομάδας αίματος & Rh
- κ/α κοιλιακού υγρού & test Παπανικολάου
- μηνιαία καταμέτρηση Α.Π. & Σ.Β.
- υπερηχογραφικό έλεγχο 1ου, 2ου και 3ου τριμήνου(U/S β' επιπέδου + Doppler μητριάων αρτηριών, μεταξύ 21ης και 24ης εβδομάδας της κύησης, U/S ανάπτυξης & Βιοφυσικού προφίλ + Doppler ομφαλικής αρτηρίας, μεταξύ 29ης και 32ης εβδομάδας της κύησης)
- Ν.Σ.Τ. από την 36η εβδομάδα της κύησης (ή νωρίτερα σε επιπλεγμένες κυήσεις)

Αποτελέσματα: Από τις 337 εγκυμονούσες, οι 28 εμφάνισαν στοιχεία προεκλαμψίας (ποσοστό 8,3%), με μέση συστολική πίεση 160mmHg και μέση διαστολική 95mmHg. Λευκωματουρία (λευκωμα ούρων 24ώρου>300mg) υπήρχε στο 82,14% των περιπτώσεων (23/28) και η μέση τιμή στις μετρήσεις του ουρικού οξέος ήταν τα 6,6mg/dl. Ο μέσος όρος



ηλικίας των ασθενών, ήταν 32,2 έτη, με μέσο όρο Βάρους Σώματος τα 88 Kg. Απ' αυτές οι περισσότερες ήταν πρωτότοκες (I τοκες:19, II τοκες:6, III τοκες:1, IV τοκες:2). Όσον αφορά την εθνικότητα, οι 25 ήταν Ελληνίδες και οι 3 Αλλοδαπές. Καμία από τις ασθενείς δεν έκανε κατανάλωση αλκοόλ, ενώ από τις 28, οι 4 ήταν καπνίστριες. Από τις 28 επίτοκες, οι 7 είχαν ιστορικό προεκλαμψίας σε προηγούμενη κύηση τους ή λοχεία τους, 4 είχαν παθολογική καμπύλη σακχάρου, 3 είχαν χρόνια υπέρταση, 1 είχε ιστορικό καθ' ἑξίν εκτρώσεων, 2 είχαν τοξοπλάσμωση και 3 είχαν θυρεοειδοπάθεια υπό αγωγή. Επίσης, οι 27 είχαν αυτόματη σύλληψη και μόνο 1 είχε υποβληθεί σε IVF.

Η μέση ηλικία κύησης κατά την οποία εμφανίστηκαν τα στοιχεία της νόσου ήταν η 33η εβδομάδα. Οι 6 από τις 28 εξεταζόμενες, είχαν παθολογικό Doppler μητριάων αρτηριών στο υπερηχογράφημα β' επιπέδου (αυξημένες αντιστάσεις με εγκοπή στις μητριάες) και ήταν αυτές των οποίων τα έμβρυα είχαν ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης τους (IUGR) και το βάρος γέννησης τους ήταν από 1980γρ.(στις 33Ws) έως 2080γρ.(στις 35 Ws) . Από τις 28 προεκλαμπτικές γυναίκες, οι 21 γέννησαν με Καισαρική Τομή (75%) υπό ραχιαία αναισθησία και οι 7 με Φυσιολογικό Τοκετό (25%). Ο τρόπος διεκπεραίωσης του τοκετού, κρίθηκε από την βαρύτητα της κατάστασης της επιτόκου, του βαθμού δυσφορίας του εμβρύου, τις συνθήκες για πρόκληση τοκετού (δείκτης Bishop, προβολή εμβρύου) και την ύπαρξη προηγούμενων χειρουργείων (ινομυωματεκτομή, Π.Κ.Τ.). Ο μέσος όρος της ηλικίας κύησης κατά τον τοκετό ήταν οι 35,5 Ws και ο μέσος όρος του βάρους γέννησης των νεογνών-εκ των οποίων 15 ήταν άρρενα και 13 θήλεα- ήταν τα 3.085 gr. Από τα 28 νεογνά, τα 4 χρειάστηκε να νοσηλευτούν σε μονάδα νεογνών -λόγω προωρότητας ή/ και χαμηλού βάρους γέννησης(<2100 gr), ενώ το Apgar των υπολοίπων 24 ήταν στο 1': 8 και στο 5': 10. Σε όλες τις ασθενείς έγινε σχήμα κορτιζόνης, λόγω του πιθανού ιατρογενή πρόωρου τοκετού.

Και οι 28 ασθενείς είχαν τεθεί σε ειδική άναλο λευκωματούχο δίαιτα κι έλαβαν φαρμακευτική αγωγή με Μαγνήσιο 2x3 per os και μεθυλ-ντόπα (ALDOMET) από 250mg x2 έως 500mg x3, ανάλογα με την ανταπόκριση στο φάρμακο και τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης. Στις 7 από αυτές, χορηγήθηκαν επιπλέον νιφεδιπίνη (ADALAT 5mg) και διαζεπάμη (STEDON 5mg) -ως έκτακτη χορήγηση- ενώ οι 7 από τις 28 με στοιχεία βαριάς προεκλαμψίας, αντιμετωπίστηκαν μ' ενδοφλέβια χορήγηση υδραλαζίνης (NEPRESOL) και θειϊκού μαγνησίου και συστηματική χορήγηση διαζεπάμης. Στις 11 από τις 28 επίνουσες (7 με γνωστό ιστορικό προεκλαμψίας από προηγούμενη κύηση τους, 3 με χρόνια υπερτασική νόσο και 1 με ιστορικό καθ' ἑξίν εκτρώσεων), χορηγήθηκε επιπλέον Salospir 80mg, από την 8η έως και 32η εβδομάδα της κύησης τους, προς αποφυγή των μικροθρομβώσεων στο επίπεδο του μητροπλακουντιακού αγγειακού συστήματος (βλάβη αγγειακού ενδοθηλίου-αγγειόσπασμος-διαταραχή της ηλεκτρικής του αίματος) και το βέλτιστο της αγγείωσης του πλακούντα (ομαλή πλακουντοποίηση).

Συζήτηση: Η προεκλαμψία, μία από τις πιο σοβαρές εκδηλώσεις της υπερτασικής νόσου, εκδηλώνεται κατά το δεύτερο μισό της εγκυμοσύνης, εμφανίζοντας ιδιαίτερη συμπτωματολογία (υπέρταση, λευκωματουρία, οιδήματα, διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας και του ηλεκτρικού μηχανισμού). Η κλινική εκδήλωση μπορεί να είναι αιφνίδια, ενώ, η βαρύτητα της άλλοτε άλλου βαθμού, εξαρτώμενη κυρίως από το ποσοστό συμμετοχής των οργάνων των οποίων η λειτουργία παραβλάπεται, και όχι τόσο από τα μετρούμενα απόλυτα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης (συστολικής και διαστολικής).

Εμβρυομητρικής ιατρικής

Η αιτιολογία της προεκλαμψίας είναι ακόμα ασαφής. Οι περισσότεροι από τους επιστήμονες που ασχολήθηκαν ενδελεχώς με το θέμα αυτό, πιστεύουν ότι ο πλακούντας αποτελεί τον πλέον ουσιώδη παράγοντα που ενέχεται για την εμφάνιση και την εκδήλωση του προεκλαμπτικού συνδρόμου³. Οι μητρικοί δομικοί παράγοντες όπως η γενετική προδιάθεση, η ανεπαρκής ανοσολογική προσαρμογή στην εγκυμοσύνη και οι προϋπάρχουσες αγγειακές παθήσεις φαίνεται να έχουν σχέση με αυτή την πρώιμη αγγειακή δυσλειτουργία.

Οι μηχανισμοί επίσης, που προκαλούν την προεκλαμψία είναι ακόμη ασαφείς. Η ανακάλυψη τους όμως, μπορεί να δώσει περισσότερες και καλύτερες επιλογές θεραπείας και να μας οδηγήσει σε μια μέθοδο πρόληψης της πάθησης αυτής.

Η θεραπεία σήμερα συνίσταται στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και τέλος στον τοκετό.

Συμπεράσματα: Βάση των αποτελεσμάτων μας, η συχνότητα εμφάνισης της νόσου, παραμένει στα ίδια επίπεδα σε σχέση με την βιβλιογραφία. Η απότομη αύξηση του σωματικού βάρους της εγκύου και το «θετικό» roll over test υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της προεκλαμψίας, ενώ το παθολογικό Doppler των μητριάων από το υπερηχογράφημα 2ου τριμήνου (β' επιπέδου), φαίνεται να παρέχει αξιόπιστες πληροφορίες για την πρόγνωση της βαρύτητας της νόσου. Η χορήγηση ασπιρίνης σε μικρές δόσεις είναι δυνατό να ελαττώσει τις επιπτώσεις της παθολογικής πλακουντοποίησης σε γυναίκες με γνωστό ιστορικό ή σ' αυτές που παρουσιάζουν υψηλές αντιστάσεις στις μητριάες αρτηρίες στο υπερηχογράφημα 2ου τριμήνου και κατά συνέπεια η έγκαιρη πρόβλεψη ασθενών που ευρίσκονται σε κίνδυνο για τέτοιες επιπλοκές, αποκτά ιδιαίτερη σημασία.

Η έγκαιρη διάγνωση της νόσου, η άμεση αντιμετώπιση της με φαρμακευτική αγωγή (είτε σε νοσοκομειακό περιβάλλον, είτε κατ' οίκον-ανάλογα με την βαρύτητα της νόσου και την συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό) και η εντατική παρακολούθηση της εγκύου και της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας, οδήγησαν στην ομαλή κι επιτυχή έκβαση αυτών των περιστατικών.

Στις περιπτώσεις με ήδη εγκατεστημένη προεκλαμψία, κύριο μέλημα μας ήταν η παρεμπόδιση εγκατάστασης εκλαμψίας, με εντατική παρακολούθηση της εγκύου και της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας, δραστική θεραπευτική αγωγή και διεκπεραίωση του τοκετού.

Preeclampsia in the area of Kastoria

Kiriaki H. Giagloglou¹, Alexios A.¹, Eleni D. Savvidou¹, Marigoula Chr. Pantazi², Stefanos Th. Patiakas³.

1. Department of Obstetric and Gynecology, General Hospital of Kastoria,

2. Department of Pediatric, General Hospital of Kastoria,

3. Department of Hematology, General Hospital of Kastoria

Summary

Preeclampsia is a serious complication during pregnancy. The aim of this retroactive study is to calculate its frequency in our area and to exam how we have treated all these cases.

Key words: preeclampsia

34 | Σύγκριση επιπλοκών κατά την κύηση μεταξύ πρωτοτόκων και πολυτόκων γυναικών ηλικίας όσης ή μεγαλύτερης των 35 ετών

Μαργιούλα-Σιάρκου Χρ., Καλογιαννίδης Ι., Πετούσης Στ., Μασούρα Σ., Δαγκλής Θ., Κούρτης Α., Πράπας Ν., Αγοραστός Θ.

Δ' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός της εργασίας: Στη παρούσα μελέτη συγκρίθηκαν οι επιπλοκές κατά την κύηση μεταξύ πρωτοτόκων (ομάδα Α) και πολυτόκων (ομάδα Β) γυναικών ηλικίας ≥ 35 ετών τη χρονική περίοδο 2004-2008.

Υλικό και μέθοδος. Μελετήθηκαν αναδρομικά 5834 μονήρεις κυήσεις, 234 από τις οποίες αφορούσαν πρωτοτόκες και 582 πολυτόκες γυναίκες ηλικίας ≥ 35 ετών. Αναλύθηκαν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, ο τρόπος αποπεράτωσης του τοκετού, τα συνοδά νοσήματα των γυναικών και οι επιπλοκές κατά την κύηση.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία (ομάδα Α, $37,7 \pm 2,7$ έτη vs. ομάδα Β, $37,4 \pm 2,2$ έτη, $P = NS$) δεν διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων. Καισαρική τομή διενεργήθηκε σε ποσοστό 55,1% στις πρωτοτόκες ≥ 35 ετών (18,8% εμβρυϊκή δυσπραγία, 6,5% παράταση εξώθησης, 7% ανώμαλη προβολή, 3,8% προεκλαμψία, 3% ρήξη εμβρυϊκών υμένων, 2,6% αποκόλληση πλακούντα, 2,6% προδρομικός πλακούντας, 2,4% IUGR, 1,7 % σακχαρώδης διαβήτης, 6,7% λοιπές ενδείξεις) το οποίο ήταν σημαντικά υψηλότερο σε σχέση με το αντίστοιχο 33,7% στις πολυτόκες της ίδιας ηλικίας (7,6% εμβρυϊκή δυσπραγία, 4,5% ανώμαλη προβολή, 1,5% προεκλαμψία, 1,2% προδρομικός πλακούντας, 0,9% αποκόλληση πλακούντα, 1,7% άλλη ένδειξη). Σημαντικά υψηλότερο ήταν το ποσοστό εμφάνισης εμβρυϊκής δυσπραγίας και εισαγωγής στην MENN στην ομάδα των πρωτοτόκων γυναικών.

Συμπεράσματα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι επιπλοκές κατά την κύηση είναι αυξημένες στις πρωτοτόκες σε σχέση με τις πολυτόκες γυναίκες ηλικίας ίσης ή μεγαλύτερης των 35 ετών.

35 | Η χρήση του διαδικτύου από έγκυες γυναίκες στην Ελλάδα. Συχνότητα και αξιολόγηση θεμάτων αναζήτησης

Καλαθέρη Ευριδίκη¹, Τζεβελέκης Βασίλειος¹, Αντωνίου Παναγιώτης², Σαράντη Ευαγγελία¹, Μίκος Θεμιστοκλής¹, Τζεβελέκης Φίλιππος¹, Ταρλατζής Βασίλειος¹

1. Α' Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη

2. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Σκοπός: Να προσδιορισθεί η έκταση της χρήσης του διαδικτύου από έγκυες γυναίκες για θέματα σχετικά με την εγκυμοσύνη στην Ελλάδα.

Υλικό & Μέθοδος: Προοπτική μελέτη με τη χρήση ερωτηματολογίου. Έγκυες που παρακολουθούνται στο Ε.Ι. Μαιευτικής τριτοβάθμιου νοσοκομείου της Βορείου Ελλάδας συμμετείχαν στην έρευνα. Στο ερωτηματολόγιο υπήρχαν ερωτήσεις για τη χρήση του διαδικτύου: (1) παρουσία ηλεκτρονικού υπολογιστή στο σπίτι, (2) συχνότητα της χρήσης του

Εμβρυομυϊκής ιατρικής

διαδικτύου, (3) αξιοπιστία των πηγών που παρέχουν ιατρικές πληροφορίες στο διαδίκτυο, και (4) κριτήρια αξιολόγησης των ιστότοπων που παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την κύηση στο διαδίκτυο. Η στατιστική επεξεργασία των στοιχείων έγινε με τη βοήθεια του Microsoft EXCEL και του MedCalc.

Αποτελέσματα: Συμμετείχαν 202 έγκυες γυναίκες ηλικίας 32,4 ετών ($\pm 4,78$ έτη) και μέσης ηλικίας κύησης 21,6 εβδομάδες ($\pm 3,4$ εβδομάδες). Οι 85 ήταν πρωτοτόκες (41,6%). Το 66,8% των ερωτηθέντων είχαν πρόσβαση στο διαδίκτυο. Καθημερινή χρήση του διαδικτύου αναφέρθηκε από το 20,9%, χρήση 2-3 φορές εβδομαδιαίως από το 12,3%, χρήση λιγότερες από 1-2 φορές εβδομαδιαίως το 30,1%, ενώ το 38,7% ανέφερε ότι χρησιμοποίησε το διαδίκτυο ποτέ. Τα πιο σημαντικά θέματα αναζήτησης στο διαδίκτυο ήταν: ο θηλασμός (61,9%), η πορεία της κύησης (61,4%), το νεογνό (59,4%). Οι νεότερες γυναίκες και οι πρωτοτόκες χρησιμοποιούν το διαδίκτυο στατιστικά σημαντικά συχνότερα.

Συμπέρασμα: Η χρήση του διαδικτύου από έγκυες ελληνίδες για θέματα κύησης ανέρχεται στο 66,8%. Τα κυριότερα θέματα αναζήτησης είναι ο θηλασμός, η πορεία της κύησης, νεογνικά ζητήματα και ο τοκετός. Οι νεότερες ελληνίδες με υψηλό επίπεδο μόρφωσης χρησιμοποιούν το διαδίκτυο περισσότερο και θεωρούν τις πληροφορίες που προέρχονται από αυτό περισσότερο αξιόπιστες.

36 | *Ο θηλασμός στα Γιαννιτσά, μια πόλη της κεντρικής Μακεδονίας: παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξή του*

Μαμελετζή Σ., Μαυροματάκη Χρ., Σιδέρη Α., Κιοσεδάκη Δ., Ουγγρίνου Β., Παναγιωτέλη Γ., Μπόσκογλου Θ., Τσόνογλου Δ.

Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν. Γιαννιτσών

Σκοπός: Να μελετηθεί η πρόθεση θηλασμού των γυναικών που γεννούν σε μία επαρχιακή πόλη της κεντρικής Μακεδονίας, και να ερευνηθούν πιθανοί παράγοντες επηρεάζουν την απόφαση αυτή.

Μέθοδος & υλικό: Μελετήθηκαν τα αρχεία της μαιευτικής-γυναικολογικής κλινικής του Γ.Ν. Γιαννιτσών, από 01-01-09 έως 31-12-09.

Πραγματοποιήθηκαν 703 τοκετοί από τους οποίους οι 339(48,2%) ήταν φυσιολογικοί και οι 364(51,8%) καισαρικές τομές. Γεννήθηκαν 710 παιδιά, 362(51%) αγόρια, 347(49%) κορίτσια, με 696 μονόδυμες κυήσεις και 7 δίδυμες. Η μέση ηλικία των γυναικών ήταν 28 έτη (15-42 έτη), ενώ το μέσο βάρος νεογνών ήταν 3.320gr (1200-5190gr). Από τις γυναίκες, 280(39,8%) ήταν πρωτοτόκες, 270(38,4%) δευτεροτόκες και 152(21,6%) πολυτόκες. Τέλος, όσον αφορά την εθνικότητα οι 497(70,7%) ήταν ελληνίδες, 109(15,5%) αλβανίδες, 35(5%) ρωσίδες, 27(3,6%) αθίγγανες και 6%(33) άλλες εθνικότητες.

Πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων με πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση προκειμένου να αξιολογηθεί η σχέση μεταξύ της πρόθεσης των γυναικών να θηλάσουν και των παρακάτω παραγόντων: α) ηλικία της μητέρας, β) εθνικότητα, γ) είδος τοκετού, δ) φύλο νεογνού, ε) βάρος του νεογνού και στ) του αριθμού των παιδιών.



Αποτελέσματα: Από το σύνολο των γυναικών, 637(91%) δεν διέκοψαν τον θηλασμό κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο ενώ 62 γυναίκες(9%) έκαναν φαρμακευτικό απογαλακτισμό κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Από τους παράγοντες που ελέγχθηκαν μόνο το είδος του τοκετού βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την πρόθεση θηλασμού [(OR):0,497 (CI):0,279-0,886)], με τις γυναίκες που γέννησαν φυσιολογικά να εμφανίζουν διπλάσια πιθανότητα να θηλάσουν σε σχέση με αυτές που γέννησαν με καισαρική τομή. Οι υπόλοιποι παράγοντες δεν εμφάνισαν στατιστικώς σημαντική διαφορά στις δύο υποομάδες.

Συμπεράσματα: Οι γυναίκες φαίνεται να επιλέγουν το μητρικό θηλασμό, ενώ η διενέργεια καισαρικής τομής πιθανώς λόγω του μετεγχειρητικού πόνου αποτελεί κριτήριο για τη διακοπή του.

37 | *Ο ρόλος της μαίας στον μητρικό θηλασμό στην σύγχρονη Ελλάδα*

Ι.Καγκελάρη¹, Α.Σαρχιανάκη², Μ.Πόγκα³

1. Υπεύθυνη μαία Μ/Γ Κλινικής Γ.Ν. Αγ. Ανδρέας
2. Μ/Γ Κλινική Γ.Ν. Αγ. Ανδρέας
3. Νεογολογικό Τμήμα Γ.Ν. Αγ. Ανδρέας

Ο μητρικός θηλασμός είναι το υπέρτατο αγαθό που δώρισε η φύση σε όλα τα θηλαστικά της γης. Είναι αποκλειστικό προνόμιο της μητέρας, μέσω του οποίου δίνεται στο νεογνό η πλέον ισορροπημένη και πλήρης διατροφή. Συντελεί στην ανάπτυξη ψυχικού δεσμού μεταξύ μητέρας και βρέφους, που είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες για τη φυσιολογική και ψυχοσωματική του ανάπτυξη.

Η μαία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί «ο φύλακας άγγελος» της νέας μητέρας, καθώς αυτή θα είναι το άτομο που θα επιβλέπει, θα φροντίσει, θα συμβουλευθεί, θα συμπαρασταθεί αλλά και θα καθοδηγήσει την μητέρα στον τρόπο του θηλασμού.

Ο ρόλος της μαίας αρχίζει πρίν από τον τοκετό, ενημερώνοντας την μέλλουσα μητέρα για τα πλεονεκτήματα και την υπεροχή του μητρικού θηλασμού σε σχέση με την τεχνητή διατροφή, και συνεχίζεται αμέσως μετά τον τοκετό, βοηθώντας την, να θηλάσει, και να τις επιλύσει τυχόν απορίες και προβληματισμούς που πιθανόν θα μπορούσαν να την αποτρέψουν από την διεργασία του θηλασμού.

38 | *Η συμβολή της παλμικής οξυμετρίας στην παρακολούθηση του τοκετού*

Γ. Μπέτσας, Γ. Μαυροματίδης, Α. Μαμόπουλος, Ν. Πράπας, Κ. Στεργιόπουλος, Δ. Ρούσσοσ, Β. Καραγιάννης

Δ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Σκοπός αυτής της προοπτικής μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συμβολή της παλμικής οξυμετρίας στην παρακολούθηση του τοκετού επιτόκων, οι οποίες παρουσιάζουν στο καρδιοτοκογράφημα αλλοιώσεις που εγείρουν υπόνοιες για ανεπαρκή οξυγόνωση του εμβρύου. Απώτερη προσδοκία της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συμβολής της

Εμβρυομυϊκής ιατρικής

παλμικής οξυμετρίας στη μείωση του ποσοστού των καισαρικών τομών λόγω εμβρυικής δυσφορίας, ως αποτέλεσμα της καλύτερης αξιολόγησης της κατάστασης του εμβρύου.

Υλικό-Μέθοδοι: Στη μελέτη συνολικά συμπεριλήφθησαν 200 γυναίκες που προσήλθαν στην αίθουσα τοκετού με μονήρη κύηση 37 εβδομάδων και άνω, με κεφαλική προβολή, διάστημα ρήξης εμβρυικών υμένων μικρότερο των 24 ωρών και χωρίς την εμφάνιση μείζονων επιπλοκών στη διάρκεια της κύησης. Οι γυναίκες τυχαιοποιήθηκαν σε δύο υποομάδες: Α) Ομάδα ελέγχου όπου έγινε συνεχής παρακολούθηση της εμβρυικής καρδιακής δραστηριότητας με καρδιοτοκογράφο και, Β) Ομάδα μελέτης στην οποία είχαμε καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση και ταυτόχρονη καταγραφή του εμβρυικού κορεσμού του οξυγόνου (FSO2) με τη μέθοδο της παλμικής οξυμετρίας. Εν συνεχεία καταγράφηκε ο τρόπος αποπεράτωσης του τοκετού (φυσιολογικός τοκετός, καισαρική τομή, σικιουλκία), έγινε προσδιορισμός του FSO2 και του PH στην ομφαλική αρτηρία καθώς επίσης και παρακολούθηση της πορείας του νεογνού (Apgar score, ανάγκη διασωλήνωσης, ημέρες νοσηλείας στη MENN).

Αποτελέσματα: Στην ομάδα μελέτης παρατηρήθηκε ελάττωση των καισαρικών τομών κατά 30% χωρίς όμως να παρατηρηθεί κάποια μεταβολή στην περιγεννητική νοσηρότητα ή θνησιμότητα.

Συμπέρασμα: Η ανάλυση όλων των παραπάνω δεδομένων καταδεικνύει πως η παλμική οξυμετρία μπορεί να συμβάλλει στην μείωση εκείνων των καισαρικών τομών όπου η καλή οξυγόνωση του εμβρύου αποτελεί την μοναδική ένδειξη. Παρατηρήθηκε όμως μια αύξηση στα ποσοστά των επεμβατικών τοκετών, η οποία μπορεί να οφείλεται σε αδυναμία της μεθόδου να καταδείξει άλλες παραμέτρους οι οποίες επηρεάζουν την εξέλιξη του τοκετού, όπως είναι η δυστοκία, οι ανώμαλες θέσεις της κεφαλικής προβολής, η κεφαλοπυελική δυσαναλογία και η εξάντληση ή μη συνεργασία της μητέρας.

39 | Ψυχολογία (διαφοροποιήσεις και αντιδράσεις) των υπογόνιμων ζευγαριών στη μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

Αλεξίου Ε, Συριστατίδης Χ, Κρεατσά Μ, Βράντζα Τ, Κασσάνος Δ.

Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, Γ' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικόν»

Σκοπός της ομάδας της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής δεν είναι μόνο η επιτυχής έκβαση της προσπάθειας του ζευγαριού αλλά και η ψυχολογική υποστήριξη αυτών καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειας.

Στην μονάδα προσέρχονται ζευγάρια κατά 35% ύστερα από αποτυχημένες προσπάθειες σε άλλα κέντρα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ιδιωτικά ή δημόσια) 15% ζευγάρια που δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στο οικονομικό κόστος των ιδιωτικών κέντρων, 15% περιστατικά με μεγάλο βαθμό δυσκολίας (ηλικία άνω των 43 ετών κλπ.) και 35% ζευγάρια που εμπιστεύονται περισσότερο τις δημόσιες και ειδικά τις Πανεπιστημιακές Μονάδες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

Η απόφαση του ζευγαριού να ενταχθεί σε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης



προκαλεί έντονο άγχος στα αρχικά στάδια ένταξης του, που συνήθως αφορούν τόσο την επιλογή της Μονάδας Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής που το ζευγάρι καλείται να εμπιστευθεί όσο και την ιατρική διαδικασία (μια διαδικασία άγνωστη και στους δύο συντρόφους).

Κάθε ζευγάρι πρέπει να αντιμετωπίζεται ξεχωριστά ανάλογα με το πρόβλημα που βιώνει. Τα προβλήματα γονιμότητας επηρεάζουν πολλά πράγματα στη ζωή ενός ζευγαριού. Δημιουργούν ανησυχία, ανυπομονησία, ενοχές και ένταση. Η συναισθηματική ένταση μπορεί να αναστατώσει τη σχέση του ζευγαριού ειδικότερα όταν οι δύο σύντροφοι βιώνουν συναισθηματικά με διαφορετικό τρόπο τη διαδικασία αυτή. Αυτά τα προβλήματα συνδέονται άμεσα με το κατά πόσο το ζευγάρι συναισθηματικά έχει αποδεχτεί την υπογονιμότητά του. Επίσης βιώνουν έναν γενικότερο αποπροσανατολισμό από προηγούμενους σημαντικούς στόχους, ανάγοντας την απόκτηση παιδιού σε μοναδικό στόχο ζωής. Πολλά ζευγάρια χαρακτηρίζουν την περίοδο που συμμετέχουν σε πρόγραμμα εξωσωματικής ως περίοδο «κρίσης». Είναι σημαντικό το ζευγάρι να μπορέσει να εκφράσει, αναγνωρίσει και αιτιολογήσει τα συναισθήματα που του προκαλούν ένταση, καθώς επίσης εξατομικευμένα, να αποκαλύψει τρόπους με στόχο να ελαχιστοποιηθεί η συναισθηματική του φόρτιση. Μια άλλη προοπτική που επιβαρύνει ψυχολογικά το ζευγάρι είναι η περίπτωση που για τη σύλληψη πρέπει να χρησιμοποιηθεί σπέρμα ή έμβρυο από δότη. Τα συναισθήματα για τον άνδρα ξεκινούν με άρνηση της ιδέας, έντονες αμφιβολίες και συχνά περνάει σε εκνευρισμό ή θυμό. Το πρόβλημα της ανδρικής υπογονιμότητας σχετίζεται με συναισθήματα κατωτερότητας ή ανησυχίας για τον «ανδρισμό» του. Για τη γυναίκα, όταν επιθυμεί έντονα ένα μωρό, είναι ευκολότερο να παραμερίσει τις βιολογικές της αμφιβολίες.

Ένα άλλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα ζευγάρια είναι η μυστικότητα της όλης διαδικασίας. Το ζευγάρι δεν θέλει να ανακοινώσει το πρόβλημά του προς τα έξω.

Η συναισθηματική ανάγκη των ζευγαριών για άμεση θετική έκβαση στη θεραπεία τους συχνά δημιουργεί τη δυσκολία στο να συνειδητοποιήσουν και να αποδεχτούν τη πιθανή διάρκεια χρόνου που πιθανόν να χρειαστεί για ένα θετικό αποτέλεσμα. Άλλωστε πρωταρχική αιτία παραίτησης ενός ζευγαριού από το στόχο της απόκτησης ενός παιδιού μέσω εξωσωματικής θεωρείται η εξάντληση ενέργειας συναισθηματικής αντοχής.

Η συναισθηματική φροντίδα παράλληλα με τις εκάστοτε θεραπείες γονιμότητας, η άρτια συνεργασία μεταξύ των στελεχών της μονάδος όπως και μεταξύ των μελών και του ζευγαριού, και η εύρυθμη λειτουργία της Μονάδας Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής αποτελούν τις θετικές παραμέτρους προς το προσδοκώμενο αποτέλεσμα.

40 | *Αποτυχία γονιμοποίησης σε μακρύ πρωτόκολλο κλασσικής εξωσωματικής γονιμοποίησης: αιτιολογικοί παράγοντες, διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις.*

Συριστατίδης Χ, Αλεξίου Ε, Βράντζα Τ, Κρεατσά Μ, Κασσάνος Δ.

Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, Γ' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ».

Εμβρυομητρικής Ιατρικής

Περιγράφεται το φαινόμενο κατά το οποίο μερικά από τα ωάρια που συλλέγονται κατά τη διάρκεια της ωοληψίας κρίνονται ακατάλληλα για γονιμοποίηση.

Αυτό μπορεί να συμβεί λόγω απουσίας είτε ώριμων εξωτερικών κυττάρων που επιτρέπουν στο σπέρμα να οδηγηθεί προς το ωάριο είτε απουσίας ώριμης διαφανούς ζώνης που επιτρέπει την είσοδο μόνο ενός σπέρματος ή απουσίας ώριμου κυττάρου στο σωστό στάδιο ανάπτυξης που περιέχει το μισό γεννητικό υλικό (για να συγχωνευτεί με το σπέρμα που περιέχει το άλλο μισό) οδηγώντας έτσι στη δημιουργία του εμβρύου (ένα γενετικό μείγμα και από τους δύο γονείς).

Παρουσιάζεται η περίπτωση υπογόνιμου ζευγαριού με τη γυναίκα ηλικίας 39 ετών, η οποία έχοντας ακολουθήσει «μακρύ πρωτόκολλο» εξωσωματικής, με ικανοποιητικά αποτελέσματα στην ανάλυση σπέρματος του συζύγου, υποβλήθηκε σε ωοληψία (10 ωάρια) και εν συνεχεία πραγματοποιήθηκε κλασική εξωσωματική γονιμοποίηση. 18 ώρες μετά τη γονιμοποίηση έγινε έλεγχος για την παρουσία προπυρήνων με αρνητικά αποτελέσματα. Άμεσα, έλαβε χώρα νέα προσπάθεια κλασικής εξωσωματικής χωρίς αποτέλεσμα (εκ νέου απουσία προπυρήνων) που διαπιστώθηκε μετά από έλεγχο 16 ώρες μετά τη νέα προσπάθεια.

Γίνεται εκτενής αναφορά στους λιγιστούς αιτιολογικούς παράγοντες που οδηγούν στο φαινόμενο αυτό, καθώς επίσης και στους πιθανούς τρόπους διάγνωσης και πρόγνωσης του. Επίσης, αναφέρονται τα πιθανά βήματα μιας επόμενης προσπάθειας εξωσωματικής γονιμοποίησης, όπως π.χ. η μικρογονιμοποίηση, η αλλαγή του πρωτοκόλλου, η προεμφυτευτική διάγνωση.

41 | *Ποιότητα και επιλογή εμβρύου πριν την εμβρυομεταφορά: είναι ο καθοριστικός παράγοντας επιτυχίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης;*

Συριστατίδης Χ, Αλεξίου Ε, Κρεατσά Μ, Βράντζα Τ, Κασσάνος Δ.

Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, Γ' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικόν».

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει μια αλματώδης πρόοδος στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, τόσο από κλινικής, όσο και από ερευνητικής πλευράς. Το ζητούμενο είναι η δημιουργία εμβρύων καλής ποιότητας και υψηλού δυναμικού εμφύτευσης. Αυτό μαζί με την τεχνική της εμβρυομεταφοράς και την υποδεκτικότητα του ενδομητρίου αποτελούν τους 3 βασικούς παράγοντες επιτυχίας και αποτυχίας σε κύκλους εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Το ιδανικό θετικό αποτέλεσμα της εξωσωματικής είναι «ένα έμβρυο για μεταφορά-ένα μωρό στο σπίτι», άρα υπάρχει η ανάγκη για διάκριση των ποιοτικότερων εμβρύων για μεταφορά, καθώς και η ύπαρξη αντικειμενικού κριτηρίου ποιότητας. Συνεπώς η μορφολογία παραμένει ο πρωταρχικός τρόπος αξιολόγησης που προσπαθεί να συσχετίσει συγκεκριμένα μορφολογικά χαρακτηριστικά με την ποιότητα του εμβρύου. Τα κύρια λοιπόν χαρακτηριστικά που αξιολογούμε είναι η ύπαρξη προπυρήνων, ο αριθμός βλαστομεριδίων, ο ρυθ-



μός ανάπτυξης, η συμμετρία των βλαστομεριδίων, η εμφάνιση του κυτταροπλάσματος, η παρουσία θρυμματισμού, και ο αριθμός των πυρήνων ανά βλαστομερίδιο.

42 | Πολλαπλές προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης: ηθικά και δεοντολογικά διλήμματα

Συριστατίδης Χ, Αλεξίου Ε, Κρεατσά Μ, Βράντζα Τ, Κασσάνος Δ.

Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, Γ' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικόν».

Η ανάγκη για «ένα παιδί στο σπίτι» μεγαλώνει καθημερινά και ανάλογα με την αύξηση της ηλικίας των γυναικών που σε προχωρημένη ηλικία αποφασίζουν να τεκνοποιήσουν. Η εξωσωματική γονιμοποίηση προσφέρει πολλά στην αναζήτηση αυτή. Το ζήτημα που προκύπτει πολλές φορές είναι ότι δεν υπάρχει όριο στις προσφερόμενες προσπάθειες είτε λόγω της επιθυμίας των ζευγαριών είτε λόγω άλλων ιατρικών και μη παραγόντων. Αναφέρεται περιστατικό ζευγαριού που έχει υποβληθεί σε 18 προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης χωρίς θετικό αποτέλεσμα τα τελευταία 9 χρόνια.

Συζητείται η πιθανότητα καρκινογένεσης στις ωοθήκες και τους μαστούς της γυναίκας, η επίπτωση των πολλαπλών προσπαθειών στην πρώιμη έλευση της εμμηνόπαυσης, αλλά και άλλες λύσεις που θα πρέπει να προταθούν για την τεκνοποίηση του ζευγαριού.

Εμβρυομυϊκής ιατρικής

Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού

43 | Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού εμβρύου με σύνδρομο της αριστερής υποπλαστικής καρδιάς (Σ.Α.Υ.Κ.)

Φελεσάκης Ι., Μιχαηλίδου Δ., Ανδρέου Κ., Σανοζίδης Α., Τσουκνίδας Σ., Τοσουρίδου Ζ., Σοιλεμετζίδης Γ., Κορτεσιδής Ε., Καραμανίδου Π.

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Δράμας

Εισαγωγή: Η υπερηχογραφική διάγνωση του συνδρόμου βασίζεται στην παρουσία μίας μικρής και υποπλαστικής αριστερής κοιλίας, με συνήθη συνύπαρξη μίας διατεταμένης δεξιάς κοιλίας. Σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να ελέγχονται η μιτροειδής και η αορτική βαλβίδα και το αορτικό τόξο. Ο επιπολασμός του συνδρόμου είναι περίπου 0,05 ανά 1000 ζώντα νεογνά και αποτελεί το 6% των προγεννητικά διαγνωσμένων καρδιακών ανωμαλιών. Η πρόγνωση του συνδρόμου είναι κακή ακόμα και μετά από χειρουργική αντιμετώπιση.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού στο οποίο σε υπερηχογράφημα β επιπέδου διαπιστώθηκε το σύνδρομο της αριστερής υποπλαστικής καρδιάς (Σ.Α.Υ.Κ.)

Υλικό και Μέθοδος: Ητόκος, 32 ετών, με έναν φυσιολογικό τοκετό προ 9ετίας, επισκεπτόταν τη Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του ΓΝ Δράμας και παρουσίαζε κύηση με ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης. Στη διενέργεια υπερηχογραφήματος κατά την 23η εβδομάδα κύησης στη μαιευτική και Γυναικολογική κλινική του ΓΝ Δράμας διαπιστώνεται το σύνδρομο της αριστερής υποπλαστικής καρδιάς. (παράθεση εικόνων)

Αποτελέσματα: Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε από εξειδικευμένο υπερηχογραφιστή και έγινε πλήρης ενημέρωση του ζευγαριού. Η ίδια αποφάσισε τη διακοπή της κύησης η οποία και περατώθηκε με πρόκληση τοκετού με τη χρήση μισοπροστόλης.

44 | Κύηση 14 εβδομάδων και συστηματικός ερυθρηματώδης λύκος. Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού στο Γ. Ν. Καλαμάτας

Παντατοσάκης Ε., Μαντάς Α., Πετράκος Γ., Γεωργοπούλου Χ., Αλχαζίδου Ε., Γκουσάρης Ε., Φωτοπούλου Ε., Νταγκλή Α.

Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Γ. Ν. Καλαμάτας

Σκοπός: παρουσίαση περιστατικού γυναίκας εγκύου δευτεροτόκου με ηλικία κύησης 14 εβδομάδων με κλινικές εκδηλώσεις από συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο (ΣΕΛ).

Υλικό μελέτης: Η ασθενής προσήλθε στα ΤΕΠ Μ/Γ λόγω αναφερόμενης αιματοουρίας και δυσουρικών ενοχλημάτων από 3ημέρου. Ανέφερε από μηνός κόπωση, διαλείπον θωρακικό άλγος με αντανάκλαση στην ράχη και διαλείπον κωλικοειδές κοιλιακό άλγος με αντανάκλαση στη σφύ.

Ατομικό ιστορικό: σκωλικοειδεκτομή 11ετών, 1φυσιολογικός τοκετός.

Εργαστηριακά ευρήματα εισαγωγής: Γεν. Αίματος WBC:21.720 Ουδετ.:90.4%, Hct: 34.5%.

Βιοχημικά: SGPT:49, ALP:279, Ολ.Χολ.1.23, Αμ. Χολ.0.79, CRP 24,92, λοιπά ε.φ.ο..

Γεν. Ούρων ε.φ.ο.(μακροσκοπική αιματουρία) T.K.E.: 103, Θ 37,2.

U/S άνω κοιλίας: Ήπαρ αυξημένων διαστάσεων. Χοληδόχος κύστη με σημαντική πάχυνση και οίδημα του τοιχώματος χωρίς λιθίαση. Νεφροί σχετικά μεγάλου μεγέθους (12εκ), χωρίς υδρονέφρωση. Ίχνη υγρού στον χώρο του Morrison. Πλευριτική συλλογή άμφω, μεγαλύτερη αριστερά. Μεγάλη περικαρδιακή συλλογή.

Αποτελέσματα: Έγινε καρδιολογική και παθολογική εκτίμηση, ετέθη η διάγνωση πολυορογονιτίδας με πιθανότερο αίτιο συστηματικό νόσημα, τον ΣΕΛ. Παραπέμφθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση όπου ετέθη η διάγνωση του ΣΕΛ.

Συμπέρασμα: ο ΣΕΛ εμφανίστηκε ως η πιθανότερη διάγνωση λόγω των εξής κλινικών και παρακλινικών ευρημάτων: κόπωση, πυρετική κίνηση, αρθραλγία, μακροσκοπική αιματουρία, πλευρίτιδα και περικαρδίτιδα, τα οποία εμφανίζονται σε μεγάλο ποσοστό (>50%) στον ΣΕΛ. Τα συμπτώματα πρωτοεμφανίστηκαν σε αυτή την εγκυμοσύνη ενώ στο παρελθόν δεν είχε εκδηλώσει συμπτώματα ή επιπλοκές της νόσου.

45 | *Αδενοκυστική δυσπλασία πνεύμονα. Περιγραφή περιστατικού* **Ιαβάτσο Χ., Χασιάκος Δ., Αργείτης Ι., Αραβαντινός Λ., Μπότσης Δ.**

Β' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

Σκοπός: Η αδενοκυστική δυσπλασία του πνεύμονα αποτελεί μία σπανιότατη μονόπλευρη δυσπλασία του πνεύμονα. Η αδενοκυστική δυσπλασία του πνεύμονα διακρίνεται σε τρεις τύπος: τύπος I: διάμετρος κύστης > 2 εκ., τύπος II: διάμετρος κύστης < 1 εκ.. τύπος III: παρουσία μικροκύστεων. Σκοπός είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού εμβρύου με αδενοκυστική δυσπλασία πνεύμονα καθώς και ο χειρισμός αυτού.

Παρουσίαση: Έγκυος γυναίκα 36 ετών δευτεροτόκος προσήλθε στο τμήμα μας σε ηλικία κύησης 20+1 εβδομάδες εξαιτίας υπερηχογραφικής διάγνωσης αδενοκυστικής δυσπλασίας του δεξιού πνεύμονα τύπου I, με απώθηση της καρδιάς και του αντίστοιχου πνεύμονα προς αριστερά. Συνοδά ευρήματα του υπερηχογραφικού ελέγχου ήταν μία κύστη χοριοειδών πλεγμάτων και ηχογενείς εστίες στη μιτροειδή βαλβίδα της καρδιάς. Μετά από συμβουλευτική των γονέων αποφασίστηκε η φαρμακευτική διακοπή της κύησης με τη χρήση μισοπροστόλης εξαιτίας της πτωχής πρόγνωσης για το έμβρυο. Στην έγκυο αμέσως μετά τη διακοπή της κύησης χορηγήθηκε καβεργολίνη εφάπαξ για απογαλακτισμό.

Συμπέρασμα: Η αδενοκυστική δυσπλασία του πνεύμονα έχει ποικίλη πρόγνωση ανάλογα με τον τύπο (69% στην τύπου I, αλλά 0% στις τύπων II και III). Συχνά συνοδεύεται από εμβρυικό ύδρωπα, καρδιακές και σκελετικές ανωμαλίες, σύνδρομο Potter και ατρησία του εντέρου. Απαιτείται γενετική συμβουλευτική των γονέων και συχνά ο τερματισμός της κύησης.

Εμβρυομηνιακή ιατρική

46 | Εμβρυϊκές κύστει των ωοθηκών. Αναδρομική μελέτη

Ιαβάτσο Χ., Χασιάκος Δ., Αραβαντινός Λ., Μπότσης Δ.

Β' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

Σκοπός: Οι εμβρυϊκές κύστει των ωοθηκών αντιπροσωπεύουν κυστικούς σχηματισμούς στην κατώτερη κοιλιά θήλεος εμβρύου όταν ο στόμαχος, η ουροδόχος κύστη και οι νεφροί ανευρίσκονται φυσιολογικοί. Οι κύστει αυτές μπορεί να προσεγγίσουν έως τα 5 εκ. σε διάμετρο και δεν είναι σπάνιες. Ο σκοπός μας είναι η παρουσίαση 7 περιστατικών με εμβρυϊκές κύστει ωοθηκών.

Μέθοδος-Αποτελέσματα: Μια αναδρομική μελέτη στα αρχεία του τμήματος Εμβρυομηνιακής της Β' Μαιευτικής και Γυναικολογικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια των ετών 2005 - 2009. Ανευρέθηκαν 7 έμβρυα με κύστει των ωοθηκών. Η διάγνωση όλων των περιστατικών είχε γίνει στο υπερηχογράφημα Β-επιπέδου. Τα υπερηχογραφικά ευρήματα ήταν ετερόπλευρες, μονόχωρες, άνηχες κύστει στην κατώτερη κοιλιά. Η μέση διάμετρος των κύστεων ήταν 3,7 εκ. (με εύρος 2,7 εκ. - 6,1 εκ.). Η διαφορική διάγνωση συμπεριέλαβε κύστει μεσεντερίου και έκτοπο υδρονεφρωσικό νεφρό. Σε κανένα από τα περιστατικά δεν ανευρέθηκε κάποια συνυπάρχουσα ανωμαλία. Καμία περαιτέρω επιπλοκή κατά τη διάρκεια της κύησης δεν αναφέρεται, ενώ σε ένα από τα περιστατικά αυτά χρειάστηκε χειρουργική παρέμβαση λόγω συστολής της κύστης.

Συμπέρασμα: Η πρόγνωση των περισσότερων εμβρύων με κύστει των ωοθηκών είναι άριστη, καθώς οι κύστει υποστρέφουν εντός των πρώτων 6-9 μηνών της ζωής.

47 | Μικροπενία. Περιγραφή περιστατικού.

Ιαβάτσο Χ., Χασιάκος Δ., Αραβαντινός Λ., Μπότσης Δ.

Β' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

Σκοπός: Η μικροπενία αποτελεί πολύ σπάνιο υπερηχογραφικό εύρημα κατά τον έλεγχο των έξω γεννητικών οργάνων άρρενος εμβρύου στο υπερηχογράφημα Β-επιπέδου. Συνδέεται με το σύνδρομο βραχέων άκρων-πολυδακτυλίας και το σύνδρομο Pallister-Hall. Σκοπός είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού εμβρύου με μικροπενία.

Παρουσίαση: Έγκυος γυναίκα 37 ετών πρωτοτόκος προσήλθε στο τμήμα μας σε ηλικία κύησης 21+5 εβδομάδες για υπερηχογραφικό έλεγχο Β-επιπέδου. Τα υπερηχογραφικά ευρήματα ήταν φυσιολογικά εκτός από την ανεύρεση εξαιρετικά μικρού πέους συγκριτικά με το όσχεο. Εξαιτίας της ηλικίας της, η έγκυος είχε ήδη υποβληθεί σε αμνιοπαρακέντηση, η οποία ανέδειξε το άρρεν φύλο του εμβρύου, οπότε αποκλείστηκε η περίπτωση υπερτροφίας της κλειτορίδας και μεγάλων χειλέων σε θήλυ έμβρυο. Δεν ανευρέθηκαν πολυδακτυλία ή βραχεία άκρα (διαφορική διάγνωση από σύνδρομο βραχέων άκρων-πολυδακτυλίας) ούτε δυσμορφίες προσώπου ή καρδιακές ανωμαλίες (διαφορική διάγνωση από σύνδρομο Pallister-Hall). Ακολούθησε συμβουλευτική καθοδήγηση του ζεύγους.

Συμπέρασμα: Η πρόγνωση ενός εμβρύου με μικροπενία εξαρτάται από τα υποκείμενα προβλήματα. Απαιτείται γενετική καθοδήγηση των γονέων.

48 | Μέτρηση των επιπέδων της ADMA (asymmetrical dimethyl-arginine) σε φυσιολογικές κυήσεις και σε κυήσεις επιπλεκόμενες με προεκλαμψία

Εμμανουήλ Μπατάκης¹, Μυρτώ Ρίζου¹, Αλέξανδρος Χαλιάσος², Μακάριος Ελευθεριάδης³, Δημήτριος Χασιάκος⁴, Δημήτριος Μπότσης⁴, Δημήτριος Ρίζος^{1,4}

1. Ορμονολογικό Εργαστήριο, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Αθήνα

2. «Diamedica», Αθήνα

3. «Embryo Care», Αθήνα

4. Β' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η προεκλαμψία είναι μια συστηματική νόσος της κύησης που χαρακτηρίζεται από εμφάνιση υπέρτασης και πρωτεϊνουρίας μετά την 20η εβδομάδα της κύησης. Η Ασύμμετρη διμέθυλοαργινίνη (ADMA) είναι ένας ενδογενής ανταγωνιστικός αναστολέας της συνθάσης NO. Σε πολλές μελέτες έχουν αναφερθεί αυξημένα επίπεδα της ADMA στην προεκλαμψία κατά το δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, ενώ άλλες μελέτες απέτυχαν να δείξουν σημαντική διαφορά των συγκεντρώσεων της ADMA μεταξύ προεκλαμπτικών και φυσιολογικών κυήσεων. Σκοπός της μελέτης μας ήταν η σύγκριση των συγκεντρώσεων της ADMA σε όλα τα τρίμηνα της κύησης μεταξύ των φυσιολογικών κυήσεων και των κυήσεων που ανέπτυξαν προεκλαμψία στο τρίτο τρίμηνο ή είχαν ένα μικρό για την ηλικία κύησης νεογνό.

Ασθενείς και μέθοδοι: Σε αποθηκευμένα δείγματα ορού που είχαν ληφθεί κατά το πρώτο (11,57 - 13,57 εβδομάδες), δεύτερο (20,29 - 23,43 εβδομάδες) και τρίτο (28,0 - 34,71 εβδομάδες) τρίμηνο της εγκυμοσύνης, προσδιορίστηκαν εκ των υστέρων οι συγκεντρώσεις της ADMA σε α) 23 φυσιολογικές κυήσεις που γέννησαν τελειόμηνο φυσιολογικό μωρό β) σε 11 κυήσεις που ανέπτυξαν προεκλαμψία (υπέρταση και πρωτεϊνουρία) μετά την 24η εβδομάδα κύησης, και γ) σε 7 κυήσεις που γέννησαν νεογνά μικρού βάρους για την αντίστοιχη ηλικία (SGA). Ο προσδιορισμός της ADMA έγινε με το εμπορικό Kit: ADMA-ELISA DLD (Gesellschaft für Diagnostica und Medizinische Geräte mbH, Hamburg, Γερμανία).

Αποτελέσματα: Η μέση τιμή (\pm SD) των συγκεντρώσεων της ADMA ($\mu\text{mol} / \text{L}$) στις φυσιολογικές κυήσεις ήταν: $0,55 \pm 0,14$; $0,58 \pm 0,12$; $0,63 \pm 0,17$ στα τρία τρίμηνα αντίστοιχα. Οι συγκεντρώσεις της ADMA στις κυήσεις που ανέπτυξαν προεκλαμψία ($0,57 \pm 0,12$; $0,62 \pm 0,15$; $0,59 \pm 0,14$, στα τρία τρίμηνα, αντίστοιχα) δεν διέφεραν σημαντικά από τις φυσιολογικές κυήσεις, σε κανένα τρίμηνο. Αντιθέτως, οι γυναίκες με SGA νεογνά είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ADMA, σε κάθε τρίμηνο σε σύγκριση με τις φυσιολογικές κυήσεις. ($0,39 \pm 0,12$; $P = 0,029$ για το 1ο τρίμηνο; $0,41 \pm 0,11$; $P = 0,002$ για το 2ο τρίμηνο; $0,46 \pm 0,13$; $P = 0,016$ για την 3ο τρίμηνο). Δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της ADMA στις φυσιολογικές κυήσεις και i) της PAPP-A και της Fβ-HCG στο 1ο τρίμηνο ii) του βάρους γέννησης του νεογνού

Συμπέρασμα: Η συγκέντρωση της ADMA στη φυσιολογική κύηση δεν αλλάζει σε κανένα από τα τρία τρίμηνα, παρά το γεγονός ότι υπάρχει μια ανοδική τάση καθώς η εγκυμοσύνη εξελίσσεται. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα της ADMA σε κανένα από τα τρία τρίμηνα μεταξύ των φυσιολογικών κυήσεων και των κυήσεων που ανέπτυξαν προεκλαμψία. Το πιο σημαντικό εύρημα είναι ότι οι κυήσεις με SGA νεογνά είχαν στατιστικά χαμηλότερα επίπεδα ADMA καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.



6ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Εμβρυομητρικής ιατρικής



Αναρτημένες Ανακοινώσεις



Εμβρυομυϊκής ιατρικής

Επιπλοκές στην κύηση

P01 | Μεγακύστη στο πρώτο τρίμηνο της κύησης.

Χ. Ιαβάτσο, Φ. Ντζιώρα, Δ. Πασχαλινόπουλος

Γυναικολογική Κλινική, Βουγιουκλάκειο Διαγνωστικό και Θεραπευτικό κέντρο

Σκοπός: Η παρουσίαση της σημασίας της πρώιμης υπερηχογραφικής διάγνωσης της μεγακύστης στο πρώτο τρίμηνο της κύησης.

Συζήτηση: Φυσιολογικά, η διάμετρος της ουροδόχου κύστης σε ηλικία κύησης 11-14 εβδομάδων δεν υπερβαίνει τα 6 χιλ.. Ως μεγακύστη ορίζεται η ανεύρεση επιμήκους διαμέτρου της ουροδόχου κύστης μεγαλύτερη από 7 χιλ. ή μεγαλύτερη του 10% του κεφαλουραίου μήκους του εμβρύου κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο της αυχενικής διαφάνειας. Αναλόγως, του μήκους, η μεγακύστη διακρίνεται σε ήπια (8-11 χιλ.), μέτρια (12-15 χιλ.) και σοβαρή (>15 χιλ.). Η μεγακύστη σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ανεύρεσης τρισωμίας 13 ή τρισωμίας 18. Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός που την εξηγεί είναι η αδυναμία κένωσης της κύστης εξαιτίας ατρησίας ή οπισθίων βαλβίδων της ουρήθρας, ενώ επίσης έχουν συσχετισθεί τα ατροφικά κοιλιακά τοιχώματα και η σοβαρή νεφρική δυσπλασία. Η συχνότητα της μεγακύστης στο γενικό πληθυσμό είναι 1/1800 κύσεις.

Συμπέρασμα: Αν και το μεγαλύτερο ποσοστό των ήπιων ή μέτριων βαθμών μεγακύστης υποστρέφουν αυτόματα, παρόλ'αυτά η ανεύρεση μεγακύστης στο πρώτο τρίμηνο της κύησης απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση της πιθανότητας να οφείλεται το εύρημα σε χρωμοσωμική ανωμαλία.

P02 | Ο ρόλος του *Chlamydia trachomatis* στον πρόωρο τοκετό

Χ. Ιαβάτσο, Φ. Ντζιώρα, Δ. Πασχαλινόπουλος

Γυναικολογική Κλινική, Βουγιουκλάκειο Διαγνωστικό και Θεραπευτικό κέντρο

Σκοπός: Η παρουσίαση του ρόλου του *Chlamydia trachomatis* στον πρόωρο τοκετό.

Συζήτηση: Τα χλαμύδια είναι μικρά, ακίνητα, Gram (-) στρογγυλά ή ωοειδή, υποχρεωτικά ενδοκυττάρια βακτήρια. Πολλαπλασιάζονται στο κυτταρόπλασμα των κυττάρων -ξενιστών και σχηματίζουν χαρακτηριστικά έγκλειστα ορατά με το κοινό μικροσκόπιο. Το *Chlamydia trachomatis* διαιρείται με βάση τις αντιγονικές διαφορές στην επικρατούσα πρωτεΐνη της εξωτερικής μεμβράνης σε 15 οροτύπους. Οι ορότυποι B, Ba, D - K είναι οι αιτιολογικοί παράγοντες λοιμώξεων του ουρογεννητικού συστήματος. Το *Chlamydia trachomatis* μπορεί να προκαλέσει λοιμώξεις του τραχήλου, της ουρήθρας, των Bartholinian αδένων και των σαλπίγγων. Τα ποσοστά λοίμωξης στις εγκύους κυμαίνονται από 2-42%. Το *Chlamydia trachomatis* μπορεί να μολύνει το φθαυτό και τον πλακούντα και να τροποποιήσει την παραγωγή κυτταροκινών και χυμοκινών από την τροφοβλάστη και να επηρεάσει την έκβαση της κύησης. Σε μελέτες, έχει βρεθεί ότι η λοίμωξη από *Chlamydia trachomatis* σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για χοριοαμνιονίτιδα, πρόωρο τοκετό και πρόωρη ρήξη υμένων. Έχει δείχθει ότι η λοίμωξη με *Chlamydia trachomatis* κατά την



24η εβδομάδα της κύησης διπλασιάζει ή τριπλασιάζει τον κίνδυνο αυτόματου πρόωρου τοκετού. Ο μηχανισμός που πιθανολογείται είναι η αυξημένη παραγωγή κυτταροκινών, προσταγλανδινών και βλεννολυτικών ενζύμων, που οδηγούν σε πρόωρη ρήξη των υμένων.

P03 | *Θρομβοφιλία και επιπλοκές κύησης 1ου τριμήνου (Review)*

Γ. Αναγνώστου, Γ. Εμμανουήλ, Β. Γκούμας, Ι. Κούτρας

PREGENESIS Πρότυπο Κέντρο Προγεννητικής Διάγνωσης

Η θρομβοφιλία θεωρείται γενικώς ένοχη για περιπτώσεις αποβολών ή επιπλοκών κύησης αγνώστου λοιπής αιτιολογίας. Οι μέχρι τώρα μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί επικεντρώνονται στις εξής τρεις μεταλλάξεις που έχουν συνδεθεί με την θρομβοφιλία: Factor V Leiden, Prothrombin G20210A και MTFHR (C677T & A1298C). Η μετάλλαξη Leiden σε ομοζυγωτία έχει βρεθεί να αυξάνει το κίνδυνο θρόμβωσης πέραν της 10ης εβδομάδας κύησης 2 με 3 φορές. Η προθρομβίνη δεν έχει αποδεδειγμένα κάποια επίδραση κατά την ίδια χρονική περίοδο κύησης καθώς άλλες έρευνες παρουσιάζουν αύξηση του κινδύνου επιπλοκών και άλλες καμία επίδραση. Οι μεταλλάξεις του MTFHR τέλος εμφανίζονται σε πολύ υψηλά ποσοστά στον γενικό πληθυσμό (46% είναι φορείς αυτών) και δεν υπάρχει καμία ένδειξη αύξησης κινδύνου θρόμβωσης κατά την κύηση. Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι πέραν των περιπτώσεων ομοζυγωτίας για την μεταλλαγή Leiden καμία από τις άλλες μεταλλαγές, ακόμα και σε ομοζυγωτία, δεν μπορεί να θεωρηθεί από μόνη της παράγοντας αυξημένου κινδύνου εμφάνισης θρόμβωσης. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η ανάδειξη της σημασίας που θα έχει μία έρευνα που θα ασχοληθεί με το πολυπαραγοντικό νόσημα της θρομβοφιλίας εξετάζοντας τους παραπάνω παράγοντες και κάποιους επιπλέον σημαντικούς (PAI-1, HPA1, Endothilium Protein C Receptor). Το σημαντικό όμως είναι οι παράγοντες αυτοί να μελετηθούν όχι μεμονωμένα αλλά συνδυαστικά και τότε να υπολογιστεί η ενδεχόμενη επίδραση που έχουν στην εμφάνιση θρόμβωσης.

P04 | *Συγγενής εμβρυϊκός χυλοθώρακας κατά την διάρκεια της κύησης*

Π. Πέτσιδης^{1,2}, Β. Τσεκούρα³, Αικ. Πέτσιδου³, Ε. Τσαντούλας¹, Γ. Φαρμακίδης¹, Δ. Οικονομίδης²

1. Γενικό Νοσοκομείο Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου»

2. Department of Obstetrics and Gynaecology «Royal Free Hospital», London

3. Γενικό Νοσοκομείο Μαιευτήριο «Αλεξάνδρας»

Σκοπός της εργασίας: Παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού με συγγενή εμβρυϊκό χυλοθώρακα κατά την διάρκεια της κύησης.

Υλικό και μέθοδος: Δευτεροτόκος 30 ετών προσήλθε στο τμήμα εμβρυολογικής ιατρικής για τον υπερηχογραφικό έλεγχο της αυχενικής διαφάνειας στις 12 εβδομάδες και έξι ημέρες της εγκυμοσύνης. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος ανέδειξε την ύπαρξη αυξημένης αυχενικής διαφάνειας NT=12 mm. Η έγκυος υπεβλήθη σε λήψη χοριακής λάχνης. Ο καρύτυπος ήταν φυσιολογικός παρουσιάζοντας καρύτυπο ενός άρρενος έμβρυου 46 ΧΥ. Ακολούθως διενεργήθηκαν διαδοχικά υπερηχογραφήματα στις 16 εβδομάδες, και το β-επιπέδου στις

Εμβρυομυϊκής ιατρικής

20 εβδομάδες. Η ανατομική υπερηχογραφική μελέτη στις 20 εβδομάδες παρουσίασε εικόνα πολυυδραμνίου και μονόπλευρης υδρονέφρωσης. Ο έλεγχος για λοιμώξεις (Toxoplasma, Rubella, Cytomegalovirus-TORCH), ήταν αρνητικός. Στις 29 εβδομάδες της εγκυμοσύνης ο υπερηχογραφικός έλεγχος ανέδειξε την ύπαρξη αμφοτερόπλευρου υδροθώρακα και περικαρδιακής συλλογής. Τα doppler ομφαλικής αρτηρίας μέσης εγκεφαλικής και φλεβώδη πόρου ήταν φυσιολογικά. Το ζεύγος πληροφορήθηκε για την πιθανή κακή πρόγνωση της κύησης και την εξέλιξη της σε ενδομήτριο θάνατο. Στις 30 εβδομάδες διενεργήθηκε τοποθέτηση ενδοθωρακικού shunt για παροχέτευση του υπεζωκοτικού υγρού χωρίς ιδιαίτερα αποτελέσματα, επίσης χορηγήθηκαν κορτικοστεροειδή. Ακολούθως στις 32 εβδομάδες η ασθενής ανέπτυξε τοξιναιμία της κύησης και υπεβλήθει σε επείγουσα καισαρική τομή. Το άρρεν νεογνό βάρους 1500 γρ. με Apgar score 3, διασωληνώθηκε στην νεογνολογική μονάδα, παρόλη την επείγουσα αναζωογόνηση εξέπνευσε μετά από 24 ώρες; ακολούθως έγινε παθολογοανατομική εξέταση.

Αποτελέσματα: Το πόρισμα της παθολογοανατομικής εξέτασης ήταν: Αμφοτερόπλευρος συγγενής χυλοθώρακας.

Συμπεράσματα: Ο συγγενής εμβρυϊκός χυλοθώρακας είναι μια βαριά κλινική οντότητα της εμβρυϊκής ζωής με υψηλή θνησιμότητα, απαιτείται επεμβατική αντιμετώπιση σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή.

P05 | Ραγείσα εξωμήτριος κύηση σε κολόβωμα αφαιρεθείσας σάλπιγγος: παρουσίαση περιστατικού

Ε. Κολτσίδα, Μ. Δελιανίδου, Α. Μελιτζανοπούλου, Χρ. Κωνσταντίνου, Α. Κωνσταντίνου, Δ. Μασμανίδου

Τμήμα Μαιευτικής- Γυναικολογίας, Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Βέροιας

Σκοπός: Παρουσιάζουμε την περίπτωση μίας ασθενούς με έκτοπη σαλπιγγική κύηση με ιστορικό αφαίρεσης ωθήκης και σύστοιχο σαλπιγγεκτομή προ έτους. Η ανωτέρω παθολογική οντότητα είναι σπάνιο φαινόμενο.

Υλικό και μέθοδος: Τριαντάχρονη γυναίκα με ιστορικό 1) προηγηθείσας καισαρικής τομής, και 2) αφαίρεση αριστερής ωθήκης και σύστοιχης σάλπιγγος λόγω τερατώματος και πυοσάλπιγγος στις 12 Ιουνίου 2008, εισήλθε στην κλινική μας στις 6 Νοεμβρίου 2009, με συμπτώματα άλγους υπογαστρίου και ακανόνιστης κοιλιακής αιμόρροιας απο δεκαήμερου. Το σημείο Kehr ήταν θετικό. Υπερηχογραφικά διαπιστώνεται υγρό στην περιτοναϊκή κοιλότητα με τεστ κύησης θετικό και θετική δουλγασειοπαρακέντηση. Με βάση τα στοιχεία αυτά τέθηκε προεγχειρητική διάγνωση ραγείσας εκτόπου κυήσεως και αποφασίσθηκε επείγουσα λαπαροτομή.

Αποτελέσματα: Βάση των διεγχειρητικών ευρημάτων και του πορίσματος ιστολογικής εξέτασης των εξαιρεθέντων ιστών επιβεβαιώθηκε η προεγχειρητική διάγνωση ραγείσας σαλπιγγικής εκτόπου κύησης στην ισθμική μοίρα- κολοβώματος της αριστερής σάλπιγγας. Η δεξιά σάλπιγα ήταν ανέπαφη με διαβατότητα διαπιστωμένη με μύλη και υπήρχε ωχρό



σωμάτιο κύησης στην σύστοιχη ωothήκη. Η έκτοπος κύηση στην αριστερή σάλπιγγα συνέβη προφανώς είτε όταν α) ωάριο από τη δεξιά ωothήκη και σπέρμα γονιμοποιήθηκαν στη δεξιά σάλπιγγα και μετακινήθηκαν στον αριστερό σαλπιγγικό αυλό, όπου εμφυτεύτηκαν στο κολόβωμα, είτε β) μέσω μετεγχειρητικού συριγγίου του κολοβώματος, που δεν ήταν δυνατό να διαπιστωθεί, λόγω του ότι είχε ραγεί-σπάνια οντότητα. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν χωρίς επιπλοκές και στον επανέλεγχο μετά τέσσερις εβδομάδες δεν βρέθηκαν παθολογικά ευρήματα.

Συμπεράσματα: Η έκτοπος κύηση μετά από αφαίρεση ωothήκης και σύστοιχη σαλπιγγεκτομή αποτελεί σπάνιο φαινόμενο. Παρόλα αυτά πάντα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας.

Ρ06 | *Κύηση σε γυναίκα με νόσο buerger: παρουσίαση περιστατικού και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας*

Β. Σιούλας, Ν. Τουμπανάκης, Ι. Σαλλούμ, Ι. Τασιοπούλου, Π. Καλαντζή, Δ. Κασσάνος, Ε. Σαλαμαλέκης

Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Η νόσος Buerger (αποφρακτική θρομβοαγγειίτιδα) συναντάται σε βαρείς καπνιστές και αποτελεί μια μη αθηροσκληρωτική, φλεγμονώδη, αποφρακτική νόσο που, συνήθως, προσβάλλει κατά τμήματα τις μικρές και μεσαίου μεγέθους αρτηρίες των άκρων. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση της έκβασης της κύησης σε γυναίκα με νόσο Buerger και η ανασκόπηση των σχετικών βιβλιογραφικών δεδομένων.

Πρόκειται για γυναίκα, ηλικίας 34 ετών, με νόσο Buerger και ιστορικό θρόμβωσης (Δε) ιγνυακής αρτηρίας, που προσήλθε στην Κλινική μας κατά την 24η εβδομάδα της κύησης για έλεγχο και περαιτέρω παρακολούθηση. Η αγωγή της, ήδη, περιελάμβανε τη χρήση ακετυλοσαλικυλικού οξέος (100 mg) και τινζαπαρίνης (7000-8000 IU ημερησίως, ανάλογα με το σωματικό της βάρος). Το υπερηχογράφημα Triplex στα αγγεία των κάτω άκρων ανέδειξε στενωτικές αλλοιώσεις >50% στη (Δε) ιγνυακή, πρόσθια και οπίσθια κνημιαία αρτηρία. Εκτός από μια προοδευτική μείωση του εμβρυϊκού ρυθμού ανάπτυξης, η κύηση εξελίχθηκε ομαλά μέχρι την 37η εβδομάδα, όταν και αποφασίστηκε η περάτωσή της με καισαρική τομή μετά από πρόωρη ρήξη των υμένων. Υπό γενική αναισθησία, γεννήθηκε θήλυ νεογνό με σωματικό βάρος 2310 g (SGA), pHUA: 7.34 και Apgar score 7/1', 9/5'. Η ιστολογική εξέταση του πλακούντα αποκάλυψε την αυξημένη παρουσία διαλαχνικών θρόμβων, χωρίς στοιχεία φλεγμονώδους διήθησης. Στην περίοδο της λοχείας, η γυναίκα λάμβανε κετυλοσαλικυλικό οξύ (100 mg) και τινζαπαρίνη 4500 IU ημερησίως, ενώ δεν παρουσίασε κάποια επιπλοκή.

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται πέντε κύσεις σε γυναίκες πάσχουσες από νόσο Buerger. Δύο από αυτές τερματίστηκαν πρόωρα με επείγουσα καισαρική τομή, λόγω εμβρυϊκής δυσχέρειας σε έδαφος IUGR. Η συμπτωματολογία της νόσου φαίνεται να επιδεινώνεται στο τρίτο τρίμηνο της κύησης, με εκδηλώσεις που ποικίλουν από κυάνωση και άλγος στα κάτω άκρα μέχρι εξέλκωση και νέκρωση των δακτύλων ή της προκνημιαίας χώρας. Η λοχεία συνδέεται με ύφεση της νόσου Buerger.

Εμβρυομυϊκής ιατρικής

P07 | Ομόζυγος β-μεσογειακή αναιμία και κύηση

Δ. Κορτεσιάδης, Α. Λυκάκης, Η. Χιντιπιάς, Ε. Τζιβρά, Δ. Κασσάνος, Ε. Σαλαμαλέκης

Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Η β-μεσογειακή αναιμία είναι το επακόλουθο της παθολογικής σύνθεσης των β-πεπτιδικών αλυσίδων της σφαιρίνης. Οι ασθενείς που πάσχουν από ομόζυγο β-μεσογειακή αναιμία υποφέρουν από σοβαρού βαθμού αναιμία και υπερσπληνισμό και είναι εξαρτώμενες από μεταγγίσεις αίματος. Η υποξία και η εναπόθεση σιδήρου στους ιστούς μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή, ηπατική και ενδοκρινική ανεπάρκεια. Η ανεπάρκεια των γονάδων οδηγεί συνήθως σε υπογονιμότητα, ωστόσο έχουν καταγραφεί αρκετά περιστατικά κύησεων με ομαλή έκβαση.

Γυναίκα 38 ετών με ομόζυγο β-μεσογειακή αναιμία, εξαρτώμενη από μεταγγίσεις ολικού αίματος, υπεβλήθη με επιτυχία σε εξωσωματική γονιμοποίηση στη Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής της Κλινικής μας. Προέκυψε δίδυμος κύηση, η οποία κατέληξε ως μονήρης μετά την αυτόματη αποβολή του ενός από τα δύο έμβρυα κατά την 8η εβδομάδα κύησης. Η έγκυος τέθηκε σε συστηματική παρακολούθηση στο Τμήμα Κυήσεων Υψηλού Κινδύνου της Κλινικής μας. Η ασθενής είχε υποβληθεί σε σπληνεκτομή σε ηλικία 19 ετών, ενώ ήταν σε θεραπεία υποκατάστασης με θυρεοειδική ορμόνη λόγω υποθυρεοειδισμού. Ο απεικονιστικός έλεγχος καρδιάς και ήπατος αποκάλυψε μικρού βαθμού ηπατική αιμοσιδήρωση. Ο έλεγχος της καρδιακής λειτουργίας ήταν φυσιολογικός. Ο προγεννητικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός και η ανάπτυξη του εμβρύου δεν παρουσίασε προβλήματα. Η ασθενής έλαβε στην εγκυμοσύνη ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους, η οποία αυξήθηκε σε δοσολογία στο 3ο τρίμηνο της κύησης, και ασπιρίνη. Από την αρχή της εγκυμοσύνης η ασθενής μεταγγιζόταν με πλυμένα και φιλτραρισμένα ερυθρά αιμοσφαίρια κάθε 15 ημέρες, ενώ υπήρχε τακτικός κλινικοεργαστηριακός έλεγχος για την αξιολόγηση και των διαφόρων αιματολογικών παραμέτρων. Η κύηση ολοκληρώθηκε στις 38 εβδομάδες με καισαρική τομή, κατά την οποία γεννήθηκε ένα θήλυ, υγιές νεογνό με σωματικό βάρος 2.900 γρ., pH ομφαλικής αρτηρίας 7,28 και Apgar Score 9/1 και 10/5'.

P08 | Στένωση μιτροειδούς ή πνευμονικής βαλβίδας και κύηση

Β. Σταθοπούλου, Ζ. Σιάσου, Β. Μιχαλίτση, Ε. Γκουνάρα, Χ. Συριστατίδης, Δ. Κασσάνος

Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Η σοβαρού βαθμού στένωση της πνευμονικής ή της μιτροειδούς βαλβίδας στην εγκυμοσύνη μπορεί να έχει καταστροφικές επιπτώσεις τόσο για τη μητέρα, όσο και το κύημα. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση της έκβασης δύο περιστατικών με στένωση της πνευμονικής και της μιτροειδούς βαλβίδας της μητέρας, αντίστοιχα, στην κύηση.

Το πρώτο περιστατικό αναφέρεται σε ασθενή 25 ετών, με συγγενή στένωση της πνευμονικής βαλβίδας (τάξη κατά NYHA II), ενώ το δεύτερο σε ασθενή 29 ετών, η οποία



εμφάνισε αιμόπτυση την 20η εβδομάδα της κύησης, οπότε διαγνώστηκε ρευματικής αιτιολογίας στένωση μιτροειδούς βαλβίδας (τάξη κατά NYHA II-III).

Αμφότερες οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε διαδερμική βαλβιδοπλαστική την 30η και 28η εβδομάδα της κύησης αντίστοιχα. Η διάμετρος της πνευμονικής βαλβίδας αυξήθηκε από 16mm στα 20mm και η μέγιστη κλίση πίεσης μειώθηκε από 120mmHg (μέση 60-65 mmHg) στα 60mmHg (μέση 29 mmHg), με επακόλουθη βελτίωση της συμπτωματολογίας. Το εμβαδόν της μιτροειδούς βαλβίδας από 0,9 cm² αυξήθηκε στα 1.3 cm², με σημαντική μείωση της μέσης κλίσης πίεσης από 18 στα 10 mmHg και τελικό λειτουργικό αποτέλεσμα τάξη κατά NYHA II.

Κατά τη διάρκεια της επέμβασης χρησιμοποιήθηκε ασπίδα προστασίας της κοιλίας, διατραχειακή ηχωκαρδιογραφία, καθώς και ό,τι δυνατόν ώστε να μειωθεί στο ελάχιστο ο χρόνος έκθεσης κατά την φλουοροσκόπηση, με σκοπό τον περιορισμό των πιθανών δυσμενών αποτελεσμάτων της ραδιενέργειας στο έμβρυο. Ο τοκετός πραγματοποιήθηκε με καισαρική τομή στις 38 και 36 εβδομάδες αντίστοιχα, αν και στην πρώτη περίπτωση επιχειρήθηκε διεκπεραίωση της κύησης με φυσιολογικό τοκετό. Κατά τη μακροπρόθεσμη παρακολούθηση, οι μητέρες παρέμειναν κλινικά σταθερές και τα παιδιά παρουσίασαν φυσιολογική σωματική και πνευματική ανάπτυξη. Η διαδερμική βαλβιδοπλαστική μπορεί να εφαρμοστεί κατά τη διάρκεια της κύησης με ασφάλεια, με χρήση των κατάλληλων τεχνικών και λαμβάνοντας τις απαραίτητες προφυλάξεις, με εξαιρετικά αποτελέσματα τόσο για τη μητέρα, όσο και το έμβρυο.

P09 | *Κεντρική αποκόλληση πλακούντα και καρδιοτοκογραφικά ευρήματα*

Z. Σιάσου, Β. Σταθοπούλου, Α. Τάσσου, Ε. Αλεξίου, Μ. Ζαχαρίου, Κ. Λόγης, Δ. Κασσάνος

Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα ονομάζεται η κλινική κατάσταση κατά την οποία ο φυσιολογικά εμφυτευμένος πλακούντας διαχωρίζεται από το σημείο εμφύτευσης πριν τον τοκετό. Εμφανίζεται με συχνότητα 1:77-89 κυήσεις και μπορεί να οδηγήσει σε εμβρυϊκό θάνατό σε 1:500-750 περιπτώσεις. Η κεντρική αποκόλληση του πλακούντα (20%) είναι ύπουλη και επικίνδυνη κλινική κατάσταση, διότι δεν εκδηλώνεται με κολπική αιμόρροια, η αποκόλληση μπορεί να είναι ολική, μπορεί να σχετίζεται με διάχυτη ενδαγγειακή πήξη και να έχει ως επακόλουθο εμβρυϊκό θάνατο. Τα κλινικά σημεία για την υποψία της κεντρικής αποκόλλησης του πλακούντα, όπως το αδιάλειπτο κοιλιακό άλγος ή άλγος στην οσφύ και η ευαισθησία ή υπερτονικότητα της μήτρας είναι μη ειδικά, συγχέονται με φαινόμενα έναρξης τοκετού και συνεπώς η διάγνωση μπορεί να διαφύγει. Σημαντική βοήθεια στη διάγνωση παρέχει το καρδιοτοκογράφημα, το οποίο μπορεί να αναδείξει την εμβρυϊκή δυσχέρεια, παρούσα στο 50% των αποκολλήσεων. Καρδιοτοκογραφικά ευρήματα της κεντρικής αποκόλλησης του πλακούντα είναι η εμβρυϊκή βραδυκαρδία, οι όψιμες επιβραδύνσεις του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού, οι παρατεταμένες επιβραδύνσεις που δεν αποκαθίστανται, η απουσία εμβρυϊκών παλμών και η αυξημένη μυομητρική δραστηριότητα ή εικόνα υπερτονίας της μήτρας.

Εμβρυομητρικής Ιατρικής

Ως προδιαθεσικοί παράγοντες πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα έχουν αναγνωριστεί το ιστορικό πρόωρης αποκόλλησης σε προηγούμενες κύσεις, η υπέρταση της κύησης ή χρόνια υπέρταση, η προεκλαμψία, η μεγάλη ηλικία της μητέρας, η φτωχή διατροφή, το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών, κυρίως κοκαΐνης, η χοριοαμνιονίτιδα, η απότομη ελάττωση του ενδομητρικού όγκου, οι τραυματισμοί στην κοιλιακή χώρα και η προσπάθεια εξωτερικού μετασηματισμού.

Παρουσιάζεται μια περίπτωση κεντρικής πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα που διαγνώστηκε στην Κλινική μας κατά τη διάρκεια του καρδιοτοκογραφικού ελέγχου, με χαρακτηριστικά ευρήματα τις παρατεταμένες επιβραδύνσεις του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού και την εμμένουσα βραδυκαρδία.

P10 | Βρογχικό άσθμα και κύηση

N. Τουμπανάκης, Β. Σιούλας, Σ. Θεοδώρου, Α. Καρατζή, Χ. Παστίδου, Π. Παναγόπουλος, Ε. Σαλαμαλέκης

Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Το βρογχικό άσθμα είναι η πιο συχνή πάθηση του αναπνευστικού συστήματος στη διάρκεια της κύησης, με το ποσοστό εμφάνισης να κυμαίνεται μεταξύ 3-8%. Η πορεία της νόσου στις εγκυμονούσες γυναίκες ποικίλει, με το 35% να παρουσιάζει επιδείνωση και το 28% ύφεση. Αντίθετα, στο 33% των ασθενών δεν καταγράφονται αξιοσημείωτες μεταβολές ως προς τη βαρύτητα των αναπνευστικών εκδηλώσεων κατά την κύηση. Η σοβαρότητα του βρογχικού άσθματος προ της σύλληψης ενδεχομένως να καθορίζει την ένταση της νόσου στη μετέπειτα περίοδο. Από την άλλη πλευρά, το ιστορικό βρογχικού άσθματος, πιθανώς, συσχετίζεται με μητρικές και εμβρυϊκές επιπλοκές, όπως αποβολές, αιμορραγία στην κύηση ή μετά τον τοκετό, αναιμία, αυξημένη συχνότητα καισαρικής τομής, πρόωρο τοκετό, υπέρτασική νόσο της κύησης, συγγενείς ανωμαλίες, προδρομικό πλακούντα και υπολειπόμενη εμβρυϊκή ανάπτυξη. Τέλος, φαίνεται να επιβαρύνει και τα ποσοστά περιγεννητικής θνησιμότητας. Θεραπευτικά, η αντιμετώπιση της ασθματικής κρίσης στα πλαίσια της κύησης δεν διαφέρει ουσιαστικά, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Αναφορικά με το χρόνιο βρογχικό άσθμα, η χρήση εισπνεόμενων β2-διεγερτών βραχείας ή μακράς δράσης και κορτικοστεροειδών εξαρτάται, κυρίως, από τη γενικότερη συμπτωματολογία.

Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση της έκβασης της κύησης σε γυναίκα με ιστορικό βρογχικού άσθματος, η οποία χρειάστηκε να νοσηλευτεί στην Κλινική μας κατά την 25η εβδομάδα, λόγω δύσπνοιας, παροξυσμικού βήχα και αυτόματων καταγμάτων πλευρών.

P11 | Παρουσίαση περιστατικού οζώδους πολυαρτηρίτιδας διαγνωσθείσας στην κύηση

Σ. Μουρτζάκης, Γ. Σαλαμαλέκης, Κ. Πατσούρας, Β. Χριστοδουλοπούλου, Σ. Ανθίμου, Δ. Κασσάνος, Ε. Σαλαμαλέκης

Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Σκοπός της μελέτης μας είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού οζώδους πολυαρτηρίτιδας που πρωτοεμφανίστηκε στην κύηση και αντιμετωπίστηκε στην Κλινική μας. Η οζώδης πολυαρτηρίτιδα αποτελεί μια συστηματική αγγειοπάθεια με γενικευμένες φλεγμονώδεις και νεκρωτικές αλλοιώσεις των μικρών και μεσαίων αρτηριών. Γι' αυτό και περιγράφεται ως συστηματική νεκρωτική αγγειΐτιδα. Συνήθως προσβάλλει πολλά συστήματα και όργανα και εκδηλώνεται με πυρετό, αρθραλγίες, μυαλγίες, ταχυκαρδία, καταβολή δυνάμεων και βλάβες των περιφερικών νεύρων. Η επίπτωση της νόσου είναι 2-33/106 στο γενικό πληθυσμό, ενώ η συνύπαρξή της με εγκυμοσύνη είναι σπάνια.

Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς, 29 ετών, που προσήλθε στην Κλινική μας στη 15η εβδομάδα της κύησης, αιτιώμενη αιφνίδια οσφυαλγία, περιφερικές αρθραλγίες και μυαλγίες. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας παρουσίασε επιδείνωση της κλινικής της εικόνας με γενικευμένη μυϊκή αδυναμία, αυχεναλγία και εμφάνιση εμπυρέτου έως 38ο C. Από τον κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε λευκοκυττάρωση (έως 22,500 K/μl) με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, αύξηση της CRP (έως 200mg/l), της T.K.E (έως 100mm) και της CK (έως 450 U/l), καθώς και θετικοποίηση των ANCA αντισωμάτων. Πραγματοποιήθηκε βιοψία δέρματος-μυός, στην οποία αναδείχθηκε εικόνα αγγειΐτιδας, οπότε και συνεκτιμώντας τα κλινικοεργαστηριακά ευρήματα τέθηκε η διάγνωση της οζώδους πολυαρτηρίτιδας. Η αγωγή της ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της περιελάμβανε αναλγητικά (παρακεταμόλη, ΜΣΑΦ, πεθιδίνη), ενώ μετά τη διάγνωση του αυτοάνοσου νοσήματος προστέθηκε κορτιζόνη και υπεράνοση γ-σφαιρίνη. Η κύηση τερματίστηκε στην 34η εβδομάδα με καισαρική τομή, με τη γέννηση ενός άρρενος νεογνού ΣΒ:2155gr, pHUA:7,32 και Apgar score: 9/10.

Η εκδήλωση της οζώδους πολυαρτηρίτιδας στην κύηση είναι σπάνια και καθίσταται θανατηφόρος στις σοβαρές της μορφές, ιδίως στις περιπτώσεις βαριάς προσβολής των νεφρών και της μη έγκαιρης διάγνωσης και αποτελεσματικής θεραπείας της νόσου. Αντίθετα, η εξέλιξη του εμβρύου δεν επηρεάζεται από την πάθηση και στις περισσότερες περιπτώσεις συνιστάται να συνεχίζεται η εγκυμοσύνη.

P12 | *Εγκεφαλοπάθεια Wernicke και κύηση*

Χ. Σπυριδάκης, Σ. Θεοδώρου, Ι. Καζάκος, Α. Παπιάς, Μ. Κάρλα, Ν. Μπουρνάς, Δ. Κασσάνος

Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Η εγκεφαλοπάθεια Wernicke είναι μια ενζυμική διαταραχή που μπορεί να οφείλεται είτε σε έλλειψη θειαμίνης, είτε σε δυσλειτουργία στη μετατροπή της σε πυροφωσφορική θειαμίνη, που αποτελεί το δραστικό μεταβολικό της παράγωγο. Εκδηλώνεται με τη χαρακτηριστική τριάδα των συμπτωμάτων: οφθαλμοπληγία (νυσταγμός, διπλωπία), σύγχυση και αταξία στην μητέρα, ενώ συνοδεύεται από εμβρυϊκό θάνατο σε ποσοστό περίπου 40%. Η ανεύρεση μεμονωμένων συμπτωμάτων δεν αποκλείει την ύπαρξη της νόσου, ενώ καμιά διαγνωστική δοκιμασία δεν θεωρείται ιδιαίτερα ακριβής. Μπορεί να επιπλέξει την υπερέμεση της κύησης και να συνοδεύεται από παθολογική ηπατική λειτουργία. Χωρίς θεραπεία, η εγκεφαλοπάθεια Wernicke μπορεί να οδηγήσει σε κώμα και θάνατο.

Εμβρυομυϊκής ιατρικής

Η 30χρονη ασθενής προσήλθε στην Κλινική μας, διανύουσα την 12η εβδομάδα της κύησης, αναφέροντας εμέτους, αδυναμία πρόσληψης τροφής, απώλεια 7kg σε τρεις εβδομάδες, κεφαλαλγία, αδυναμία συγκέντρωσης και αστάθεια κατά τη βάδιση. Ο νευρολογικός έλεγχος δεν ανέδειξε εστιακή σημειολογία, ενώ το ΗΕΓ ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Αν και συνεστήθη MRI εγκεφάλου, η ασθενής αρνήθηκε επικαλούμενη κλειστοφοβία. Η θεραπευτική αγωγή επικεντρώθηκε στην αποκατάσταση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών, στην κάλυψη των θερμιδικών αναγκών και στη χορήγηση θειαμίνης per os. Δύο εβδομάδες αργότερα η ασθενής εξήλθε της Κλινικής σε βελτιωμένη κατάσταση.

P13 | Πολύμορφο εξάνθημα της κύησης (*Pruritic Urticarial Papules and plaques of pregnancy*)

Μ. Κρεατά, Φ. Σπανού, Κ. Χαϊδόγιαννος, Κ. Πιλιτσίδου, Κ. Συκιώτης, Δ. Κασσάνος
Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Το πολύμορφο εξάνθημα της κύησης εμφανίζεται στην εγκυμοσύνη με συχνότητα 1:120 έως 1:240, ενώ παρατηρείται κυρίως σε πολύδυμες κυήσεις και σε παχύσαρκες, πρωτοτόκες γυναίκες που κυοφορούν άρρενα έμβρυα. Εκδηλώνεται συχνότερα στο τρίτο τρίμηνο. Ως προς την αιτία της, πιθανολογείται η δράση των αδρενεργικών διεγερτών, κυρίως της θειϊκής τερβουταλίνης.

Εκδηλώνεται συχνότερα με τη μορφή του κνησμών εξανθήματος, το οποίο χαρακτηρίζεται από ερυθρές βλατίδες και μικρές κνιδωτικές πλάκες. Το εξάνθημα εντοπίζεται αρχικά στο κοιλιακό τοίχωμα (80-90%) και στη συνέχεια στους μηρούς. Τα υπόλοιπα μέρη του σώματος, όπως οι παλάμες και τα πόδια, προσβάλλονται σπάνια, ενώ ποτέ δεν ανευρίσκονται αλλοιώσεις στο πρόσωπο. Κατά την εμφάνιση του εξανθήματος, είναι πιθανή η εμφάνιση οιδήματος και φυσαλίδων στην επιδερμίδα. Η διάγνωση της νόσου τίθεται με την ιστολογική εξέταση, η οποία είναι συμβατή με την παρουσία μη ειδικής περιαγγειακής διήθησης από ιστιοκύτταρα και ηωσινόφιλα, παρακεράτωσης, σπογγιοκυττάρωσης και ακάνθωσης. Η μέθοδος του άμεσου ανοσοφθορισμού είναι αρνητική για την ανίχνευση ανοσοσφαιρινών και συμπληρώματος στις δερματικές αλλοιώσεις.

Η νόσος δεν φαίνεται να έχει δυσμενείς επιδράσεις στη μητέρα και στο έμβρυο, έχει σύντομη πορεία, υποχωρεί πλήρως μετά τον τοκετό και δεν υποτροπιάζει σε επόμενες κυήσεις. Ωστόσο, στις βαριές μορφές της νόσου συνιστάται η εντατική παρακολούθηση του εμβρύου τις τελευταίες εβδομάδες της κύησης. Η θεραπεία της νόσου περιλαμβάνει τη χορήγηση κορτικοστεροειδών τοπικά και αντιισταμινικών per os, όπως είναι η χλωρφαινιραμίνη.

Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση της αντιμετώπισης στην Κλινική μας εγκύου με πολύμορφο εξάνθημα της κύησης, διαγνωσθέν στη διάρκεια του τρίτου τριμήνου.

P14 | Υπερέμεση κύησης και υπερθυρεοειδισμός

Μ. Κρεατσά, Γ. Μπάσιος, Π. Σκάρπας, Π. Χάδλα, Κ. Συκιώτης, Δ. Κασσάνος

Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Ως υπερέμεση της κύησης ορίζεται η παρουσία επεισοδίων εμέτου σε βαθμό ικανό ώστε να προκληθεί απώλεια βάρους, αφυδάτωση, οξέωση, μεταβολική αλκάλωση, υποκαλαιμία και υπονατρίαμία της εγκύου. Η πάθηση παρατηρείται σε συχνότητα 0.1-1% και εκδηλώνεται κυρίως σε πρωτοτόκες γυναίκες κατά την 6η - 10η εβδομάδα της κύησης. Οι επιπλοκές της είναι ο λήθαργος, οι σπασμοί, η αναπνευστική ανεπάρκεια, η ηπατική δυσλειτουργία, η εγκεφαλοπάθεια Wernicke, η μεγαλοβλαστική αναιμία, η περιφερική νευρίτιδα και, τέλος, η θυρεοειδική δυσλειτουργία.

Ειδικότερα, η θυρεοειδική δυσλειτουργία που παρατηρείται στις περιπτώσεις της υπερέμεσης της κύησης εκδηλώνεται με τη μορφή του υπερθυρεοειδισμού, συνήθως, στο πρώτο τρίμηνο της κύησης και υποχωρεί με την αποδρομή των συμπτωμάτων της υπερέμεσης. Ο υπερθυρεοειδισμός οφείλεται στην ενεργοποίηση του υποδοχέα της TSH από τα αυξημένα επίπεδα της β-hCG και χαρακτηρίζεται από αύξηση της FT4 >15μg/dl και μείωση της TSH <0.05mU/ml. Ωστόσο, από κλινικής πλευράς, οι έγκυες ασθενείς είναι ευθυρεοειδικές και δεν εμφανίζουν αντιθυρεοειδικά αντισώματα (TSAb).

Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση της αντιμετώπισης στην Κλινική μας εγκύου με υπερέμεση κύησης και υπερθυρεοειδισμό. Η γυναίκα, ηλικίας 34 ετών, προσήλθε στην 8η εβδομάδα της κύησης, αναφέροντας 5-6 εμέτους/ημέρα και μείωση του σωματικού βάρους κατά 4-5kg σε χρονικό διάστημα δύο εβδομάδων. Ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σημεία έντονης αφυδάτωσης, φυσιολογικές τιμές ηλεκτρολυτών, ελαφρά αυξημένη SGPT, αυξημένες τιμές FT4 και μειωμένη τιμή TSH. Τα αντιθυρεοειδικά αντισώματα ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Η αγωγή της στηρίχθηκε στην αποκατάσταση των υγρών - ηλεκτρολυτών και στη χορήγηση σιμετιδίνης, μετοκλοπραμίδης και προπυλοθειοουρακίλης. Η ασθενής μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων έλαβε εξιτήριο με συστάσεις για επανέλεγχο των θυρεοειδικών ορμονών εντός μηνός.

P15 | Χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία και κύηση

Σ. Θεοδώρου, Φ. Σπανού, Σ. Γράψας, Π. Τρομπούκης, Α. Μιχαλιτσιάνου, Κ. Λόγης, Δ. Κασσάνος

Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Η λευχαιμία επιπλέκει 1/75000-100000 κυήσεις. Το 89% αυτών αφορούν μυελογενή τύπο, ενώ το υπόλοιπο λεμφογενή. Αν και τα βιβλιογραφικά δεδομένα είναι πολύ περιορισμένα, αναφέρεται ότι στα πρώτα στάδια της νόσου (0-II) κατά Rai, η έναρξη αγωγής, πιθανώς, δεν βελτιώνει την έκβαση της νόσου.

Παρουσιάζεται η περίπτωση γυναίκας, πάσχουσας από χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία (ΧΛΛ), με τη διάγνωση να τίθεται στο Νοσοκομείο μας στη διάρκεια της 30ης εβδομάδας της κύησης. Το ατομικό και οικογενειακό της ιστορικό ήταν ελεύθερα. Κατά τον περιοδικό εργαστηριακό έλεγχο της εγκύου, η ανεύρεση 40000/mm λευκών αιμοσφαιρίων έθεσε

Εμβρυομηνιακή ιατρική

την αρχική υποψία της νόσου, με τον ανοσοφαινότυπο του περιφερικού αίματος να την επιβεβαιώνει. Η υπερηχογραφική διερεύνηση της άνω κοιλίας ανέδειξε ηπατομεγαλία και σπληνομεγαλία. Η έγκυος υπεβλήθη σε πολλαπλές μεταγγίσεις με συμπτωκνωμένα ερυθρά αιμοσφαίρια, λόγω βαθμιαίας πτώσης των αντίστοιχων αιματολογικών παραμέτρων. Στην 33η εβδομάδα της κύησης, η προοδευτική μείωση των αιμοπεταλίων και η ανάγκη για οριστικοποίηση της διάγνωσης και θεραπευτική αγωγή, οδήγησαν στον τερματισμό της με καισαρική τομή. Υπό γενική αναισθησία, γεννήθηκε άρρεν νεογνό με σωματικό βάρος 2495 g, pHUA: 7.37 και Apgar score 9/1', 9/5'. Ο πλακούντας απεστάλη προς ιστολογική εξέταση. Στη διάρκεια της λοχείας δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές.

P16 | Θυρεοτοξίκωση στην εγκυμοσύνη: αναφορά περιστατικού Γεωργοπούλου Ε.¹, Κανακάκης Σ.¹, Κούκκου², Θωμόπουλος Κ.³, Κομνού Α.³, Φαρμακίδης Γ.¹

1. Στ' Μαιευτική / Γυναικολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Έλενα Βενιζέλου», Αθήνα.
2. Ενδοκρινολογικό τμήμα, Νοσοκομείο «Έλενα Βενιζέλου»
3. Καρδιολογικό τμήμα, Νοσοκομείο «Έλενα Βενιζέλου»

Ο υπερθυρεοειδισμός αφορά το 0,1-0,4% περίπου των κυήσεων (1). Η κλινική διάγνωση του υπερθυρεοειδισμού στην εγκυμοσύνη είναι δύσκολη, γιατί η ίδια η εγκυμοσύνη συνοδεύεται από υπερδυναμική κυκλοφορία, ταχυκαρδία, ζεστό και υγρό δέρμα και δυσανεξία στη ζέση (1). Συχνή είναι η παρουσία μυξοιδήματος, ενώ ο εξόφθαλμος είναι σπάνιος (2).

Η ασθενής είναι μια έγκυος πρωτοτόκος 29 ετών με ελεύθερο ατομικό και κληρονομικό ιστορικό και ελεύθερο μαιευτικό ιστορικό, εκτός από την εμφάνιση υπερέμεσης στο 1ο τρίμηνο της κύησης, που δεν χρειάστηκε νοσηλεία και αυτοπεριορίστηκε γύρω στη 16η εβδομάδα της κύησης. Εμφανίζεται στο εξωτερικό μαιευτικό ιατρείο στην 31η εβδομάδα της κύησης με αρτηριακή υπέρταση (Α.Π.: 167/92, σφ. 120) και οιδήματα κάτω άκρων. Κατά την κλινική εξέταση:

Παρουσία σημαντικού εξόφθαλμου τον οποίο δεν είχε αντιληφθεί η έγκυος ούτε το περιβάλλον της. Έγινε καρδιολογική εκτίμηση και έναρξη αντιυπερτασικής αγωγής.

Έγινε εισαγωγή και ενδοκρινολογική εκτίμηση :

TSH : 0,01 (φτ 0,27-4,2), FT3: 18,83 (φτ 2,0-4,4), FT4 : 57,82 (φτ 9,3- 17,0)

TSI : 18, 95 (φτ <1,75IU/L), αντιTPO < 5' (φτ<34), αντι TG <10 (φτ<115)

Από την Α/Ε :τρόμος, σφ. 120. Αυξημένες διαστάσεις του αδένου, περισσότερο του ΔΕ λοβού, με ψηλάφηση σκληρού μεγάλου όζου του ΔΕ κάτω πόλου, Εξώφθαλμος άμφω χωρίς διαταραχές λειτουργίας οφθαλμικού μυός. Έναρξη αγωγής με tb Prothuril 50mg S:2x3. Επανεκτίμηση μετά από 5 ημέρες : σφ. 92, τρόμος ελαφρώς ελαττωμένος.

Έγινε U/S καρδιάς εμβρύου από εξειδικευμένο καρδιολόγο με φυσιολογικά ευρήματα και U/S θυρεοειδούς του εμβρύου όπου παρατηρήθηκαν αυξημένες διαστάσεις του θυρεοειδούς του εμβρύου.

Η ασθενής παρακολούθηθηκε στα εξωτερικά ιατρεία κάθε 10 ημέρες και υπεβλήθη σε καισαρική τομή την 37η εβδομάδα της κύησης.

Έρευνα στη διάρκεια της κύησης

P17 | Το «πλακουντιακό ρολόι» ως ρυθμιστής του τοκετού

Χ. Ιαβάτσο, Φ. Ντζιώρα, Δ. Πασχαλινόπουλος

Γυναικολογική Κλινική, Βουγιουκλάκειο Διαγνωστικό και Θεραπευτικό κέντρο

Σκοπός: Η παρουσίαση του ρόλου του πλακουντιακού ρολογιού στην έκλυση του τοκετού μέσα από μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Συζήτηση: Από την 7η-9η εβδομάδα της κύησης, η εμβρυοπλακουντιακή μονάδα παράγει ορμόνες, νευροπεπτίδια και κυτταροκίνες, με δράση που μοιάζει με τον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης. Στον άνθρωπο, το γονίδιο της CRH εκφράζεται επίσης και στον πλακούντα και τις μεμβράνες οδηγώντας στην απελευθέρωση της πλακουντιακής CRH στους μητρικούς και εμβρυϊκούς ιστούς κατά τη διάρκεια της κύησης. Η πλακουντιακή CRH ενισχύει τη δράση των οιστρογόνων στη μήτρα και στον τράχηλο, ενεργοποιεί την έκλυση προσταγλανδινών από τον πλακούντα και τις εμβρυϊκές μεμβράνες και προωθεί τη δράση της κυτοκίνης στο μυομήτριο. Όταν η CRH συνενώνεται στους υποδοχείς της, αυξάνονται το cAMP και το ενδοκυττάριο ελεύθερο ασβέστιο γεγονός που οδηγεί στη σύσπαση της μήτρας. Επιπλέον, η CRH μπορεί να ενεργοποιήσει και άμεσα τη συσταλτικότητα της μήτρας. Η CRH-BP μπλοκάρει αποτελεσματικά τη δράση της πλακουντιακής CRH στην μητρική υπόφυση και το μυομήτριο. Κατά το τέλος της κύησης και στον πρόωρο τοκετό, οι συγκεντρώσεις της CRH-BP μειώνονται και αυξάνεται η κυκλοφορούσα CRH. Άρα έχει προταθεί ότι η αύξηση της ελεύθερης CRH μπορεί να ενεργοποιεί τη διαδικασία του τοκετού. Η δράση της CRH στους ενδομητρικούς ιστούς και το μυομήτριο επιτυγχάνεται μέσω των υποδοχέων της CRH που έχουν υψηλή δεσμευτική ικανότητα. Οι Stevens et al έδειξαν ότι η έκφραση του CRH-R1 στο μυομήτριο είναι υψηλότερη σε εγκύους κατά τον τοκετό σε σύγκριση με αυτές που δεν είναι σε τοκετό.

Συμπέρασμα: Το πλακουντιακό ρολόι φαίνεται να συμμετέχει στη ρύθμιση του τοκετού.

P18 | *IL-1β, IL-10 και IL-18 στο αμνιακό υγρό του δευτέρου τριμήνου της κύησης ως προγνωστικός δείκτης πρόωρου τοκετού*

Πούχνερ Κ., Ιαβάτσο Χ., Γουργιώτης Δ., Μπούτσιου Μ., Μπάκα Σ., Χασιάκος Δ., Κουσκούνη Ε., Οικονόμου Ε., Τάσσης Κ., Κρεατσάς Γ.

2η Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

Σκοπός: Ο καθορισμός των συγκεντρώσεων των ιντερλευκινών IL-1β, IL-10 και IL-18 στο αμνιακό υγρό δευτέρου τριμήνου της κύησης και η συσχέτισή τους με τη δυνατότητα πρόγνωσης του πρόωρου τοκετού.

Μέθοδος: Προσδιορίστηκαν οι συγκεντρώσεις των IL-1β, IL-10 και IL-18 στο αμνιακό υγρό δευτέρου τριμήνου κύησης σε 38 γυναίκες που γέννησαν πρόωρα και σε 38 γυναίκες που γέννησαν στο τέλος της κύησης χρησιμοποιώντας ανοσοενζυμικές μεθόδους. Στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση δεσμευμένης λογιστικής παλινδρόμησης.

Εμβρυομυϊκής ιατρικής

Αποτελέσματα: Η IL-1β βρέθηκε ότι συσχετίζεται θετικά σε βαθμό στατιστικά σημαντικό με τη δυνατότητα πρόγνωσης πρόωρου τοκετού. Πιο συγκεκριμένα, για κάθε μονάδα αύξησης της IL-1β, υπήρχε 10 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα πρόωρου τοκετού (OR: 10.03, CI: 1.85- 54.27, $p=0.007$). Αντιθέτως, δεν ανευρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση των συγκεντρώσεων των IL-10 και IL-18 με τη δυνατότητα πρόγνωσης πρόωρου τοκετού ή πρόωρης ρήξης των εμβρυικών υμένων.

Συμπέρασμα: Η αυξημένη συγκέντρωση της IL-1β, σε αντίθεση με τις συγκεντρώσεις των IL-10 και IL-18 στο αμνιακό υγρό του δευτέρου τριμήνου της κύησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προγνωστικός δείκτης πρόωρου τοκετού.

P19 | Ο ρόλος αποπτωτικών μορίων στο αμνιακό υγρό δευτέρου τριμήνου κύησης ως προγνωστικών παραγόντων πρόωρου τοκετού

Πούχνης Κ., Ιαβάτσο Χ., Μπάκα Σ., Γουργιώτης Δ., Μπούτσιου Μ., Χασιάκος Δ., Κουσκούνη Ε., Οικονόμου Ε., Τάσσης Κ., Κρεατσός Γ.

2η Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

Σκοπός: Η διερεύνηση της συσχέτισης των αποπτωτικών μορίων (TNF-α, κυτοχρώματος C και νουκλεοσωμάτων) στο αμνιακό υγρό του δευτέρου τριμήνου της κύησης με τον πρόωρο τοκετό.

Μέθοδος: Προσδιορίστηκαν οι συγκεντρώσεις των ανωτέρω αποπτωτικών μορίων στο αμνιακό υγρό δευτέρου τριμήνου κύησης σε 38 γυναίκες που γέννησαν πρόωρα και σε 38 γυναίκες-μάρτυρες που γέννησαν στο τέλος της κύησης χρησιμοποιώντας ανοσοενζυμικές μεθόδους. Στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση δεσμευμένης λογιστικής παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα: Δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά των συγκεντρώσεων του TNF-α και του κυτοχρώματος C ανάμεσα σε γυναίκες που γέννησαν πρόωρα με ή χωρίς πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων και στις γυναίκες που γέννησαν στο τέλος της κύησης. Τα νουκλεοσώματα βρέθηκε ότι αποτελούν στατιστικά σημαντικούς ανεξάρτητους παράγοντες πρόβλεψης του πρόωρου τοκετού. Συγκεκριμένα, για κάθε μονάδα αύξησης των επιπέδων των νουκλεοσωμάτων, οι γυναίκες είχαν περίπου 0.2% μεγαλύτερο σχετικό κίνδυνο πρόωρου τοκετού (OR: 1.002, CI: 1.0-1.003, $p=0.018$).

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα του TNF-α και του κυτοχρώματος C που μετρώνται στο αμνιακό υγρό του δευτέρου τριμήνου της κύησης δεν αποτελούν προγνωστικούς δείκτες πρόωρου τοκετού ή πρόωρης ρήξης των εμβρυικών υμένων. Σε αντίθεση, τα επίπεδα των νουκλεοσωμάτων σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τη δυνατότητα πρόγνωσης του πρόωρου τοκετού.

P20 | Προγεννητική διάγνωση εμβρύου με πλήρη μονοσωμία 21

Παναγιώτης Πεϊτσιδης¹, Εμμανουήλ Μανωλάκος², Βασιλική Τσεκούρα³, Αικατερίνη Πεϊτσιδου³, Ευάγγελος Τσαντούλας¹, Γεώργιος Φαρμακίδης¹

1. Γενικό Νοσοκομείο Μαιευτήριο «Ελενας Βενιζέλου»



2. Κυτταρογενετικό εργαστήριο Βιοιατρικής
3. Γενικό Νοσοκομείο Μαιευτήριο «Αλεξάνδρας»

Σκοπός της εργασίας: Παρουσίαση προγεννητικής διάγνωσης ενός ιδιαίτερα σπάνιου περιστατικού πλήρους μονοσωμίας 21 με μέθοδο comparative genomic hybridization (Cgh-array).

Υλικό και μέθοδος: Τριτοτόκος 38 ετών προσήλθε στο τμήμα εμβρυομητρικής ιατρικής για τον υπερηχογραφικό έλεγχο της αυχενικής διαφάνειας στις 12 εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος έδειξε την ύπαρξη αυξημένης αυχενικής διαφάνειας NT=8 mm. Διενεργήθηκε λήψη χοριακής λάχνης CVS (Chorionic Villi Sampling). Η κυτταρογενετική ανάλυση του δείγματος πραγματοποιήθηκε με (Quantitative Fluorescent Polymerase Chain Reaction-QF-PCR) καθώς και με (Fluorescent in situ hybridization-FISH). Ο καρυότυπος του εμβρύου ήταν ο ακόλουθος 45,XY,-21 διαπιστώθηκε ύπαρξη μόνο ενός χρωμοσώματος 21. Στις 16 εβδομάδες της κύησης το έμβρυο παρουσίασε υπερηχογραφικά ευρήματα υπολειπόμενης ενδομήτριας ανάπτυξης (IUGR), γενικευμένο ύδρωπα και ολιγάμνιο. Οι γονείς κατόπιν γενετικής συμβουλής επέλεξαν την διακοπή της κύησης στις 19 εβδομάδες. Το έμβρυο απεστάλη για παθολογοανατομική εξέταση.

Αποτελέσματα: Η παθολογοανατομική εξέταση έδειξε σοβαρά σημεία υπολειπόμενης ανάπτυξης, μικροφθαλμία, μικροκεφαλία καθώς και γενικευμένο υδρωπα.

Συμπεράσματα: Η πλήρη μονοσωμία 21 είναι μια σπανιότατη γενετική διαταραχή η οποία δύναται να διαγνωσθεί προγεννητικά με τις νεότερες μεθόδους κυτταρογενετικής ανάλυσης (Quantitative Fluorescent Polymerase Chain Reaction-QF-PCR) καθώς και με (Fluorescent in situ hybridization-FISH).

P21 | *Μέτρηση των επιπέδων του αυξητικού παράγοντα IGF-I και των δεσμευτικών πρωτεϊνών IGFBP-1 και IGFBP-3 την 11η-13η εβδομάδα σε κυήσεις με τρισωμία 21 και τρισωμία 18*

Σταύρος Σηφάκης¹, Ranjit Akolekar², Απόστολος Ζαραβίνος³, Δήμητρα Κάππου¹, Νικήτας Μαντάς², Kypros H. Nicolaides²

1. Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν/μίου Κρήτης, Ηράκλειο

2. Department of Fetal Medicine, King's College Hospital, London, UK.

3. Εργαστήριο Κλινικής Ιολογίας Παν/μίου Κρήτης, Ηράκλειο

Σκοπός: Ο αυξητικός παράγοντας IGF-I (Insulin-like Growth Factor-1) ευοδώνει την ανάπτυξη & πολλαπλασιασμό των κυττάρων και συμμετέχει στους μηχανισμούς ρύθμισης της εμβρυικής ανάπτυξης και της πλακουντιακής λειτουργίας. Οι δεσμευτικές πρωτεΐνες του (IGF binding proteins) 1 και 3 καθορίζουν τη βιοδιαθεσιμότητά του στους ιστούς και την κυκλοφορία, παρουσιάζοντας ταυτόχρονα και ανεξάρτητες δράσεις. Στην παρούσα μελέτη προσδιορίστηκαν τα επίπεδα του IGF-I καθώς και των IGFBP-1 και IGFBP-3 στην 11η -13η εβδομάδα σε κυήσεις με εμβρυική ανευπλοειδία (τρिसωμία 21 και 18).

Υλικό & Μέθοδος: προσδιορίστηκαν οι συγκεντρώσεις των IGF-I, IGFBP-1 και IGFBP-3 στο

Εμβρυομητρικής ιατρικής

μητρικό ορό σε 30 κήσεις με τρισωμία 21 και 18 καθώς και σε 120 ευπλοειδικές κήσεις. Οι τιμές μετατράπηκαν σε MoM (multiple of the median) και συγκρίθηκαν οι μετρήσεις στις υπό εξέταση ομάδες ενώ τυχόν συσχετίσεις εξετάστηκαν με regression analysis.

Αποτελέσματα: οι τιμές (σε MoMs) των υπό εξέταση παραγόντων στην τρισωμία 21 (IGF-I: 1.1, IGFBP-1: 1.1, IGFBP-3: 0.9) και τρισωμία 18 (IGF-I: 1.14, IGFBP-1: 1.01, IGFBP-3: 1.16) δεν διέφεραν σημαντικά από τις αντίστοιχες σε ευπλοειδικές κήσεις. Σημαντική συσχέτιση μεταξύ των IGF-I και IGFBP-1 παρατηρήθηκε στις ευπλοειδικές κήσεις ($r=0.341$, $p<0.001$) αλλά όχι στις κήσεις με τρισωμία 21 ή 18. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των IGF-I και IGFBP-3 καθώς και των IGFBP-1 και IGFBP-3 στις ευπλοειδικές κήσεις, καθώς και στις κήσεις με τρισωμία 21 ή 18.

Συμπέρασμα: Ο προσδιορισμός των συγκεντρώσεων στο μητρικό ορό του αυξητικού παράγοντα IGF-I και των δεσμευτικών του πρωτεϊνών IGFBP-1 και IGFBP-3 στο πρώτο τρίμηνο της κύησης δε διαφέρει στην τρισωμία 21 και 18 από τις φυσιολογικές κήσεις και δε μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν δείκτης αναγνώρισης κήσεων υψηλού κινδύνου για εμβρυϊκή ανευπλοειδία.

P22 | Αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της μετφορμίνης στην κύηση σε γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών

Γ. Μπάσιος, Δ. Κορτεσιάδης, Ε. Τρακάκης, Ε. Ζαφείρη, Κ. Κανδύλη, Δ. Κασάνος, Ε. Σαλαμαλέκης

Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Είναι γνωστό πως γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS) παρουσιάζουν αντίσταση στην ινσουλίνη σε ποσοστό που ξεπερνά το 60% και διαταραχή στο μεταβολισμό της γλυκόζης σε ποσοστό 10-20%. Η χορήγηση της υδροχλωρικής μετφορμίνης, ενός διγουανιδίου που βοηθά στη μείωση της περιφερικής αντίστασης των ιστών στην ινσουλίνη, μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα σε αυτές τις γυναίκες.

Παρουσιάζουμε δέκα γυναίκες με PCOS στις οποίες πραγματοποιήθηκε καμπύλη σακχάρου με λήψη 75 gr γλυκόζης από το στόμα (OGTT) και μετρήσεις σακχάρου και ινσουλίνης σε χρόνους 0', 60' και 120' λόγω διαταραχών εμμήνου ρύσεως, υπογονιμότητας, ιστορικού αυτόματων αποβολών, παχυσαρκίας και υπερανδρογοναιμίας. Στις ανωτέρω γυναίκες διαγνώστηκε αντίσταση στην ινσουλίνη και χορηγήθηκε υδροχλωρική μετφορμίνη σε δόση από 1275 mg ως 1700 mg ημερησίως. Η λήψη του φαρμάκου συνεχίστηκε και μετά την επίτευξη εγκυμοσύνης μέχρι και την 32η εβδομάδα της κύησης.

Σε όλες τις γυναίκες η περάτωση της κύησης έγινε μετά την 37η εβδομάδα. Σε καμία από τις κήσεις δεν εμφανίστηκε κάποια επιπλοκή, όπως αυτόματη αποβολή, υπερτασική νόσος της κύησης, σακχαρώδης διαβήτης της κύησης και ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου. Σε 4 από τις 10 γυναίκες η κύηση περατώθηκε με καισαρική τομή, ενώ στις υπόλοιπες 6 με φυσιολογικό τοκετό. Καμία επιπλοκή, συγγενής ή άλλου είδους ανωμαλία δεν παρουσιάστηκε σε κάποιο έμβρυο κατά τη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής του, καθώς και μετά τη γέννησή του.

Η χορήγηση της υδροχλωρικής μετφορμίνης σε γυναίκες με PCOS μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη στην επίτευξη εγκυμοσύνης και να προλάβει σε κάποιες περιπτώσεις μια αυτόματη αποβολή. Η χορήγησή της κατά τη διάρκεια της κύησης δεν φαίνεται να ενέχει κινδύνους για τη μητέρα και το έμβρυο.

P23 | Εμπειρία θεραπείας με Atosiban πρόωρου τοκετού σε δίδυμη κύηση

Κατσέτος Χ, Τσακμακίδης Γ, Καράδαγλης Σ, Σαμόλης Σ, Κανιάρης Ι, Παναγόπουλος Π Κατσούλης Μ.

Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, «Τζάνειο» Γ.Ν. Πειραιώς

Εισαγωγή: Ο πρόωρος τοκετός [πτ (γέννηση πριν την συμπλήρωση 37 εκ)] είναι η κυριότερη αιτία περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας στον ανεπτυγμένο κόσμο. Ο σκοπός μας ήταν να καθορίσουμε την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του ανταγωνιστή των υποδοχέων της οξυτοκίνης -Atosiban- στη θεραπεία του πρόωρου τοκετού στις διδύμους κυήσεις. Μέθοδοι Αναλύσαμε 17 δίδυμες κυήσεις με συμπτωματολογία πτ μεταξύ 24 και 34 εκ. Η αποτελεσματικότητα του Atosiban καθορίστηκε σύμφωνα με δύο χρονικές περιόδους: α) εντός του 48ώρου β) εντός των 7 ημερών

Αποτελεσματικότητα του Atosiban: Το Atosiban ήταν αποτελεσματικό στο 78% των περιπτώσεων ως προς την αναστολή - καθυστέρηση του τοκετού για 48 ώρες, στο 71% για περισσότερο από 7 ημέρες.

Χαρακτηριστικά τοκετού: Κατά μέσο όρο ο πρόωρος τοκετός επιβραδύνθηκε για 331 +/- 42 ώρες. Ο μέσος όρος ηλικίας κύησης κατά τον τοκετό ήταν 32,4 +/- 3,2 εβδομάδες. Το 44% των διδύμων γεννήθηκε στις 37 εβδομάδες. Ο μέσος όρος του βάρους των νεογνών ήταν 2220 gr +/- 120 gr με Apgar score να κυμαίνεται μεταξύ 5 και 7,6. Όλοι οι τοκετοί εκτός ενός, διεκπεραιώθηκαν διά καισαρικής τομής.

Παρενέργειες

Παρενέργειες	48 ώρες	7 ημέρες
Ταχυκαρδία	1%	2%
Δυσκοιλιότητα	-	1%
Κεφαλαλγία	2%	6%
Έμετοι	5%	5%
Ανησυχία	-	10%
Ζάλη	2%	7%

Παρενέργειες στη μητέρα σημειώθηκαν στο 35% των περιπτώσεων, με κυριότερες την ζάλη, τους έμετους και την κεφαλαλγία.

Συμπέρασμα: Το Atosiban είναι μία δραστική και ασφαλής φαρμακευτική ουσία για την θεραπεία της οξείας φάσης του πρόωρου τοκετού σε δίδυμες κυήσεις. Οι παρενέργειες του είναι σπάνιες και μικρής έντασης και έκτασης.

Εμβρυομυϊκής ιατρικής

Κύσις-τοκετός

P24 | Ύψος και βάρος γέννησης γυναικών με το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών

Καρκανάκη Άρτεμις, Κατσίκης Ηλίας, Δέλκος Δημήτριος, Μουσατάς Τζαμάλ, Πιούκα Αθανασία, Πανίδης Δημήτριος,

Μονάδα Ενδοκρινολογίας και Ανθρώπινης Αναπαραγωγής, Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών

Σκοπός της εργασίας: Έχει αναφερθεί ότι το βάρος γέννησης των γυναικών με το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS) είναι μικρότερο από εκείνο των μαρτύρων και ότι σχετίζεται με την εμφάνιση υπερανδρογοναιμίας, υπερινσουλιναιμίας και πολυκυστικής μορφολογίας των ωοθηκών. Η μελέτη αυτή σχεδιάστηκε με σκοπό την εκτίμηση του βάρους και ύψους γέννησης γυναικών με PCOS και μαρτύρων και την αναζήτηση συσχέτισης ανάμεσα στο βάρος γέννησης και στην εμφάνιση υπερανδρογοναιμίας, αντίστασης στην ινσουλίνη και πολυκυστικής μορφολογίας των ωοθηκών.

Άτομα που μελετήθηκαν και μέθοδοι: Μελετήθηκαν 374 γυναίκες με PCOS και 87 μάρτυρες με φυσιολογικούς ωοθυλακιορρηκτικούς κύκλους (28±ημερών, προγεστερόνη ορού >10mg/dl, σε δυο συνεχόμενους κύκλους), χωρίς βιοχημική υπερανδρογοναιμία ή κλινικές εκδηλώσεις υπερανδρογονισμού και χωρίς πολυκυστική μορφολογία. Έγινε σύγκριση του βάρους και ύψους γέννησης ανάμεσα στις γυναίκες με PCOS και στις μάρτυρες. Ακόμη, διερευνήθηκε η ενδεχόμενη συσχέτιση του βάρους γέννησης με τα επίπεδα τεστοστερόνης, τους δείκτες αντίστασης στην ινσουλίνη και τον αριθμό των ωοθυλακίων στις ωοθήκες, στο σύνολο των γυναικών.

Αποτελέσματα: Δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στο βάρος και ύψος γέννησης ανάμεσα στις γυναίκες με PCOS και στις μάρτυρες. Επιπλέον, δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση του βάρους γέννησης με τα επίπεδα της τεστοστερόνης, τους δείκτες αντίστασης στην ινσουλίνη και τον αριθμό των ωοθυλακίων.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ενισχύουν την άποψη ότι το βάρος γέννησης των Ελληνίδων με PCOS δεν είναι μικρότερο από εκείνο των μαρτύρων και δεν σχετίζεται με την εμφάνιση υπερανδρογοναιμίας, αντίστασης στην ινσουλίνη και πολυκυστικής μορφολογίας των ωοθηκών. Σημειώνεται, πάντως, ότι απαιτείται περαιτέρω έλεγχος σε μεγαλύτερο αριθμό περιπτώσεων για τη διεξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων.

P25 | Αναλογία φυσιολογικού τοκετού και καισαρικής τομής στο Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων κατά την πενταετία 2005-2009

Κυριακίδης Δ., Θανασάς Ι., Τζιομάκη Μ., Γληγόρη Ε., Βουτσελά Δ., Μπέλτσιου Ν.

Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Γ. Ν. Τρικάλων.

Σκοπός της εργασίας: Να καταγραφεί η ετήσια και συνολική αναλογία μεταξύ φυσιολογικού



τοκετού και καισαρικής τομής στο διάστημα 2005-2009 στη Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων.

Υλικό και μέθοδος: Τα τηρούμενα από την Κλινική δεδομένα για το διάστημα της πενταετίας 2005-2009 καταμετρήθηκαν και στη συνέχεια ταξινομήθηκαν ανάλογα με το είδος του τοκετού και περαιτέρω ανάλογα με την εθνικότητα των γυναικών.

Αποτελέσματα: Επί συνόλου 1346 τοκετών οι καισαρικές τομές ανέρχονται σε 471 (35%) για το σύνολο της πενταετίας. Το ετήσιο ποσοστό ανέρχεται σε 26% για το 2005, 32% για το 2006, 32% για το 2007, 40% για το 2008 και 41% για το 2009. Από τις γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή, η αναλογία των Ελληνίδων ήταν 64% τα έτη 2005, 2006 και 2007, 57% το 2008 και 61% το 2009.

Συμπεράσματα: Το ποσοστό καισαρικών τομών κατά έτος καθώς και στο σύνολο της πενταετίας βρίσκεται σχετικά αυξημένο, σε συμφωνία με τα διεθνή αλλά και τα Ελληνικά δεδομένα. Διαφαίνεται μέσα στο όριο της πενταετίας να υπάρχει σταθερά ανοδική τάση. Ενδιαφέρον μπορεί να χαρακτηριστεί το εύρημα ότι σταθερά κάθε έτος 2 στις 3 καισαρικές τομές διενεργήθηκαν σε Ελληνίδες επίτοκες. Το δεδομένο αυτό έρχεται σε αντίθεση με στοιχεία άλλων χωρών, όπου υπερτερεί το ποσοστό των αλλοδαπών, και το φαινόμενο αποδίδεται σε ποικιλία παραγόντων που επηρεάζουν δυσμενώς την παροχή ιατρικής φροντίδας στις αλλοδαπές γυναίκες.

P26 | *Επιτυχής και δυσμενής έκβαση κήσεων στο Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων κατά τη διετία 2008-2009*

Τζιομάκη Μ., Κυριακίδης Δ., Θανασάς Ι., Γληγόρη Ε., Βουτσελά Δ., Μπέλτσιου Ν.

Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

Σκοπός της εργασίας: Να εκτιμηθεί η απόλυτη και σχετική συχνότητα επιτυχούς και δυσμενούς έκβασης της κήσης στο διετές διάστημα 2008-2009 στη Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων.

Υλικό και μέθοδοι: Έγινε αναδρομική μελέτη των φακέλων τοκετού των γυναικών που γέννησαν στην Μαιευτική - Γυναικολογική κλινική του Νοσοκομείου μας καθώς και αυτών που είχαν δυσμενή έκβαση κατά το προαναφερόμενο χρονικό διάστημα.

Αποτελέσματα: Για το έτος 2008 ο αριθμός των αρχόμενων κήσεων ανέρχεται σε 342. Εξ αυτών είχαν θετική έκβαση οι 310 (186 με φυσιολογικό τοκετό και 124 με καισαρική τομή). Εκ των 310 εγκύων οι 195 ήταν Ελληνίδες και 115 αλλοδαπές. Από τις 32 κήσεις με δυσμενή έκβαση οι 20 αφορούν Ελληνίδες και οι υπόλοιπες 12 αλλοδαπές. Για το 2009 οι αρχόμενες κήσεις ήταν 333. Θετική έκβαση προέκυψε στις 297 (183 με φυσιολογικό τοκετό και 114 με καισαρική τομή). Εκ των 36 κήσεων με δυσμενή έκβαση οι 26 αφορούν Ελληνίδες και οι υπόλοιπες 10 αλλοδαπές έγκυες.

Συμπεράσματα: Το ποσοστό των κήσεων με δυσμενή έκβαση παραμένει αρκετά χαμηλό στο Νοσοκομείο μας, συμβατό με τα δεδομένα στη διεθνή αλλά και την Ελληνική βιβλιογραφία. Μεγάλο ποσοστό των αυτόματων αποβολών, ιδίως των πολύ πρώιμων, αλλά

Εμβρυομυϊκής ιατρικής

και των αιτίων τους παραμένει αδιάγνωστο. Μεγάλης σημασίας είναι η σωστή καθοδήγηση και συμβουλευτική αυτών των γυναικών, σχετικά με την περαιτέρω αντιμετώπιση της αυτόματης αποβολής και ιδίως των καθ' εξιν αποβολών.

P27 | Η κύηση και ο τοκετός σε επίτοκες νεαρής και προχωρημένης ηλικίας στο Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

Τζιομάκη Μ., Κυριακίδης Δ., Θανασάς Ι., Γληγόρη Ε., Βουτσελά Δ., Μπέλτσιου Ν.
Μαιευτική - Γυναικολογική κλινική, Γ. Ν. Τρικάλων

Σκοπός: Η συγκριτική μελέτη των κυήσεων σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 18 και άνω των 35 ετών, με γυναίκες ενδιάμεσης ηλικίας, όσον αφορά επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς και κατά τον τοκετό.

Υλικό και μέθοδος: Έγινε αναδρομική μελέτη των φακέλων παρακολούθησης και τοκετού των γυναικών που γέννησαν στο Νοσοκομείο μας την πενταετία 2005-2009 και καταγραφή των γυναικών που γέννησαν σε ηλικία μικρότερη των 18 καθώς και μεγαλύτερη των 35 ετών. Συγκρίναμε τις ομάδες αυτές με τις γυναίκες ενδιάμεσης ηλικίας που γέννησαν κατά το ίδιο χρονικό διάστημα.

Αποτελέσματα: Σε σύνολο 1346 γεννήσεων, 108 γυναίκες(8%) ήταν κάτω των 18 και 202(15%) άνω των 35. Από τις 108 επίτοκες νεαρής ηλικίας οι 60(55,5%) ήταν πρωτότοκες, ενώ από τις 202 επίτοκες προχωρημένης ηλικίας οι 142(70,3%) ήταν πολυτόκες. Η καισαρική ήταν συχνότερη στις άνω των 35(41,3%) στις ενδιάμεσης ηλικίας έφτανε το 27,6% ενώ στις κάτω των 18 ήταν 31%. Η αιμορραγία στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο σακχαρώδης διαβήτης κύησης, η προεκλαμψία και η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα αποτέλεσαν επιπλοκές με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στις ηλικιωμένες έγκυες.

Συμπεράσματα: Οι έγκυες ηλικίας άνω των 35 έχουν αυξημένο κίνδυνο για επιπλοκές τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όσο και κατά την εξέλιξη του τοκετού, σε σχέση με τις έγκυες μικρότερης ηλικίας. Η καισαρική τομή είναι επίσης συχνότερη στις ακραίες ηλικίες.

P28 | Διερεύνηση της εποχιακής τάσης που παρουσιάζουν οι γεννήσεις στη Μαιευτική Κλινική Γιαννιτών

Καρκανάκη Άρτεμις, Διαβάτης Σταύρος, Τέντας Ιωάννης, Διαμαντοπούλου Αλεξάνδρα, Χαρίτου Ελιάννα, Ηλιάδου Ευσεβία, Κωστογλίδου Σοφία, Τσόνογλου Διονύσιος

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτών

Σκοπός της εργασίας. Οι διαφοροποιήσεις στη συχνότητα των γεννήσεων και στη συχνότητα του φύλου των νεογνών, ανάλογα με την εποχή του έτους έχουν αποτελέσει αντικείμενο πολλών μελετών. Οι διαφοροποιήσεις αυτές αποδίδονται στις συνθήκες διαβίωσης, σε κλιματολογικές συνθήκες και σε άλλους παράγοντες. Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε με σκοπό τη διερεύνηση ενδεχόμενης διαφοροποίησης στη συχνότητα των γεννήσεων, στο φύλο αλλά και στο βάρος των νεογνών κατά εποχή.



Άτομα και μέθοδοι. Συνολικά, μελετήθηκαν 3.527 γεννήσεις νεογνών της πενταετίας 2005-2009. Οι γεννήσεις χωρίστηκαν ανάλογα με την εποχή του έτους, στην οποία πραγματοποιήθηκαν και ανάλογα με το φύλο των νεογνών. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα SPSS, v.17, Chicago, Illinois. Όριο στατιστικής σημαντικότητας θεωρήθηκε το $p=0.05$. Οι συγκρίσεις έγιναν με τη δοκιμασία χ^2 και ANOVA. Αποτελέσματα. Ο αριθμός των γεννήσεων ήταν σημαντικά διαφορετικός στις τέσσερις εποχές ($p<0.001$), αλλά η συχνότητα των δύο φύλων δεν διέφερε σημαντικά. Τέλος, η σύγκριση του βάρους των νεογνών για κάθε εποχή του έτους, που έγινε ξεχωριστά για τα θήλεα και τα αρρένα νεογνά, δεν ανέδειξε σημαντικές διαφορές. Συμπεράσματα. Πιθανόν, η σύλληψη των εμβρύων να ακολουθεί συγκεκριμένο πρότυπο, που διαφέρει σε κάθε εποχή, αφού ο αριθμός των γεννήσεων διαφέρει σημαντικά στις τέσσερις εποχές, με μεγαλύτερη συχνότητα το καλοκαίρι και μικρότερη την άνοιξη. Ωστόσο, το φύλο των εμβρύων δεν σχετίζεται με την εποχή σύλληψης. Ακόμη, το βάρος των νεογνών, δεν παρουσιάζει διαφορές ανάλογα με την εποχή γέννησης, γεγονός που εξηγείται εύκολα από τη διατροφική επάρκεια σε όλη τη διάρκεια του έτους που υπάρχει στη χώρα μας.

P29 | *Ο χρόνος του φυσιολογικού τοκετού μέσα στο εικοσιτετράωρο* **Διαβάτης Σταύρος, Καρκανάκη Άρτεμις, Τέντας Ιωάννης, Διαμαντοπούλου Αλαξάνδρα, Χαρίτου Ελιάννα, Μπέκα Ιωάννα, Μέντση Μαρία, Τσόνογλου Διονύσιος**

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών

Σκοπός της εργασίας. Πολλές από τις ανθρώπινες λειτουργίες ακολουθούν κερκάρδιο εικοσιτετράωρο ρυθμό. Κάποιες από τις λειτουργίες αυτές σχετίζονται με τις εκκριντικές ώσεις ορμονών ενώ άλλες όχι. Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε με σκοπό τη διερεύνηση ενδεχόμενης συσχέτισης των γεννήσεων με την ώρα της ημέρας και ενδεχόμενης διαφοράς στο φύλο ή το βάρος των νεογνών.

Άτομα και μέθοδοι. Κατά την πενταετία 2005-2009, διενεργήθηκαν 2.030 φυσιολογικοί τοκετοί, που αφορούσαν στη γέννηση 1.016 αρρενων και 1.014 θήλεων νεογνών. Οι τοκετοί χωρίστηκαν ανάλογα με την ώρα της ημέρας και έγινε σύγκριση της συχνότητας και του βάρους γέννησης. Στη συνέχεια, έγινε η ίδια σύγκριση για κάθε φύλο ξεχωριστά. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα SPSS, v.17, Chicago, Illinois. Όριο στατιστικής σημαντικότητας θεωρήθηκε το $p=0.05$. Αποτελέσματα. Βρέθηκε σημαντικά υψηλότερη συχνότητα τοκετών στο διάστημα 09.00-13.59 και μάλιστα ακόμη υψηλότερη στο χρόνο 09.00-10.00 ($p<0.01$). Το ίδιο μοντέλο ακολουθούσαν οι τοκετοί και στα δύο φύλα. Η σύγκριση του βάρους των νεογνών στη διάρκεια του εικοσιτετράωρου, που έγινε ξεχωριστά για τα θήλεα και τα αρρένα νεογνά, δεν ανέδειξε σημαντικές διαφορές.

Συμπεράσματα. Ενδεχομένως, η διαδικασία του τοκετού στις γυναίκες να σχετίζεται με την ώρα και να ακολουθεί εξάρσεις και υφέσεις σύμφωνα με τον κερκάρδιο ρυθμό. Το ίδιο μοντέλο φαίνεται να ισχύει και για τα δύο φύλα εμβρύων. Αντίθετα, το βάρος του νεογνού δεν σχετίζεται με το χρόνο γέννησης.

Εμβρυομηνιακή ιατρική

P30 | *Rhesus αλλοανοσοποίηση στην κύηση: ο ρόλος της Doppler υπερηχογραφίας στην παρακολούθηση του εμβρύου*

Α. Λυκάκης, Γ. Μακρής, Χ. Χρέλιας, Ι. Γραμματικάκης, Β. Κουτσουδάκη, Δ. Κασσάνος, Ε. Σαλαμαλέκης

Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Η μητρική ευαισθητοποίηση στον παράγοντα Rhesus αποτελεί ακόμα και στις μέρες μας την κύρια αιτία εμβρυϊκού ύδρωπα και αιμολυτικής αναιμίας του νεογνού. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση της παρακολούθησης στην Κλινική μας κύησης επιπλακείας με Rhesus αλλοανοσοποίηση, με έμφαση στο ρόλο της Doppler υπερηχογραφίας.

Περιγράφεται περίπτωση εγκύου (G2P1) ηλικίας 28 ετών, Rhesus (-), που προσήλθε στην Κλινική μας στην 24η εβδομάδα της κύησης, λόγω θετικοποίησης της έμμεσης Coombs. Ο τίτλος των αντί-D αντισωμάτων υπολογίστηκε σε 1:8. Η ενδεχόμενη χορήγηση αντί-D ανοσοσφαιρίνης μετά τον πρώτο τοκετό δεν μπορούσε να διευκρινιστεί. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος της εμβρυϊκής ανατομίας δεν ανέδειξε κάποια εμφανή ανωμαλία, ενώ η μέγιστη ταχύτητα της αιματικής ροής στη μέση εγκεφαλική αρτηρία (MCA-PSV) ήταν 27.8cm/sec. Η παρακολούθηση της κύησης στηρίχτηκε στην επανάληψη του τίτλου των αντι-D αντισωμάτων και της Doppler υπερηχογραφίας ανά δύο εβδομάδες. Η κύηση τερματίστηκε την 38η εβδομάδα (τίτλος αντί-D: 1/1250, MCA-PSV: 56.0 cm/sec) με καισαρική τομή. Υπό επισκληρίδιο αναλγησία, γεννήθηκε θήλυ νεογνό με σωματικό βάρος 2940 g, pHUA: 7.31 και Apgar score 9/1', 10/5'. Το νεογνό υποβλήθηκε σε φωτοθεραπεία για 25 ημέρες, λόγω νεογνικού ίκτερου, ενώ ο έλεγχός του μέχρι την ηλικία του ενός έτους ήταν φυσιολογικός.

Η μέτρηση της MCA-PSV αποτελεί χρήσιμο εργαλείο παρακολούθησης της εμβρυϊκής κατάστασης σε κυήσεις με Rhesus αλλοανοσοποίηση, αφού το αναιμικό έμβρυο προσπαθεί να εξασφαλίσει επαρκή παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο αυξάνοντας την εγκεφαλική αιματική ροή. Από μεγάλες μελέτες προκύπτει ότι η ευαισθησία της μεθόδου προσεγγίζει το 88%, η ειδικότητα το 77%, η θετική προγνωστική αξία το 58%, ενώ η αρνητική προγνωστική αξία στο 98%.

P31 | *Μελέτη παραμέτρων πολύδυμων κυήσεων των ετών 1997-2009*

Παναγόπουλος Π, Κοτέλης Α, Δημόπουλος Σ, Σαμόλης Σ, Παπαστεφάνου Ι, Καράδαγλης Σ. Κατσέτος Χ, Κατσούλης Μ.

Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, «Τζάνειο» Γ.Ν. Πειραιώς

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιάσει την εμπειρία της Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής στο «Τζάνειο» Νοσοκομείο Πειραιώς, στις πολύδυμες κυήσεις κατά τα έτη 1997 - 2009.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν τα Αρχεία των Βιβλίων της Αιθούσης Τοκετών της Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής στο «Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιώς κατά τα έτη 1997 - 2009. Κατεγράφησαν οι πολύδυμες κυήσεις-τοκετοί και μελετήθηκε: ο τόκος, η



ηλικία της επιτόκου, η εβδομάδα κύησης κατά τον τοκετό, το είδος τοκετού (φυσιολογικός τοκετός, καισαρική τομή), και συγκρίθηκαν με το σύνολο στην Κλινική μας.

Αποτελέσματα: Κατά την χρονική περίοδο 1/1/1997 - 31/12/2009 έγιναν στην Κλινική μας 10939 τοκετοί. Οι 93 αφορούσαν σε πολύδυμες: 92 δίδυμες και μια τρίδυμη. Πρωτοτόκες ήταν 40, δευτεροτόκες οι 30 και τριτοτόκες 18. Οι 48 ήταν 20-30 ετών και 28 30-40 ετών. Οι 21 γέννησαν την 37η ε.κ., οι 18 την 18η. Με φυσιολογικό τοκετό γέννησαν 20 (21,5%) ενώ με καισαρική τομή 73 (78,4%).

Συμπεράσματα: Η συχνότητα των πολυδύμων κύσεων (0,85%) στην Κλινική μας είναι χαμηλή λόγω: α) έλλειψης Τμήματος Κυήσεων Υψηλού Κινδύνου και β) έλλειψης στον Νοσοκομείο μας Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Νεογνών. Για το είδος τοκετού συνεκτιμήθηκε η προβολή, η θέση, η ηλικία των εμβρύων, το βάρος και η γενική κατάστασή των, το επίπεδο παρακολούθησης της κύησης αν και η καισαρική τομή προτιμάται από τον φυσιολογικό τοκετό ως πιο ασφαλής μέθοδος αντιμετώπισης. Οι περισσότερες κύσεις αφορούσαν γυναίκες μεταξύ 30 - 40 ετών.

Εμβρυομυϊκής ιατρικής

Μυϊκή νοσηρότητα στην κύηση

P32 | Κληρονομική θρομβοφιλία και εγκυμοσύνη

Καρακάντζα Μ.¹, Ανδρουτσόπουλος Γ.², Μούγιου Α.¹, Σακελλαρόπουλος Γ.³, Γεωργακοπούλου Α.¹, Κάντας Π.², Παπαδόπουλος Β.², Αντωνάκης Γ.², Τσάπανος Β.², Δεκαβάλας Γ.²

1. Αιματολογικό τμήμα Παθολογικής Κλινικής,
2. Μαιευτική/Γυναικολογική Κλινική
3. Τμήμα Ιατρικής Φυσικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Ιατρική Σχολή, Ρίο

Σκοπός: Η μελέτη της συσχέτισης ανάμεσα στην κληρονομική θρομβοφιλία και την δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης σε πληθυσμό της Νοτιο - Δυτικής Ελλάδος.

Υλικό - Μέθοδος: 392 υγιείς Ελληνίδες με αυτόματη έναρξη της εγκυμοσύνης, μελετήθηκαν για τις τρεις πιο συχνές θρομβοφιλικές μεταλλάξεις (παράγοντας II G20210A, παράγοντας V Leiden και MTHFR C677T) και παρακολούθηθηκαν για δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης. Από την μελέτη αποκλείστηκαν γυναίκες με γνωστή κληρονομική θρομβοφιλία, αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο και αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα. Σαν δυσμενής έκβαση της εγκυμοσύνης θεωρήθηκε κάθε εμβρυική απώλεια [αυτόματη έκτρωση, ενδομήτριος θάνατος (IUFD)] και κάθε επιπλοκή της εγκυμοσύνης λόγω διαταραχών της εμβρυοπλακουντιακής κυκλοφορίας [αποκόλληση πλακούντα (PA), ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης (IUGR), προεκλαμψία (PE)].

Αποτελέσματα: Οι θρομβοφιλικό γονότυποι ήταν σημαντικά συχνότεροι σε γυναίκες με αποκόλληση πλακούντα. Η ετερόζυγη κατάσταση του παράγοντα V Leiden αυξάνει τον κίνδυνο για αποκόλληση πλακούντα κατά 9.1 φορές. Ο MTHFR T677T γονότυπος αυξάνει τον κίνδυνο για αποκόλληση πλακούντα κατά 4.8 φορές, παρά τη χορήγηση σκευασμάτων Φυλικού και τα φυσιολογικά επίπεδα Φυλικού και B12 στον ορό.

Συμπέρασμα: Οι γυναίκες με αποκόλληση πλακούντα θα πρέπει να ελέγχονται για θρομβοφιλικούς παράγοντες και να μετρώνται τα επίπεδα ομοκυστεΐνης πλάσματος. Οι γυναίκες με κληρονομική θρομβοφιλία και ιστορικό μαιευτικών επιπλοκών, μπορούν να ωφεληθούν από την προφυλακτική αντιπηκτική αγωγή σε επόμενες εγκυμοσύνες.

P33 | Συνδυασμένη κληρονομική θρομβοφιλία και εγκυμοσύνη

Καρακάντζα Μ.¹, Ανδρουτσόπουλος Γ.², Μούγιου Α.¹, Σακελλαρόπουλος Γ.³, Γεωργακοπούλου Α.¹, Κάντας Π.², Παπαδόπουλος Β.², Αντωνάκης Γ.², Τσάπανος Β.², Δεκαβάλας Γ.²

1. Αιματολογικό τμήμα Παθολογικής Κλινικής,
2. Μαιευτική/Γυναικολογική Κλινική
3. Τμήμα Ιατρικής Φυσικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Ιατρική Σχολή, Ρίο

Σκοπός: Η μελέτη της συσχέτισης ανάμεσα στην συνδυασμένη κληρονομική θρομβοφιλία και την δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης σε πληθυσμό της Νοτιο - Δυτικής Ελλάδος.



Υλικό - Μέθοδος: 396 υγιείς Ελληνίδες με αυτόματη έναρξη της εγκυμοσύνης, μελετήθηκαν για συνδυασμούς των τριών πιο συχνών θρομβοφιλικών μεταλλάξεων (παράγοντας II G20210A, παράγοντας V Leiden και MTHFR C677T) και παρακολουθήθηκαν για δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης. Από την μελέτη αποκλείστηκαν γυναίκες με γνωστή κληρονομική θρομβοφιλία, αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο και αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα. Σαν δυσμενής έκβαση της εγκυμοσύνης θεωρήθηκε κάθε εμβρυϊκή απώλεια [αυτόματη έκτρωση, ενδομήτριος θάνατος (IUFD)] και κάθε επιπλοκή της εγκυμοσύνης λόγω διαταραχών της εμβρυοπλακουντιακής κυκλοφορίας [αποκόλληση πλακούντα (PA), ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης (IUGR), προεκλαμψία (PE)].

Αποτελέσματα: Από τις 396 γυναίκες της μελέτης, οι 4 γυναίκες (1%) είχαν τον διπλό γονότυπο FV Leiden/MTHFR T677T και οι 2 γυναίκες (0.5%) είχαν τον διπλό γονότυπο FII G20210A/MTHFR T677T. Από τις 6 γυναίκες με διπλό θρομβοφιλικό γονότυπο, οι 3 (50%) παρουσίασαν επιπλοκή στην παρούσα εγκυμοσύνη.

Συμπέρασμα: Παρά τον μικρό αριθμό περιπτώσεων συνδυασμένης κληρονομικής θρομβοφιλίας, φαίνεται ότι η παρουσία του διπλού γονότυπου FV Leiden/MTHFR T677T αυξάνει τον κίνδυνο για αποκόλληση πλακούντα.

P34 | *AFP ορού μητέρας και εγκυμοσύνη*

Γκόγκος Π.¹, Ανδρουτσόπουλος Γ.¹, Βασιλάκος Π.², Παναγιωτάκης Γ.³, Κάντας Π.¹, Παπαδόπουλος Β.¹, Αντωνάκης Γ.¹, Τσάπανος Β.¹, Δεκαβάλας Γ.¹

1. Μαιευτική/Γυναικολογική Κλινική,

2. Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, 3. Τμήμα Ιατρικής Φυσικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Ιατρική Σχολή, Ρίο.

Σκοπός: Η μελέτη της συσχέτισης ανάμεσα στα επίπεδα ms-AFP κατά το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και την δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης, σε πληθυσμό της Νοτιο - Δυτικής Ελλάδος.

Υλικό - Μέθοδος: 110 υγιείς Ελληνίδες με αυτόματη έναρξη της εγκυμοσύνης, μελετήθηκαν για τα ms-AFP επίπεδα μεταξύ της 13ης-24ης εβδομάδας της εγκυμοσύνης και παρακολουθήθηκαν για δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης. Από την μελέτη αποκλείστηκαν γυναίκες με πολύδυμες κυήσεις, σακχαρώδη διαβήτη, εγκυμοσύνη με χρωμοσωμικές ή ανατομικές ανωμαλίες του εμβρύου, υπέρταση διαγνωσθείσα πριν την 20η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, ιστορικό προεκλαμψίας σε προηγούμενη εγκυμοσύνη. Σαν δυσμενής έκβαση της εγκυμοσύνης θεωρήθηκε κάθε επιπλοκή της εγκυμοσύνης λόγω διαταραχών της εμβρυομητρικής κυκλοφορίας [αποκόλληση πλακούντα (PA), IUGR, IUFD, PE].

Αποτελέσματα: Από τις 110 γυναίκες της μελέτης, οι 10 (9.1%) παρουσίασαν επιπλοκή της εγκυμοσύνης. Αυξημένα επίπεδα ms-AFP ανευρέθηκαν σε 27 από τις 110 γυναίκες της μελέτης (24.5%). Από αυτές, μόνο 4 γυναίκες (14.8%) παρουσίασαν επιπλοκές της εγκυμοσύνης.

Συμπέρασμα: Ο πολυπαραγοντικός έλεγχος της πλακουντιακής λειτουργίας κατά το δεύτερο τρίμηνο (Doppler μητριαίας αρτηρίας, μορφολογία πλακούντα και έλεγχος

Εμβρυομητρικής Ιατρικής

ms-AFP) μπορεί να επιτρέψει την αναγνώριση των γυναικών με αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη σοβαρής πλακουντιακής ανεπάρκειας και επιπλοκών της εγκυμοσύνης.

P35 | HCG ορού μητέρας και εγκυμοσύνη

Ανδρουτσόπουλος Γ.¹, Γκόγκος Π.¹, Βασιλάκος Π.², Παναγιωτάκης Γ.³, Κάντας Π.¹, Παπαδόπουλος Β.¹, Αντωνάκης Γ.¹, Τσάπανος Β.¹, Δεκαβάλας Γ.¹

1. Μαιευτική/Γυναικολογική Κλινική

2. Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής

3. Τμήμα Ιατρικής Φυσικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Ιατρική Σχολή, Ρίο

Σκοπός: Η μελέτη της συσχέτισης ανάμεσα στα επίπεδα ms-hCG κατά το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και την δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης, σε πληθυσμό της Νοτιο - Δυτικής Ελλάδος.

Υλικό - Μέθοδος: 130 υγιείς Ελληνίδες με αυτόματη έναρξη της εγκυμοσύνης, μελετήθηκαν για τα ms-hCG επίπεδα μεταξύ της 13ης-24ης εβδομάδας της εγκυμοσύνης και παρακολούθηθηκαν για δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης. Από την μελέτη αποκλείστηκαν γυναίκες με πολύδυμες κυήσεις, σακχαρώδη διαβήτη, εγκυμοσύνη με χρωμοσωμικές ή ανατομικές ανωμαλίες του εμβρύου, υπέρταση διαγνωσθείσα πριν την 20η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, ιστορικό προεκλαμψίας σε προηγούμενη εγκυμοσύνη. Σαν δυσμενής έκβαση της εγκυμοσύνης θεωρήθηκε κάθε επιπλοκή της εγκυμοσύνης λόγω διαταραχών της εμβρυομητρικής κυκλοφορίας [αποκόλληση πλακούντα (PA), IUGR, IUFD, PE].

Αποτελέσματα: Από τις 130 γυναίκες της μελέτης, οι 12 (9.23%) παρουσίασαν επιπλοκή της εγκυμοσύνης. Αυξημένα επίπεδα ms-hCG ανευρέθηκαν σε 14 από τις 130 γυναίκες της μελέτης (10.77%). Καμία από αυτές δεν παρουσίασε επιπλοκή στην παρούσα εγκυμοσύνη.

Συμπέρασμα: Ο πολυπαραγοντικός έλεγχος της πλακουντιακής λειτουργίας κατά το δεύτερο τρίμηνο (Doppler μητριάας αρτηρίας, μορφολογία πλακούντα και έλεγχος ms-hCG) μπορεί να επιτρέψει την αναγνώριση των γυναικών με αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη σοβαρής πλακουντιακής ανεπάρκειας και επιπλοκών της εγκυμοσύνης.

Περιγεννητική νοσηρότητα-θνησιμότητα

P36 | *Δυσλειτουργικός τοκετός: η χρήση της αναρροφητικής εμβρυουλκίας και η επίδρασή της στο Apgar score.*

Κυριακίδης Δ., Τζιομάκη Μ., Θανασάς Ι., Γληγόρη Ε., Βουτσελά Δ., Μπέλτσιου Ν.
Μαιευτική - Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων.

Σκοπός: να μελετηθεί η αναγκαιότητα της αναρροφητικής εμβρυουλκίας στο δυσλειτουργικό τοκετό καθώς και η πιθανή επίδρασή της στο περιγεννητικό αποτέλεσμα στη Μαιευτική - Γυναικολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων κατά το έτος 2009.

Υλικό και μέθοδος: Έγινε αναδρομική μελέτη των φακέλων τοκετού των γυναικών που γέννησαν στην κλινική μας από 01/01/2009 έως 31/12/2009 και καταγράψαμε τη συχνότητα αναρροφητικής εμβρυουλκίας, τις ενδείξεις, την ηλικία και τον τόκο των εγκύων, το μέσο βάρος γέννησης των νεογνών καθώς και το Apgar score.

Αποτελέσματα: Από τους 297 φυσιολογικούς τοκετούς χρήση αναρροφητικής εμβρυουλκίας έγινε στους 32 (10.7%), ενώ οι υπόλοιποι 265 (89.3%) ήταν φυσιολογικοί. Κύρια ένδειξη για τη χρήση της αναρροφητικής εμβρυουλκίας αποτέλεσε η παράταση και αδυναμία εξώθησης 23/32(71.8%) και η βραδυκαρδία του εμβρύου. Το μέσο βάρος γέννησης ήταν 3260gr. Από τις 32 έγκυες που γέννησαν με εμβρυουλκία οι 30 (93.7%) ήταν πρωτοτόκες και οι 2 (6.3%) ήταν πολυτόκες. Όσον αφορά το περιγεννητικό αποτέλεσμα που εκτιμήθηκε με βάση το Apgar score, δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις γυναίκες που γέννησαν φυσιολογικά και σε αυτές που γέννησαν με εμβρυουλκία.

Συμπεράσματα: Η χρήση της αναρροφητικής εμβρυουλκίας με κύρια ένδειξη την αδυναμία προόδου του τοκετού είναι πολύ πιο συχνή στις πρωτοτόκες από ότι στις πολυτόκες. Όταν πληρούνται τα απαραίτητα κριτήρια αποτελεί μια ασφαλή επιλογή στο δεύτερο στάδιο του τοκετού χωρίς αρνητική επίδραση στο περιγεννητικό αποτέλεσμα.

P37 | *Η συχνότητα των γεννήσεων νεογνών χαμηλού σωματικού βάρους και οι διακομιδές νεογνών σε σχέση με τις ημερήσιες και τη νυχτερινή βάρδια*

Διαβάτης Σταύρος,Καρκανάκη Άρτεμις,Τέντας Ιωάννης, Διαμαντοπούλου Αλεξάνδρα, Πέτροβα Μαρία, Σίμου Αθηνά, Σκουλαροπούλου Ισιδώρα, Τσόνογλου Διονύσιος

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών

Σκοπός της εργασίας: Έχει αναφερθεί υψηλότερος ρυθμός γεννήσεων νεογνών χαμηλού βάρους, κατά τη νυχτερινή βάρδια, καθώς και μεγαλύτερη περιγεννητική νοσηρότητα

Εμβρυομυϊκής ιατρικής

των νεογνών. Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε με σκοπό τη διερεύνηση ενδεχόμενης διαφοροποίησης στη συχνότητα των γεννήσεων νεογνών χαμηλού σωματικού βάρους (<2.500gr) και των διακομιδών των νεογνών ανάμεσα στις ημερήσιες (07.01-23.00) και τη νυχτερινή βάρδια (23.01-07.00).

Άτομα και μέθοδοι: Συνολικά, μελετήθηκαν 3.527 γεννήσεις νεογνών της πενταετίας 2005-2009. Οι γεννήσεις νεογνών χαμηλού βάρους <2.500gr αφορούσαν σε 123 περιπτώσεις και οι διακομιδές σε 68 νεογνά. Οι τοκετοί αυτοί χωρίστηκαν ανάλογα με την ώρα γέννησης σε δύο ομάδες, αυτούς που πραγματοποιήθηκαν κατά τις ώρες 07.01-23.00 και σε εκείνους που πραγματοποιήθηκαν κατά τις ώρες 23.01-07.00. Έγινε σύγκριση της συχνότητας των νεογνών χαμηλού βάρους και των νεογνών που διακομίστηκαν σε νεογνολογικό τμήμα ανάμεσα στις δύο βάρδιες. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα SPSS, v.17, Chicago, Illinois. Όριο στατιστικής σημαντικότητας θεωρήθηκε το $p=0.05$.

Αποτελέσματα: Βρέθηκαν, συνολικά, 123 ζώντα χαμηλού σωματικού βάρους νεογνά (48 αρρένα και 75 θήλεα), από τα οποία 97 γεννήθηκαν κατά τις ημερήσιες βάρδιες και 26 κατά τη νυχτερινή. Ο αριθμός τους διαφέρει σημαντικά. Επίσης, βρέθηκαν 68 διακομιδές νεογνών (47 αρρένα και 21 θήλεα), από τις οποίες οι 61 διενεργήθηκαν κατά τις ημερήσιες βάρδιες και οι 7 κατά τη νυχτερινή. Ο αριθμός των διακομιδών κατά τις δύο βάρδιες διέφερε σημαντικά.

Συμπεράσματα: Παρατηρήθηκε υψηλότερος αριθμός γεννήσεων νεογνών χαμηλού σωματικού βάρους και διακομιδών, κατά τις ημερήσιες βάρδιες παρά κατά τη νυχτερινή, εύρημα που δεν επιβεβαιώνει άλλες μελέτες.

P38 | *Πρώωρος τοκετός την 32η εβδομάδα της κύησης μετά τελεία έκτρωση του ενός εμβρύου την 18η εβδομάδα της κύησης*
Λαθουράς Κωνσταντίνος, Στεργιούδας Ιωακείμ, Καρτσέα Φάουστο, Πρατήλας Γεώργιος, Μητσάκης Ιωάννης, Γιαννούλης Χαράλαμπος, Τζαφέττας Ιωάννης
 Β' Μαιευτική/Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός : Η βελτίωση της περιγεννητικής θνησιμότητας, η υποστήριξη της κύησης και η παράταση τοκετού του δεύτερου κυήματος μετά από πρόωρη και πρόιμη ρήξη εμβρυικών υμένων το 2ο τρίμηνο της κύησης.

Ασθενείς – Μέθοδος : Η ασθενής διανύοντας την 17η εβδομάδα διχοριακής - διαμνιακής δίδυμης κύησης μετά IVF, εμφάνισε κολλική αιμόρροια και άλγος υπογαστρίου. Τα δύο έμβρυα είχαν θετική καρδιακή λειτουργία και αντιστοιχούσαν υπερηχογραφικά στην ηλικία κύησης. Ο τράχηλος είχε μήκος 24mm. Αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με τοκολυτική και αντιβιοτική αγωγή ενδοφλεβίως. Την 18η εβδομάδα της κύησης έγινε πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων και τελεία έκτρωση του ενός κυήματος. Ακολούθως υπεβλήθη σε περίδεση τραχήλου (τεχνική McDonald). Νοσηλεύθηκε στην εμβρυομητρική μονάδα της Β' Μ/Γ κλινικής, υπό αντιπηκτική, τοκολυτική και αντιβιοτική αγωγή. Στην 24η εβδομάδα της κύησης έγινε σχήμα ωρίμανσης με βηταμεθαζόνη.



Αποτελέσματα : Η ασθενής γέννησε ένα ζων θήλυ αρτιμελές πρόωρο νεογνό με σωματικό βάρος 1950 γραμμάρια την 32η εβδομάδα και 4η ημέρα της κύησης, λόγω πρόωρης ρήξης εμβρυικών υμένων. Το μεσοδιάστημα μεταξύ της τελείας έκτρωσης του ενός εμβρύου και του τοκετού του δεύτερου ήταν 100 ημέρες.

Συμπεράσματα : Μετά την τελεία έκτρωση ενός εμβρύου, επί διδύμου κύησης στο 2ο τρίμηνο της κύησης, μπόρεσε να επιτευχθεί παράταση της κύησης του έτερου εμβρύου. Η περίδεση τραχήλου, αν και ριψοκίνδυνη επέμβαση σε προχωρημένες κυήσεις, φάνηκε ότι αποτέλεσε επιτυχή μέθοδο παράτασης της κύησης.

P39 | *Νεογνό με συγγενής ανωμαλία του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος- πλήρης εκστροφή ουροδόχου κύστης*

Α.Σαρχανάκη¹, Κ.Κουτσιλέου², Ο. Κομήτα¹, Μ.Πόγκα³, Σ.Γεωργάκης⁴, Π.Σπηλιοπούλου¹, Α.Μπάρμπα⁵, Δ.Μπουνιάς⁶, Π.Κόλλιας¹

1. Μ/Γ Κλινική Γ.Ν. Αγ. Ανδρέας

2. Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν. Αγ. Ανδρέας

3. Νεογνολογικό Τμήμα Γ.Ν. Αγ. Ανδρέας

4. Ουρολογική Κλινική Γ.Ν. Αγ. Ανδρέας

5. Αναισθησιολογικό Τμήμα Π.Γ.Ν.Π. Πατρών, 6Χειρουργός Ολύμπιον Θεραπευτήριο

Εισαγωγή: Η συχνότητα της εκστροφής της ουροδόχου κύστεως είναι 1/30000 γεννήσεις. Αποτελεί μία βλάβη της ουριαίας πτυχής του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος. Το πρόσθιο τοίχωμα είναι απών, ενώ η έκθεση του οπισθίου είναι αρκετά συχνή. Συνήθως συνυπάρχει με ομφαλοκήλη, μικρό επισπαδία, ατελής κάθοδος όρχεων καθώς και με ατρησία πρωκτού. Η σπάνια αυτή διαμαρτία οφείλεται στην ρήξη ή δυσπλασία του ουροορθικού διαφράγματος κατά την 4η έως την 6η εμβρυική εβδομάδα.

Περιγραφή περίπτωσης: Πρωτοτόκος γυναίκα, αλλοδαπή, 21 ετών, 41 W με ελεύθερο μαιευτικό και γυναικολογικό ιστορικό και πλημμελή μαιευτική παρακολούθηση χωρίς προγεννητικό έλεγχο, προσήλθε στην αίθουσα τοκετών με ερρηγμένο θυλάκιο και προχωρημένη διαστολή. Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο που έγινε, δεν κατέστη δυνατή η απεικόνιση της ουροδόχου κύστεως. Η επίτοκος γέννησε με φυσιολογικό τοκετό ένα νεογνό ζών, σωματικού βάρους 3100gr. Αμέσως μετά την αποπεράτωση του φυσιολογικού τοκετού το νεογνό διεκομίσθη σε παιδοχειρουργικό κέντρο των Αθηνών για την άμεση αποκατάσταση της βλάβης.

P40 | *Συνδυασμός εξαδακτυλίας με καρδιακές ανωμαλίες. Αναφορά περίπτωσης*

Καράδαγλης Σ, Τσακμακίδης Γ, Καραμουσά Ε, Κουτσουμπάρης Σ, Παπαστεφάνου Ι, Παναγόπουλος Π, Κατσούλης Μ

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Τζάνειο Γ.Ν. Πειραιά

Εισαγωγή: Η εξαδακτυλία ανήκει στον γενικό όρο της πολυδακτυλίας, που εμφανίζεται πιο συχνά ως μεμονωμένη ανωμαλία, είτε ως μία από τις πολλές συγγενείς ανωμαλίες, που

Εμβρυομυϊκής ιατρικής

συνθέτουν το μωσαϊκό συγγενών ανωμαλιών διαφόρων συνδρόμων.

Case Report: Εγκυμονούσα 36 ετών, τεταρτοτόκος, παρουσιάστηκε στα τακτικά ιατρεία της κλινικής μας, προς παρακολούθηση της κύησης. Από το ιστορικό και την κατά συστήματα κλινική εξέταση, δεν αποκαλύπτονται χρόνια ή οξεία παθολογικά ευρήματα καθώς και κληρονομικές νόσοι. Η ασθενής τέλος δηλώνει μη-καπνίστρια και παρουσιάζει ένα φυσιολογικό BMI (24,9). Στην 21η εβδομάδα κύησης διενεργήθηκε υπερηχογράφημα Β' επιπέδου όπου και διεγνώσθησαν: Εξαδακτυλία άνω άκρων χειρός άμφω, υποπλασία και στένωση αορτής, και διακοιλιακή επικοινωνία. Ζητήθηκε εμβρυϊκή κάρδιο-υπερηχογραφία, η οποία επιβεβαίωσε τα παραπάνω ευρήματα. Συμβουλευτικά προτάθηκε στην ασθενή η διακοπή της κύησης, καθώς οι προηγούμενως αναφερθείσες καρδιακές ανωμαλίες είναι ασυμβίβαστες με την ζωή. Με την συγκατάθεση της ίδιας, εισήχθη στην κλινική μας και της χορηγήθηκαν 4 ταμπλέτες Μισοπροστόλης (Cytotec) ανά 4ωρο. Διά της φαρμακευτικής πρόκλησης τοκετού γεννήθηκε ένα έμβρυο με τον πλακούντα (en-bloc), γένους θηλυκού και βάρους 380 gr. Ακολούθησε μαιευτική απόξεση.

Συμπέρασμα- Συζήτηση: Η μεμονωμένη εξαδακτυλία εμφανίζεται με επίπτωση 1:1500 ζώντα νεογνά και μπορεί να παρουσιασθεί τόσο στα άνω όσο και στα κάτω άκρα, χωρίς να αποτελεί παράγοντα αύξησης της νοσηρότητας ή θνησιμότητας των νεογνών. Σε κάποιες περιπτώσεις όμως συνδυάζεται με διάφορα σύνδρομα σοβαρών συγγενών ανωμαλιών (Smith-Lemli-Opitz Sy, Goltz Sy, Hydrolethalus Sy, Pallister-Hall Sy, Meckel Sy, Meckel-like Sy, Amniotic Band Sy, Miller-Dieker Sy, Θωρακική δυστροφία, Carpenter Sy, Rubinstein-Taybi Sy, Bardet-Biedl's Sy κ.α.)

R41 | Περιγραφή περίπτωσης εμβρύου με ολοπροσεγκεφαλία

Κατσέτος Χ, Κανιάρης Ι, Παπαστεφάνου Ι, Καράδαγλης Σ, Παναγόπουλος Π, Κατσούλης Μ

Μαιευτική Γυναικολογική κλινική "Τζάνειο" Γ.Ν. Πειραιά

Εισαγωγή: Η ολοπροσεγκεφαλία αποτελεί μια ετερογενή ομάδα ανωμαλιών του εγκεφάλου, σχετικά σπάνια (1,31/10.000 γεννήσεις), που είναι αποτέλεσμα είτε αποτυχίας είτε ατελούς διαίρεσης του πρόσθιου εγκεφαλικού κυστιδίου, για το σχηματισμό του τελικού εγκεφάλου. Συνήθως συνδυάζεται με ανωμαλίες διαπλάσεως της μέσης γραμμής του προσώπου (80%). Διακρίνονται τρεις τύποι: αλοβιακή, ημιλοβιακή και λοβιακή. Έχουν ενοχοποιηθεί γονιδιακοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Περιγραφή περιστατικού: Τριτοτόκος, 33 ετών ηλικίας κύησης 20 εκ, με ελλειπή παρακολούθηση, προσήλθε για πρώτη φορά στα τακτικά μαιευτικά-γυναικολογικά ιατρεία του "Τζάνειου" Νοσοκομείου Πειραιά. Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο που έγινε διαπιστώθηκε η παρουσία εμβρύου με θετική καρδιακή λειτουργία που παρουσίαζε εικόνα ολοπροσεγκεφαλίας αλόβου τύπου. Τα εγκεφαλικά ημισφαίρια ήταν εντελώς ενωμένα ενώ οι πλάγιες κοιλίες του εγκεφάλου ήταν ενωμένες σε μια κεντρική κοιλία. Όλοι οι δείκτες βιομετρίας-ανατομίας του εμβρύου ήταν χαμηλότεροι από αυτούς που αντιστοιχούσαν στην ηλικία της εγκυμοσύνης εκτός από αυτούς που σχετιζόνταν με την περίμετρο της κεφαλής. Η περαιτέρω διερεύνηση της ανατομίας του εμβρύου ήταν



δύσκολη λόγω ολιγάμνιου. Η πρόγνωση για το έμβρυο ήταν δυσμενής. Προγραμματίστηκε φαρμακευτική έκτρωση με τη χρήση μισοπροστόλης (cytotec). Μετά την έκτρωση ακολούθησε εκκενωτική απόξεση της μήτρας. Η μετέπειτα πορεία της γυναίκας ήταν ομαλή.

Συμπεράσματα-Συζήτηση Ανωμαλίες προσώπου μπορούν να φανούν υπερηχογραφικά στο πρώτο τρίμηνο σε σοβαρές περιπτώσεις. Η απεικονιστική τεχνική εκλογής, είναι η υψηλής ευκρίνειας MRI που περιλαμβάνει εικόνες σε λεπτές τομές σε τρία ορθογώνια επίπεδα (εγκάρσια, οβελιαία και στεφανιαία) σε πιο ήπιες περιπτώσεις.

Εμβρυολογική ιατρική

Ευρετήριο Συγγραφέων

A

Akolekar R. 17,17,17
Akolekar Ranjit 38,39,40,81
Alexios A. 54

B

Ballard T. 36
Ballard T. 16
Beksaç S. 13

D

D'Addario V. 18
Demir N. 13

F

Florentin L. 13

G

Giagloglou Kiriaki H. 54

H

Hamilton 12
Handyside A. 16,36

L

Levett L. 16

M

Moncef B. 16,36

N

Nicolaidis H. 81
Nicolaidis K. 16,17,17,17,17,36,38,39,40

P

Pantazi M.Chr. 54
Patiakas S.Th. 54

Q

Quintero R. 13

R

Reece A. 18

S

Savvidou E.D. 54



A

Αγοραστός Θ. 19,19,19,21,42,42,55
Αθανασάκη Ε. 18
Αλεξανδρής Γ. 19,46
Αλεξίου Ε. 21,21,21,22,58,59,60,61,73
Αλχαζίδου Ε. 19,19,20,20,22,44,45,48,49,62
Αναγνώστου Γ. 15,28,69
Ανδρέου Κ. 20,22,51,62
Ανδρουτσόπουλος Γ. 90,90,91,92
Ανθίμου Σ. 74
Αντωνάκης Γ. 90,90,90,91,92
Αντωνίου Π. 21,55
Αποστόλοβα Γ. 15,27
Αραβαντινός Λ. 22,22,22,63,64,64
Αρβανιτίδου Ο. 18
Αργείτης Ι. 22,63
Ασημακόπουλος Ε. 13

B

Βαρβαρίγος Ι. 18
Βασιλάκος Π. 91,92
Βιτωράτος Ν. 13,16,31
Βουργέντη Κ. 20,46
Βουτσελά Δ. 84,85,86,93
Βράντζα Τ. 21,21,21,22,58,59,60,61
Βραχίνης Ν. 13

Γ

Γαλάζιος Γ. 14
Γεωργαδάκης Γ. 18
Γεωργάκης Σ. 95
Γεωργακοπούλου Α. 90,90
Γεωργοπούλου Ε. 78
Γεωργοπούλου Χ.
19,19,20,20,22,44,45,48,49,62
Γιαγλόγλου Κ. 20,51
Γιαννούλης Χ. 16,32,94
Γκαράς Α. 14
Γκεντσίδης Δ. 15,15,26,26
Γκόγκος Π. 91,62
Γκούμας Β. 15,28,69
Γκουνάρα Ε. 72
Γκουσάρης Ε. 19,19,20,20,22,44,45,48,49,62

Γκουτζιούλης Α. 15,19,28,42
Γληγόρη Ε. 84,85,86,93
Γουργιώτης Δ. 79,80
Γραμματικάκης Ι. 88
Γράψας Σ. 77
Γρηγορίου Οδ. 16,31

Δ

Δαγκλής Θ. 15,19,21,27,42,55
Δασκαλάκης Γ. 13,15,15,26,26
Δεκαβάλας Γ. 12,90,90,91,92
Δελιανίδου Μ. 70
Δέλκος Δ. 84
Δημόπουλος Σ. 88
Διαβάτης Σ. 86,87,93
Διαμαντοπούλου Α. 86,87,93
Δρούγκα Α. 20,47

E

Ελευθεριάδης Μ. 14,22,65
Εμμανουήλ Γ. 15,28,69

Z

Ζαραβίνος Α. 17,17,17
Ζαραβίνος Απ. 38,39,40,81
Ζαφείρη Ε. 82
Ζαχαρίου Μ. 73
Ζιούτος Κ. 15,15,26,26

H

Ηλιάδου Ε. 86

Θ

Θανασάς Ι. 84,85,86,93
Θεοδοσιάδου Αικ. 18
Θεοδωρίδης Θ. 15,27
Θεοδώρου Σ. 74,75,77
Θωμόπουλος Κ. 78
Θωμοπούλου Ι. 20,49

Εμβρυομυϊκής ιατρικής

I

Ιαβάτσο Χ. 22,22,22,63,64,64,68,68,79,79,80

K

Καγκελάρη Ι. 21,57

Καζάκος Ι. 75

Καλαθέρη Ε. 21,55

Καλαμπαλίκης Γ. 17,41

Καλαντζή Π. 71

Καλλία Θ. 20,49

Καλλιντέρη Χ. 17,41

Καλλονιάτου Μ. 15,15,26,26

Καλογιαννίδης Ι.

15,15,19,19,21,27,28,42,42,55

Καμπανιέρης Μ. 15,15,26,26

Κανακάκης Σ. 78

Κανδύλη Κ. 82

Κανιάρης Ι. 83,96

Κάντας Π. 90,90,91,92

Κάππου Δ. 17,17,17,38,81

Κάππου Δ. 39,40

Καραγιάννης Β. 13,20,21,49,57

Καράδαγλης Σ. 83,88,95,96

Καρακάντζα Μ. 90,90

Καραμανίδου Π. 20,22,51,62

Καραμουσά Ε. 95

Καραμπίνης Χ. 18

Καρατζή Α. 74

Καρκανάκη Α. 84,86,87,93

Κάρλα Μ. 75

Καρπάθιος Σ. 13

Καρτσέα Φ. 94

Κασσάνος Δ. 15,19,20,21,21,21,22,29,46,46,58,59,60,61,71,72,72,73,74,75,76,77,77,82,88

Κάσση Σ. 17,41

Κατσέτος Χ. 83,88,96

Κατσίκης Η. 84

Κατσούλα Κ. 16,33

Κατσούλης Μ. 83,88,95,96

Καφίδας Ν. 16,17,33,41

Κιοσεδάκη Δ. 15,16,21,30,31,56

Κόλλιας Π. 95

Κολτσίδα Ε. 70

Κομήτα Ο. 95

Κομού Α. 78

Κονδυλιός Α. 13

Κοραντζής Α. 12

Κορτεσιάδης Δ. 72,82

Κορτεσιδής Ε. 20,22,51,62

Κοτέλης Α. 88

Κούκκου 78

Κουκουλομάτη Α. 15,28

Κουμπούνη Ν. 17,41

Κούρτης Α. 15,15,19,21,27,28,42,55

Κουσκούνη Ε. 79,80

Κούτρας Ι. 15,28,69

Κουτσιλέου Κ. 95

Κουτσουδάκη Β. 88

Κουτσουμπάρης Σ. 95

Κρεατσά Μ. 21,21,21,22,58,59,60,61,76,77

Κρεατσάς Γ. 12,79,80

Κυριακή Χ. 51

Κυριακίδης Δ. 84,85,86,93

Κωνσταντίνου Α. 70

Κωνσταντίνου Χρ. 70

Κωστογλίδου Σ. 86

Λ

Λαγαριάς Θ. 15,15,26,26

Λαθουράς Κ. 14,16,32,94

Λόγης Κ. 14,73,77

Λουφόπουλος Α. 16,32

Λυκάκης Α. 19,46,72,88

Λυμπέρης Β. 13

M

Μακρής Γ. 19,46,88

Μακριδάκη Μ. 16,35

Μακρυγιαννάκης Α. 18

Μάλφα Κ. 14

Μαμελετζή Σ. 15,16,17,21,30,31,37,56

Μαμόπουλος Α. 12,13,20,21,49,57

Μαντάς Α. 19,19,20,20,22,44,45,48,49,62

Μαντάς Ν. 17,17,17,38,39,40,81

Μανωλάκος Εμμ. 80



Μαργιούλα-Σιάρκου Χ. 15,19,21,28,42,55
Μασμανίδου Δ. 70
Μασούρα Σ. 15,19,19,21,27,42,42,55
Μαυροματάκη Χ. 15,16,21,30,31,56
Μαυροματίδης Γ. 20,21,49,57
Μελιτζανοπούλου Α. 70
Μέντση Μ. 87
Μητσάκης Ι. 16,32,94
Μίκος Θ. 21,55
Μιχαηλίδου Δ. 20,22,51,62
Μιχαλίτση Β. 15,29,72
Μιχαλιτσιάνου Α. 77
Μίχος Γ. 17,41
Μούγιου Α. 90,90
Μουρτζάκης Σ. 20,47,74
Μουσατάτ Τ. 84
Μπάκα Σ. 79,80
Μπακατσέλου Αικ. 19,43
Μπάρμπα Α. 95
Μπάσιος Γ. 77,82
Μπατάκης Ε. 22,65
Μπατάκης Χ. 15,16,34
Μπατάλιας Λ. 20,47
Μπέκα Ι. 87
Μπέλτσιου Ν. 84,85,86,93
Μπέτσας Γ. 21,57
Μπόνου Π. 12
Μπόσκογλου Θ. 15,16,21,30,31,56
Μπότσης Δ. 13,22,22,22,22,63,64,64,65
Μπουνιάς Δ. 95
Μπουρνάς Ν. 75
Μπούτσικου Μ. 79,80

N

Νταγκλή Α. 19,19,20,20,22,44,45,48,49,62
Ντζίωρα Φ. 68,68,79
Ντούσιας Β. 16,17,33,41

E

Ξενίδης Θ. 19,42

O

Οικονομίδης Δ. 69
Οικονόμου Ε. 16,31,79,80
Ουγγρίνου Β. 15,16,21,30,31,56

Π

Πάγκαλος Κ. 13
Παλαπέλας Β. 20,49
Παναγιωτάκης Γ. 91,92
Παναγιωτέλη Γ. 15,16,21,30,31,56
Παναγόπουλος Π. 14,74,83,88,95,96
Πανίδης Δ. 84
Πανταζή Μ. 20
Πανταζή Μ. Χ. 51
Παντατοσάκης Ε.
19,19,20,20,22,44,45,48,49,62
Παπαγιάννη Β. 19
Παπαδημητρίου Α. 17,18,41
Παπαδιάς Κ. 13
Παπαδόπουλος Β. 18
Παπαδόπουλος Β. 18, 90,90,91,92,
Παπαδοπούλου Ε. 17,17,39,40
Παπαδόπουλου Χ. 16,33
Παπαθεοδώρου Σ. 16,17,33,41
Παπακωνσταντίνου Κ. 16,31
Παπαστεφάνου Ι. 15,29,88,95,96
Παππάς Α. 75
Παστίδου Χ. 74
Πασχαλινόπουλος Δ. 68,68,79
Πατιάκας Σ. 20
Πατιάκας Σ. Θ. 51
Πατσούρας Κ. 20,46,74
Πεϊτσίδης Π. 69,80
Πεϊτσίδου Αικ. 69,80
Πετούσης Σ. 15,19,21,28,42,55
Πετράκος Γ. 19,19,20,20,22,44,45,48,49,62
Πέτροβα Μ. 93
Πιλιτσίδου Κ. 76
Πιούκα Α. 84
Πόγκα Μ. 21,57,95
Πούχνερ Κ. 79,80
Πράπας Ν. 15,19,19,21,21,28,42,42,55,57
Πρατήλας Γ. 16,32,94

Εμβρυομητρικής Ιατρικής

Ρ

Ρασιώτη Π. 16,33
 Ρίζος Δ. 22,65
 Ρίζου Μ. 22,65
 Ρούσσοσ Δ. 13,20,21,49,57

Σ

Σαββίδης Α. 20
 Σαββίδης Α.Α. 51
 Σαββίδου Ε. 20
 Σαββίδου Ε. Δ. 51
 Σακελλαρόπουλος Γ. 90,90
 Σαλαμαλέκης Γ. 20,47,
 Σαλαμαλέκης Ε. 18,18,20,46,46,71,72,74,7
 4,82,88
 Σαλαμαλέκης Ε. 19,
 Σαλαμπάσης Κ. 15,29
 Σαλλούμ Ι. 71
 Σαμόλης Σ. 83,88
 Σανοζίδης Α. 20,22,51,62
 Σαράντη Ε. 21,55
 Σαρχιανάκη Α. 21,57,95
 Σέγκου Ο. 19,46
 Σηφάκης Σ. 13,17,17,17,38,81,39,40
 Σιάσου Ζ. 72,73
 Σιδέρη Α. 15,16,21,30,31,56
 Σίμου Α. 93
 Σιούλας Β. 20,46,71,74
 Σκάρπας Π. 77
 Σκόπα Κ. 17,41
 Σκουλαροπούλου Ι. 93
 Σοϊλεμετζίδης Γ. 20,22,51,62
 Σούκα Α. 15,29
 Σπανού Φ. 76,77
 Σπηλιοπούλου Π. 95
 Σπυριδάκης Χ. 20,47,75
 Σταθοπούλου Β. 72,73
 Στασινού Ε. 17,41
 Στεργιόπουλος Κ. 21,57
 Στεργιούδας Ι. 16,32,94
 Στέφος Θ. 12,16,17,33,41
 Στρατουδάκης Γ. 15,15,26,26
 Συκιώτης Κ. 76,77
 Συριστατίδης Χ.

18,21,21,21,22,58,59,60,61,72

Τ

Ταρλατζής Β. 16,18,21,36,55
 Τασιοπούλου Ι. 71
 Τάσσης Κ. 79,80
 Τάσσου Α. 73
 Τέντας Ι. 86,87,93
 Τζανάκης Κ. 15,15,26,26
 Τζαφέττας Γ. 18
 Τζαφέττας Ι. 16,32,94
 Τζαφέττας Μ. 16,32
 Τζεβελέκης Β. 21,55
 Τζεβελέκης Φ. 21,55
 Τζιβρά Ε. 72
 Τζιομάκη Μ. 84,85,86,93
 Τοσουνίδου Ζ. 20,22,51,62
 Τουμπανάκης Ν. 20,46,71,74
 Τραϊανός Α. 15,19,28,42
 Τρακάκης Ε. 82
 Τρομπούκης Π. 77,83,95
 Τσαντούλας Ε. 69,80
 Τσάπανος Β. 13,14,90,90,91,92
 Τσεκούρα Β. 69
 Τσεκούρα Β. 80
 Τσόμπος Κ. 16,19,35,43
 Τσόνογλου Δ. 15,16,21,30,31,56,86,87,93
 Τσουκνίδας Σ. 20,22,51,62

Φ

Φαρμακίδης Γ. 16,18,18,34,69,78,80
 Φελεσάκης Ι. 20,22,51,62
 Φιδάνη Α. 17,37
 Φρουδαράκης Γ. 15
 Φωτοπούλου Ε.
 19,19,20,20,22,44,45,48,49,62

Χ

Χάδλα Π. 77
 Χαϊδόγιαννος Κ. 76
 Χαλιάσος Α. 22,65
 Χαρίτου Α. 13



Χαρίτου Ε. 86,87
Χασιάκος Δ. 16,22,22,22,22,31,63,64,64,65,79,80
Χατζημελετίου Κ. 16,36
Χατζής Ι. 19
Χιντιπάς Η. 72
Χρέλιας Χ. 20,47,88
Χριστοδουλοπούλου Β. 74

