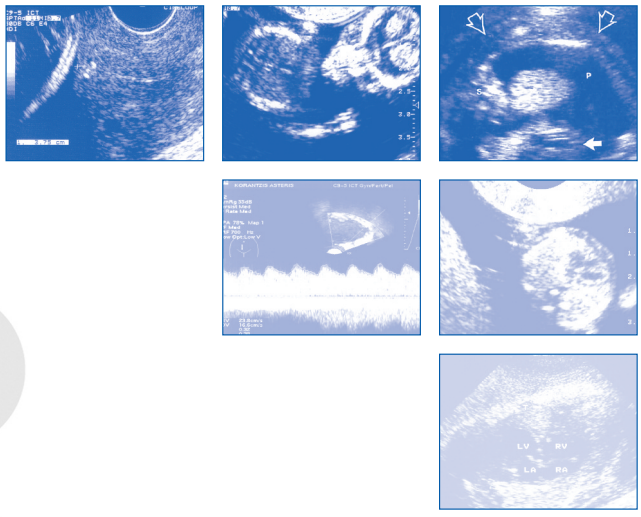
ΤΟΜΟΣ 11 • ΤΕΥΧΟΣ 1 • ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - **ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2014**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΥΠΕΡΗΧΩΝ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ
HELLENIC SOCIETY FOR ULTRASOUND IN OBSTETRICS & GYNECOLOGY

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ



Περιεχόμενα

5

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ **ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΥΠΕΡΗΧΩΝ**
ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ

ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΥΠΕΡΗΧΩΝ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ

Διευθυντής Σύνταξης:
Α. Αντσακλής

Αν. Διευθυντής Σύνταξης:
Α. Αθανασιάδης

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο ΚΕΜΠΙ ΚΡΥΟΝΕΡΙΟΥ
Αριθμός Άδειας 4763

PRESS POST X+7 PRESS POST

ΕΛΤΑ Hellenic Post

MDcommunications
ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ 1672/02 ΚΔΑ
ΑΛ. ΠΑΝΑΓΟΥΛΗ 118, ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 153 43
ΚΩΔΙΚΟΣ ΜΜΕ 7216

ISSN 1109-9267

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ

ISSN 1109-9267

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΥΠΕΡΗΧΩΝ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ :
Αντσακλής Αριστείδης
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ:
Μπότσης Δημήτριος
ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:
Αθανασιάδης Απόστολος
ΤΑΜΙΑΣ:
Δασκαλάκης Γεώργιος
ΜΕΛΟΣ:
Σκέντου Χαρά

ΣΥΝΤΑΞΗ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Αντσακλής Αριστείδης

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
Αθανασιάδης Απόστολος

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΥΛΗΣ
Παπαντωνίου Νικόλαος
Σκέντου Χαρά

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
Ε. Ασημακόπουλος
Γ. Δασκαλάκης
Κ. Καλμαντής
Δ. Μπότσης
Α. Ζαβλανός
Σ. Σηφάκης
Σ. Σωτηριάδης
Γ. Μακρυδήμας
Β. Τσάπανος
Μ. Θεοδωρά
Μ. Ελευθεριάδης
Γ.Δεκαβάλας
Σ. Σωτηρίου

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΤΑΞΗ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΥΠΕΡΗΧΩΝ ΣΤΗΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ

ΕΚΔΟΤΗΣ

Αριστείδης Αντσακλής,
Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

Copyright:

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΥΠΕΡΗΧΩΝ ΣΤΗΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ

ΣΥΝΤΟΜΟΣ ΤΙΤΛΟΣ:

Υπερηχ.

Η «ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ» είναι τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Εταιρείας Υπερήχων στη Μαιευτική και Γυναικολογία. Αποτελεί επίσημο όργανο της Εταιρείας και έχει σκοπό την ενημέρωση των ιατρών Μαιευτήρων-Γυναικολόγων επί θεμάτων Υπερηχογραφίας.

Τα δημοσιευμένα άρθρα είναι ιδιοκτησία του περιοδικού «ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ» και απαγορεύεται η μερική ή/και ολική αναδημοσίευση τους, χωρίς την έγγραφη συγκατάθεση της Συντακτικής Επιτροπής.

Οι απόψεις των συντακτών των δημοσιευμάτων δεν αποτελούν αναγκαία τις απόψεις του εκδότη και του ιδιοκτήτη του περιοδικού (Ελληνική Εταιρεία Υπερήχων στη Μαιευτική & Γυναικολογία)

ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Το περιοδικό διανέμεται δωρεάν στα μέλη της Εταιρείας.
Η ετήσια συνδρομή για μη μέλη ανέρχεται σε 40€.
Το ποσό αυτό καλύπτει και τα ταχυδρομικά έξοδα αποστολής των 4 ετησίων τευχών.
Συνδρομές βιβλιοθηκών : 60€ ετησίως
Συνδρομές εξωτερικού : 80€ ετησίως

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Ελληνική Εταιρεία Υπερήχων στην Μαιευτική και Γυναικολογία,
Μιχαλακοπούλου 85, 11528 ΑΘΗΝΑ
Τηλ./Fax: 210.7796310
e-mail: hellenicultrasound@yahoo.gr
site: www.yperixografia.gr

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

MD communications

Αλ. Παναγούλη 118, Αγ. Παρασκευή 153 43. Τηλ: 210-6835999, Fax: 210-6836077
e-mail: md@mdcom.gr

ULTRASOUND

ISSN 1109-9267

PUBLISH FOUR TIMES EACH YEAR

OFFICIAL JOURNAL OF HELLENIC SOCIETY FOR ULTRASOUND IN OBSTETRICS & GYNECOLOGY

EXECUTIVE COMMITEE

PRESIDENT
Antsaklis Aristidis
VICE PRESIDENT
Botsis Dimitrios
SECRETARY
Athanasiadis Apostolos
TREASURER
Daskalakis Georgios
MEMBER
Skentou Chara

EDITORIAL BOARD

EDITOR-IN-CHIEF
Antsaklis Aristidis

ASSOCIATE EDITOR
Athanasiadis Apostolos

ASSISTANT EDITORS
Papantoniou Nikolaos
Skentou Chara

MEMBERS
E. Asimakopoulos
G. Daskalakis
K. Kalmantis
D. Botsis
A. Zavlanos
S. Sifakis
S. Sotiriadis
G. Makridimas
V. Tsapanos
M. Theodora
M. Eleutheriadis
G. Dekavalas
S. Sotiriou

PROPERTY AND EDITING

HELLENIC SOCIETY FOR ULTRASOUND IN OBSTETRICS & GYNECOLOGY

PUBLISHER

Aristidis Antsaklis,
Professor of Obstetrics and Gynaecology, University of Athens

Copyright:

HELLENIC SOCIETY FOR ULTRASOUND IN OBSTETRICS & GYNECOLOGY

SHORT TITLE

Hel. Ultras.

The "ULTRASOUND" publishes four times each year by HELLENIC SOCIETY FOR ULTRASOUND IN OBSTETRICS & GYNECOLOGY. It is an official implement of this society and its goal to inform Obstetricians and Gynecologists about Ultrasound topics.

The published articles is property of the "ULTRASOUND" journal and partial or total republishing is forbidden without written assent of the Editorial Board.

The opinions of the author's publications do not constitute necessarily the opinions of the publisher and owner of the journal (Hellenic Society for Ultrasound in Obstetrics & Gynecology)

SUBSCRIPTIONS

The journal is distributed free to the members of the society.
The annual subscription for non-members is 40€.
The postage of the 4 annual issues are included to this amount.
Library subscriptions: 60€ annual
Abroad subscriptions: 80€ annual

SECRETARIAT

HELLENIC SOCIETY FOR ULTRASOUND IN OBSTETRICS & GYNECOLOGY
85 Michalakopoulou str.
11528 ATHENS, GREECE
TEL/FAX No. +2107796310
E-mail: hellenicultrasound@yahoo.gr
site: www.yperixografia.gr

RENSPONSIBLE FOR EDITION

MD communications
118 Al. Panagouli str., 153 43 Ag. Paraskevi, Athens, Greece
Tel.+30210.6835999, Fax:+30210.6836077, E-mail: md@mdcom.gr

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ

Τόμος 11, Τεύχος 1, Ιανουάριος - Σεπτέμβριος 2014

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

01 **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**
του 5ου Πανελληνίου Συνεδρίου Υπερήχων στη Μαιευτική & Γυναικολογία

11 **ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**
του 5ου Πανελληνίου Συνεδρίου Υπερήχων στη Μαιευτική & Γυναικολογία

ULTRASOUND

Volume 11, No 1, January - September 2014

CONTENTS

ABSTRACT BOOK

01 **FREE ANNOUNCEMENTS**
5th Congress of Ultrasound in Obstetrics & Gynecology

11 **E - POSTER ANNOUNCEMENTS**
5th Congress of Ultrasound in Obstetrics & Gynecology

ΕΑ-01. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ

Holland T.K.[1], Cunter A.[1], Saridogan E.[1], Mavrelos D.[1,2], Paterman K.[1], Jurkovic D.1

[1] Department of Obstetrics and Gyneacology, University College London Hospital

[2] Institute of Women's Health, University College London

Σκοπός: Εκτίμηση της ακρίβειας του προεγχειρητικού κολπικού υπερηχογραφήματος στη διάγνωση της ενδομητρίωσης και των συμφύσεων πυέλου σε σύγκριση με τα λαπαροσκοπικά ευρήματα.

Υλικό και μέθοδος: Γυναίκες με κλινική υποψία ή προηγηθείσα διάγνωση ενδομητρίωσης συμμετείχαν στην εργασία. Προεγχειρητικά όλες οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε κολπικό υπερηχογράφημα για την διάγνωση των ενδομητριωσικών εστιών και των συμφύσεων της πυέλου. Διευκρινίσαμε, την ακρίβεια του υπερηχογραφήματος, συγκρίνοντας τα αποτελέσματα του υπερηχογραφήματος με τα ευρήματα κατά τη διάρκεια της λαπαροσκόπησης.

Αποτελέσματα: 198 γυναίκες υποβλήθηκαν σε κολπικό υπερηχογράφημα και λαπαροσκόπηση και συμπεριλήφθηκαν στην εργασία. Σε 126/198 (63,6%) γυναίκες βρέθηκε ενδομητρίωση κατά τη διάρκεια της λαπαροσκόπησης. Σε 28/126 (22,8%) γυναίκες βρέθηκε ενδομητρίωση σε μία θέση και στις υπόλοιπες 98/126 (77,2%) σε δύο ή παραπάνω θέσεις. Η υπερηχογραφική διάγνωση ωοθηκικών ενδομητριωμάτων, μετρίων ή πολλαπλών στερρών συμφύσεων των ωοθηκών, συμφύσεων στο δουγλάσιο, ενδομητρίωσης της ουροδόχου κύστης και εν τω βάθει ενδομητρίωσης είχαν θετική αναλογία πιθανότητας (LR+) πάνω από 10. Η αρνητική αναλογία πιθανότητας (LR-) ήταν <0,1 για ενδομητρίωση της ουροδόχου κύστης, 0,1-0,2 για ωοθηκικά ενδομητριώματα, μέτριες ή στερρές συμφύσεις των ωοθηκών και συμφύσεις στο δουγλάσιο και 0,5 -1 για εν τω βάθει ενδομητρίωση. Η υπερηχογραφική διάγνωση είχε ψηλότερη διαγνωστική ακρίβεια με την αύξηση του αριθμού των ενδομητριωσικών εστιών.

Συμπεράσματα: Η εργασία μας αποδεικνύει ότι το κολπικό υπερηχογράφημα έχει υψηλή διαγνωστική ακρίβεια με χαμηλό αριθμό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων. Αντιθέτως αρνητικά ευρήματα έχουν μικρότερη αξιοπιστία και ασθενείς με έντονα συμπτώματα μπορεί να χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης πέρα από το κολπικό υπερηχογράφημα. Η ακρίβεια του κολπικού υπερηχογραφήματος εξαρτάται από τη θέση των εδνομητριωσικών εστιών.

ΕΑ-02. ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΣΕΙΣ ΕΓΚΥΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ DOWN ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Καραγκιούζης Θ.[1], Σηφάκης Σ.[2], Μακρυθανάσης Π.[3], Δεσσυπρής Ν.[4], Ξανθάκης Κ.[2], Πετρίδου Ε.[4], Κίτσιου-Τζελή Σ.[1], Καναβάκης Ε.[1]

[1]Τμήμα Γενετικής - Χωρέμειο Ερευνητικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Παν/μιου Αθηνών, Νοσοκομείο "Αγία Σοφία", Αθήνα

[2]Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν/μιου Κρήτης, Ηράκλειο

[3]Department of Genetic Medicine and Development, Faculty of Medicine, University of Geneva, Geneva Switzerland

[4]Εργαστήριο Υγιεινής Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή Παν/μιου Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Να εκτιμηθούν οι θέσεις και οι απόψεις των εγκύων γυναικών για τον προγεννητικό μαζικό έλεγχο (prenatal screening) στην Ελλάδα με βάση δημογραφικούς παράγοντες, συνήθειες καθημερινής ζωής και το ιατρικό ιστορικό.

Υλικό και μέθοδος: Σε 354 έγκυες γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε επεμβατικό προγεννητικό έλεγχο ετέθησαν μια σειρά από ερωτήματα στη διάρκεια της λήψης των αποτελεσμάτων. Ειδικότερα, τους εδόθη ένα ερωτηματολόγιο δομημένο με βάση δημογραφικά στοιχεία από το κοινωνικο-οικονομικό ιστορικό, το μορφωτικό επίπεδο, τις συνήθειες ζωής, το ιατρικό ιστορικό καθώς και τις γνώσεις ή απόψεις που είχαν για τις εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου. Οι απαντήσεις που ελήφθησαν επεξεργάστηκαν και αναλύθηκαν στατιστικά (summary statistics and multiple logistic regression analyses).

Αποτελέσματα: Επαρκή πληροφόρηση για τις προγεννητικές εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου είχε το 50.8% των ερωτηθέντων γυναικών. Γυναίκες μη-ελληνικής εθνικότητας (OR=2.07, p=0.04) καθώς και εκείνες που δε γνώριζαν τις συνέπειες του καπνίσματος για την έκβαση της κύησης (OR=2.39, p=0.004) είχαν δύο φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να μην έχουν επαρκή πληροφόρηση. Αντιθέτως, ικανοποιητική πληροφόρηση είχαν οι γυναίκες που διάβαζαν ημερήσιο τύπο (OR=0.51, p=0.0004). Το μορφωτικό επίπεδο και το αναφερόμενο οικογενειακό εισόδημα φαίνεται να σχετίζεται με το επίπεδο της πληροφόρησης χωρίς όμως να φτάνει σε στατιστική σημαντικότητα.

Συμπέρασμα: Για να βελτιωθεί η παροχή γενετικής συμβουλευτικής και ενημέρωσης στις έγκυες γυναίκες σχετικά με τις χρησιμοποιούμενες εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν στοιχεία από το κοινωνικό, οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο καθώς και από τις συνήθειες καθημερινής ζωής.

ΕΑ-03. ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΓΚΥΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Φωτεινοπούλου Α., Αντωνάκου Α.
Τμήμα Μαιευτικής, Αλεξάνδρειο ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Η διερεύνηση των γνώσεων των εγκύων γύρω από την υπερηχογραφία κατά την κύηση.
Υλικό και μέθοδος: Συμπληρώθηκαν 136 πρωτότυπα ερωτηματολόγια από πρωτοεγκύμονες γυναίκες στην περιοχή της Αθήνας, την περίοδο Νοέμβριος 2013- Μάρτιος 2014.
Αποτελεσματα: Ο Μ. Ο. ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 25,7± 3,2 έτη και το 63,5% ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το 45% είχε παρακολουθηθεί σε δημόσιο μαιευτήριο και το 53% από ιδιώτη μαιευτήρα και αυτό δεν φάνηκε να επηρεάζει τις απαντήσεις τους (p>0,05). Όλες δήλωσαν ότι γνώριζαν τι είναι το υπερηχογράφημα (U/S) και το 79% ότι έχει ενημερωθεί για τη σκοπιμότητά του. Η συντριπτική πλειοψηφία (82%) γνώριζε τι είναι και πότε πρέπει να γίνεται το U/S αυχενικής διαφάνειας και η εξέταση PAPP-A, ωστόσο το 60% δεν γνώριζε τι είναι η α-φετοπρωτεΐνη. Το 88% δήλωσε ότι γνωρίζει για το U/S του β- τριμήνου, ωστόσο μόνο το 53% γνώριζε πότε πρέπει να γίνεται. Το 79% δήλωσε ότι πρέπει να γίνεται το U/S του τρίτου τριμήνου, αλλά μόνο το 61% γνώριζε πότε. Στην ερώτηση για τον αριθμό των απαραίτητων U/S, οι γυναίκες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο δήλωσαν μεγαλύτερο αριθμό (>4)(p<0. 05). Το 85% δήλωσε ότι θα υποβάλλονταν σε αμνιοπαρακέντηση σε περίπτωση παθολογικών ευρημάτων στα U/S, και το 34% ότι σε επιβεβαίωση θα προχωρούσε σε διακοπή. Οι κύριες πηγές πληροφόρησης ήταν ο μαιευτήρας (81%) και το διαδίκτυο (54%).
Συμπεράσματα: Οι γυναίκες που παρακολουθούνται τόσο σε δημόσια μαιευτήρια όσο και από ιδιώτες μαιευτήρες θεωρούν πως έχουν πολύ καλή γνώση σχετικά με τον υπερηχογραφικό έλεγχο της κύησης. Φάνηκε ωστόσο ότι υπάρχουν τομείς που χρήζουν περισσότερης ενημέρωσης.

ΕΑ-04. ΔΕΙΚΤΕΣ ΧΡΩΜΟΣΩΜΙΚΩΝ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ Β' ΕΠΙΠΕΔΟΥ: ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Τζεβελέκης Β.[1], Ζούζουλας Δ.[1], Μαργιούλα-Σιάρκου Χ.[2], Πετούσης Σ.[2], Κεσίδου Ν.[3], Ευαγγελινός Δ.[4], Δαγκλής Θ.[5]
[1]Ειδικευόμενος Ιατρός, Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική ΓΝ Πολυγύρου, Χαλκιδική, [2]MSc, PhD (Cand) , Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ, [3]Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Παιδιατρική Κλινική ΓΝ Πολυγύρου, Χαλκιδική, [4]Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική ΓΝ Πολυγύρου, Χαλκιδική, [5]MSc, PhD, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ

Σκοπός: Η μελέτη της συχνότητας ανίχνευσης υπερηχογραφικών δεικτών χρωμοσωμικών ανωμαλιών κατά το υπερηχογράφημα β' επιπέδου σε ελληνικό πληθυσμό.
Μέθοδος: Μελετήθηκαν οι περιπτώσεις στις οποίες διενεργήθηκε υπερηχογράφημα β'επιπέδου κατά την περίοδο 2011-2013, σε μονήρεις κυήσεις, σε ένα κέντρο προγεννητικού ελέγχου. Μελετήθηκε η συχνότητα ανίχνευσης υπερηχογραφικών δεικτών χρωμοσωμικών ανωμαλιών και συγκεκριμένα μονήρους ομφαλικής αρτηρίας, υπερηχογενούς εντέρου, αυξημένης αυχενικής πτυχής, υποπλασίας ρινικού οστού, υδρονέφρωσης, υδροκεφαλίας, κύστης χοριοειδούς πλέγματος και κοντού μηριαίου οστού. Υπολογίστηκε το ποσοστό ανίχνευσης κάθε υπερηχογραφικού δείκτη ενώ καταγράφηκε και το ποσοστό των περιπτώσεων όπου παρατηρήθηκε συνδυασμός υπερηχογραφικών δεικτών.
Αποτελέσματα: Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 1214 υπερηχογραφήματα β'επιπέδου κατά το διάστημα της μελέτης. Η μέση ηλικία των γυναικών ήταν 30,3 ± 5,1 και η μέση εβδομάδα διενέργειας του υπερηχογραφήματος ήταν 21,5 ± 0,8. Ανίχνευση τουλάχιστον ενός υπερηχογραφικού δείκτη παρατηρήθηκε σε ποσοστό 9,2% (n=114). Ο συχνότερα ανιχνευόμενος από τους δείκτες της μελέτης ήταν το υπερηχογενές έντερο (3,0%, n=37) και εν συνεχεία η μονήρης ομφαλική αρτηρία (1,6%, n=19), η υποπλασία του ρινικού οστού (1,4%, n=17), η υδρονέφρωση (1,3%, n=16) και η κύστη χοριοειδούς πλέγματος (1,2%, n=15). Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ανιχνεύτηκε ένας μεμονωμένος υπερηχογραφικός δείκτης (8,7%, ν=108) ενώ σε 6 περιπτώσεις παρατηρήθηκε συνδυασμός υπερηχογραφικών δεικτών (0,5%).
Συμπέρασμα: Υπερηχογραφικός δείκτης ανιχνεύεται σε περίπου 1 στις 10 περιπτώσεις υπερηχογραφήματος β'επιπέδου.

ΕΑ-05. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ 1ΟΥ ΤΡΙΜΗΝΟΥ ΚΥΗΣΗΣ

Γερεντέ Α., Αθανασιάδης Α., Ρούβαλης Φ., Αρναούτογλου Χ., Καραβιδά Κ., Ζαβλανός Α., Ασημακόπουλος Ε., Ταρλατζής Β.

Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ - Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

Σκοπός: Προοπτική μελέτη με στόχο την υπερηχογραφική διάγνωση συγγενών καρδιοπαθειών νωρίς στην κύηση.
Υλικό και μέθοδος: Από τον Ιανουάριο του 2007 εως και τον Δεκέμβριο του 2013 (7 έτη), εξετάστηκαν 7968 έγκυες στα πλαίσια του αναλυτικού υπερηχογραφήματος 1ου τριμήνου. Οι κυήσεις ήταν μονήρεις ή δίδυμες, κατόπιν αυτόματης σύλληψης ή αποτέλεσμα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Συμπεριλαμβάνονται κυήσεις χαμηλού αλλά και υψηλού κινδύνου για συγγενείς καρδιοπάθειες και χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Ο μέσος όρος ηλικίας των εγκύων ήταν 31.6 έτη. Η μέση ηλικία κύησης κατά την εξέταση ήταν 13+1 εβδομάδες. Έγινε προσπάθεια απεικόνισης των τεσσάρων καρδιακών κοιλοτήτων, του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, της εξόδου των μεγάλων αγγείων καθώς και της εγκάρσιας απεικόνισης των 3 αγγείων στο άνω μέρος του θώρακα. Από τον Ιούλιο του 2009 έγινε επιπλέον προσπάθεια απεικόνισης της πορείας της δεξιάς υποκλείδιας αρτηρίας. Η υπερηχογραφική πρόσβαση ήταν διακοιλιακή ή/και διακολπική. Στα πλαίσια του αναλυτικού υπερηχογραφήματος του 2ου τριμήνου (20η-22η εβδομάδα κύησης) επανεξετάστηκαν 6693/ 7968 (84%) έγκυες.
Αποτελέσματα: Η απεικόνιση των τεσσάρων καρδιακών κοιλοτήτων και της εικόνας των τριών αγγείων στο άνω μέρος του θώρακα ήταν εφικτή νωρίς στην κύηση σε 5817/ 7968 έμβρυα (73%). Σε 8 από τα 5817 έμβρυα (1. 4/1000) διαπιστώθηκε σοβαρή συγγενής καρδιοπάθεια κατά το τέλος του 1ου τριμήνου. Στα πλαίσια του αναλυτικού υπερηχογραφήματος του 2ου τριμήνου διαπιστώθηκαν 16 περιστατικά συγγενών καρδιοπαθειών τα οποία διέφυγαν της διάγνωσης του 1ου τριμήνου.
Συμπεράσματα: Η προσπάθεια υπερηχογραφικής απεικόνισης της καρδιακής ανατομίας νωρίς στην κύησης είναι πολύ σημαντική για την έγκαιρη προγεννητική διάγνωση σοβαρών συγγενών καρδιοπαθειών. Οι συνθήκες εξέτασης είναι συχνά δύσκολες και απαιτούν μεγάλη εμπειρία του εξεταστή στην διακοιλιακή και διακολπική υπερηχογραφική εξέταση των εμβρύων.

ΕΑ-06. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΚΥΣΤΙΚΗΣ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ 5 ΕΤΩΝ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Αθανασιάδης Α.[1,2], Καραβιδά Α.[2], Ζαβλανός Α.[1,2], Αϊβάζη Β.Δ.,[1], Τουφάκης Β., Θεοδωρίδης Θ.[1], Ταρλατζής Β.[1]

[1]Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ, [2]Κέντρο Προγεννητικού Ελέγχου Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Η παρακολούθηση της εξέλιξης των βλαβών συγγενούς κυστικής αδενωματώδους δυσπλασίας (ΣΚΑΔ) του πνεύμονα του εμβρύου κατά την διάρκεια της κύησης.
Υλικό και μέθοδος: Αναδρομική μελέτη παρατήρησης εμβρύων με ΣΚΑΔ που διαγνώστηκαν ή παραπέμφθηκαν σε εξειδικευμένο κέντρο εμβρυικής ιατρικής κατά την τελευταία πενταετία (2009-2014). Μελετήθηκαν τα υπερηχογραφικά χαρακτηριστικά και η εξέλιξη των βλαβών κατά την διάρκεια της κύησης.
Αποτελέσματα: Εξετάστηκαν 11 περιπτώσεις εμβρύων με ΣΚΑΔ. Η μέση ηλικία κύησης κατά την διάγνωση ήταν 23,7 εβδομάδες (εύρος 22-30). Μικροκυστικού τύπου ΣΚΑΔ ήταν 8 (72,7%) και μακροκυστικού 3 (27,3%). Η βλάβη είχε δεξιά εντόπιση σε 4 (36,6%) και αριστερή σε 7 (63,6%). Μετατόπιση του μεσοθωρακίου παρατηρήθηκε σε 4 (36,6%), ενώ σε καμία δεν συνυπήρχε εμβρυικός ύδρωπας. Οι γονείς επέλεξαν την διακοπή της κύησης σε μία (9,1%) περίπτωση με μεγάλη βλάβη μακροκυστικού τύπου. Πλήρης υποστροφή κατά την διάρκεια της κύησης παρατηρήθηκε σε 6 (6/10 ; 60%). Οι βλάβες μικροκυστικού τύπου υποστράφηκαν πλήρως σε 5 (5/8 ; 62,5%) και οι μακροκυστικού σε 1 (1/2 ; 50%). Η μέση ηλικία κύησης κατά την οποία παρατηρήθηκε η πλήρης υποστροφή ήταν 31,3 εβδομάδες (εύρος 27-33). Σε 3 (3/10 ; 30%) περιπτώσεις η υποστροφή ήταν μερική, με αναφερόμενη καλή νεογνική έκβαση. Σε μία περίπτωση (10%) η βλάβη παρέμεινε η ίδια και απαιτήθηκε χειρουργική επέμβαση στο νεογνό. Δεν παρατηρήθηκαν περιπτώσεις επιδείνωσης της βλάβης κατά την διάρκεια της κύησης.
Συμπεράσματα: Σημαντικό ποσοστό των βλαβών ΣΚΑΔ του πνεύμονα του εμβρύου υποστρέφουν πλήρως κατά την διάρκεια της κύησης.

ΕΑ-07. ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΜΒΡΥΪΚΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΣΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΤΡΙΜΗΝΟ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΥ

Καραβιδά Α.[2], Αθανασιάδης Α.[1,2], Ζαβλανός Α.[1,2], Ρούβαλης Φ.[2], Κουγιουμτσίδου Ν.[1], Κυριακίδου Ά.[1], Ταρλατζής Β.[1]
[1]Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ, [2]Κέντρο Προγεννητικού Ελέγχου Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Η σύγκριση των ευρημάτων στην εμβρυική καρδιά κατά το β' επιπέδου από εξειδικευμένο μαιευτήρα με τα ευρήματα εμβρυικού υπερηχοκαρδιογραφήματος (ΕΥΚ) από παιδοκαρδιολόγο.
Υλικό και μέθοδος: Αναλύθηκαν αναδρομικά 429 έγκυες που παραπεμφθήκαν στο 2ο τρίμηνο της κύησης μετά από υπερηχογράφημα Β' επιπέδου για ΕΥΚ. Οι γυναίκες ταξινομήθηκαν ανάλογα με την ένδειξη παραπομπής σε: Ομάδα Α (117) λόγω παθολογικών ευρημάτων στην καρδιά του εμβρύου, Ομάδα Β (92) λόγω αυξημένης αυχενικής διαφάνειας στο 1ο τρίμηνο της κύησης, Ομάδα Γ (113) λόγω μονήρους ομφαλικής αρτηρίας του εμβρύου και Ομάδα Δ (107) λόγω σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 ή οικογενειακού ιστορικού συγγενούς καρδιοπάθειας (ΣΚ).
Αποτελέσματα: Από τη ομάδα Α 58/117 (49,57%) πραγματοποίησαν ΕΥΚ. Η παιδοκαρδιολογική εξέταση ανέδειξε 40/58 (68,96%) ΣΚ, εκ των οποίων 8 μείζονες, 32 ελάσσονες. 6/8 (75%) μείζονες και 29/32 (90,6%) ελάσσονες είχαν ήδη διαγνωστεί κατά το β επιπέδου αντίστοιχα. Από τη ομάδα Β 32/92 (34,7%) πραγματοποίησαν ΕΥΚ και η παιδοκαρδιολογική εξέταση ανέδειξε 4/32 (12,5%) ΣΚ, εκ των οποίων 3 μείζονες, 1 ελάσσονα η οποία και δεν ανιχνεύθηκε στο β' επιπέδου. Από την ομάδα Γ 45/113 (39,82%) πραγματοποίησαν ΕΥΚ όπου δεν ανιχνεύθηκε καμία καρδιοπάθεια σε απόλυτη συμφωνία με το β' επιπέδου. Στην ομάδα Δ 29/107 (27,1%) επισκέφθηκαν παιδοκαρδιολόγο που ανέδειξε 2/29 (6,89%) με μείζονες ΣΚ οι οποίες είχαν ήδη ανιχνευθεί στο β' επιπέδου.
Συμπεράσματα: Στις παραπομπές χωρίς παθολογικά ευρήματα κατά την εξέταση του Β' επιπέδου, η παιδοκαρδιολογική εκτίμηση δεν ανέδειξε καμία μείζονα συγγενή καρδιοπάθεια.

ΕΑ-08. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΟΒΛΑΣΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Σίσκου Μ.[1], Ελευθεριάδης Μ.[2,3], Βασιλειάδου Α.[1], Παντελέρης Ν.[1], Ελευθεριάδη Α.[1], Χατζησταματίου Κ.[1], Δίνας Κ.[1], Χασιάκος Δ.[4], Ασημακόπουλος Ε.[1], Σωτηριάδης Α.[1]
[1]Β' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,
[2]Α' Παιδιατρική κλινική, Παιδιατρικό Νοσοκομείο Αγία Σοφία, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών,
[3]Εμβρυομητρική μονάδα Embryocare, Αθήνα
[4]Β' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Σκοπός: Προηγούμενες μελέτες έχουν συσχετίσει τη λήψη τροφοβλάστης (CVS) στο 1ο τρίμηνο με αυξημένη πιθανότητα προεκλαμψίας, πιθανώς λόγω του πλακουντιακού τραύματος. Σκοπός μας ήταν να ελέγξουμε κατά πόσον η CVS σχετίζεται με καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου, αφού σταθμίσουμε και άλλους εμβρυικούς και μητρικούς παράγοντες.
Μέθοδος: Αναλύθηκαν δεδομένα από 4157 μονήρεις κυήσεις (CVS n = 254), τα οποία συλλέχθηκαν με προοπτικό τρόπο. Τα αποτελέσματα που μελετήθηκαν ήταν το ποσοστό των εμβρύων με εκτιμώμενο βάρος εμβρύου (EFW) <10η εκατοστιαία θέση, EFW <5η εκατοστιαία θέση και η μέση τιμή EFW στο τρίτο τρίμηνο. Οι παράμετροι που εξετάστηκαν για το ρόλο τους ως πιθανοί προγνωστικοί παράγοντες ήταν η CVS, τα επίπεδα της ελεύθερης β-χοριακής γοναδοτροπίνης (B-HCG) εκφραζόμενα ως πολλαπλάσια της διάμεσης τιμής (MoMs), τα επίπεδα MoMs της PAPP-A, η μέση εκατοστιαία θέση του δείκτη παλμικότητας (PI) της μητριαίας αρτηρίας στο πρώτο τρίμηνο, το ύψος της μητέρας, η ηλικία και το κάπνισμα. Για το EFW και το PI της μητριαίας αρτηρίας στο πρώτο τρίμηνο υπολογίστηκαν προσαρμοσμένες κλίμακες αναφοράς. Η ανάλυση για τα κατηγορικά και συνεχή αποτελέσματα έγινε με λογιστική παλινδρόμηση και με το γενικό γραμμικό μοντέλο, αντίστοιχα.
Αποτελέσματα: Το ποσοστό των εμβρύων που είχε στο τρίτο τρίμηνο log EFW <10η εκατοστιαία θέση και <5η εκατοστιαία θέση δε διέφερε μεταξύ των περιπτώσεων που είχαν υποβληθεί σε CVS και αυτών που δεν είχαν υποβληθεί σε CVS. Επιπλέον, δεν υπήρχε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες για το μέσο EFW, εκφραζόμενο ως τυποποιημένα υπόλοιπα (log EFW z-scores). Οι μόνοι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για τα ανωτέρω αποτελέσματα ήταν το κάπνισμα της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη, η μέση εκατοστιαία θέση του PI της μητριαίας αρτηρίας στο πρώτο τρίμηνο και οι τιμές MoMs της PAPP-A.

Συμπέρασμα: Η CVS στο πρώτο τρίμηνο δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με υπολειπόμενη εμβρυϊκή ανάπτυξη. Πιθανώς ο μηχανικός τραυματισμός που προκαλείται κατά τη CVS αναπληρώνεται πλήρως από τον αναπτυσσόμενο πλακούντα, χωρίς να επηρεάζει την περαιτέρω λειτουργία του.

ΕΑ-09. Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΜΗΚΟΥΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΪΚΟΥ ΡΙΝΙΚΟΥ ΟΣΤΟΥ ΣΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

Παπασωζομένου Π., Αθανασιάδης Α., Ζαφράκας Μ., Δανιηλίδης Α., Μίκος Θ., Καραβιδά Α., Ζαβλανός Α., Λουφόπουλος Α., Ασημακόπουλος Ε., Ταρλατζής Β.

Α' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,

Σκοπός: Ο καθορισμός εκατοστιαίων καμπυλών του μήκους του εμβρυϊκού ρινικού οστού στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης και η διερεύνηση της επίδρασης της εθνικότητας της εγκύου στο μήκος του εμβρυϊκού ρινικού οστού.
Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη στην Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική του ΑΠΘ, με σκοπό την καταγραφή για πρώτη φορά στην Ελλάδα εκατοστιαίων καμπυλών του μήκους του εμβρυϊκού ρινικού οστού. Συμπεριλήφθησαν 1.220 μόνηρη, ευπλοειδικά έμβρυα, με ηλικία κύησης από 18 συμπληρωμένες εβδομάδες μέχρι και 23 εβδομάδες και 6 μέρες. Ακολούθησε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας με σκοπό την ανεύρεση παρόμοιων μελετών σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ των εκατοστιαίων καμπυλών της παρούσας μελέτης και των χρησιμοποιούμενων καμπυλών σήμερα, καθώς και σύγκριση των μέσων τιμών του μήκους του εμβρυϊκού ρινικού οστού ανάμεσα σε 12 διαφορετικούς εθνικά πληθυσμούς.
Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν οι εκατοστιαίες καμπύλες του μήκους του εμβρυϊκού ρινικού οστού στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης στην Ελλάδα. Διαπιστώθηκε γραμμική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών που μελετήθηκαν δηλαδή της εβδομάδας κύησης και του μήκους του εμβρυϊκού ρινικού οστού. Η σύγκριση των μέσων τιμών του μήκους του εμβρυϊκού ρινικού οστού ανάμεσα σε 12 διαφορετικούς εθνικά πληθυσμούς έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά. ($p<0.001$).
Συμπεράσματα: Η εθνικότητα της εγκύου επηρεάζει σημαντικά το μήκος του εμβρυϊκού ρινικού οστού κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην αξιολόγηση της υποπλασίας του εμβρυϊκού ρινικού οστού στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης.

ΕΑ-10. ΛΗΨΗ ΕΝΔΟΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΤΡΙΜΗΝΟΥ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ: ΕΙΝΑΙ ΑΣΦΑΛΗΣ;

Σηφάκης Σ.[1], Σφακιωτάκη Μ.[1], Θεοδωρά Μ.[2], Ξανθάκης Κ.[1], Φιορέντζης Σ.[1], Αντσακλής Α.[2]

[1]Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Παν/μίου Κρήτης, Ηράκλειο
[2]Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή και σκοπός: Η απομόνωση και εξέταση τροφοβλαστικών κυττάρων που αποφολιδώνονται στον ενδοτράχηλο εγκύων γυναικών αποτελεί ένα ελκυστικό στόχο στα πλαίσια της δημιουργίας μεθόδων μη-επεμβατικού προγεννητικού ελέγχου. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της ασφάλειας της λήψης ενδοτραχηλικού υλικού με τη χρήση ψήκτρας στη διάρκεια του 1ου τριμήνου της κύησης.
Υλικό και μέθοδος: Ενδοτραχηλικό επίχρισμα ελήφθη μετά από συγκατάθεση από 222 έγκυες γυναίκες στο 1ο τρίμηνο της κύησης με τη χρήση ψήκτρας (MedScand-AB, Malmo, Sweden), είσοδο στο τραχηλικό σωλήνα σε βάθος 2εκ. και περιστροφή 360°. Η ηλικία κύησης υπολογίστηκε με βάση το κεφαλοουραίο μήκος. Οι έγκυες είχαν παρακολούθηση για τυχόν εμφάνιση μιας σειράς επιπλοκών στη διάρκεια της κύησης.
Αποτελέσματα: Η λήψη υλικού έγινε μεταξύ 6ης και 15ης εβδομάδας κύησης (μέση τιμή 11.5 εβδ.). Σε 6 περιπτώσεις (2.7%) υπήρξε αυτόματη διακοπή κύησης (4 στο 1ο και 2 στο 2ο τρίμηνο αντίστοιχα). Σε 183 γυναίκες υπήρξε συστηματική παρακολούθηση και καταγραφή των υπό εξέταση παραμέτρων. Ειδικότερα: απουσία αίματος κατά τη λήψη σε 104/183 (56.8%) περιπτώσεις, σταγονοειδής αυτοπεριοριζόμενη αιμόρροια σε 75/183 (40.9%) και κολπική αιμόρροια για 24 ώρες σε 4 (2.1%) περιπτώσεις. Σε καμία περίπτωση δεν απαιτήθηκε επανεξέταση ή θεραπευτική παρέμβαση. Η συχνότητα εμφάνισης μιας σειράς επιπλοκών στη διάρκεια της κύησης (πρόωρες συστολές μήτρας όπου απαιτήθηκε εισαγωγή στο νοσοκομείο, πρόωρη ρήξη υμένων, πρόωρος τοκετός, αιμορρα-

γία 2ου και 3ου τριμήνου, προεκλαμψία, ενδομήτρια καθυστέρηση της αύξησης, αποκόλληση πλακούντα, ενδομήτριος θάνατος, εισαγωγή νεογνού στην ΜΕΘ) δε διέφερε στατιστικά σημαντικά από την αναμενόμενη όπως περιγράφεται στη διεθνή βιβλιογραφία.
Συμπεράσματα: Η λήψη κυτταρολογικού υλικού με τη χρήση ψήκτρας από τον ενδοτράχηλο εγκύων γυναικών στη διάρκεια του 1ου τριμήνου της κύησης είναι ασφαλής. Η συχνή παρουσία σταγονοειδούς αιμόρροιας είναι άμεσα αυτοπεριοριζόμενη και δεν απαιτεί επανεξέταση. Η δυνατότητα απομόνωσης τροφοβλαστικών κυττάρων στο κυτταρολογικό υλικό του ενδοτραχήλου και η αξιοποίηση του στον μη- ή ελάχιστα-επεμβατικό προγεννητικό έλεγχο απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση η οποία είναι σε εξέλιξη.

ΕΑ-12. ΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 10-ΕΤΙΑ ΣΕ ΕΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

Ζαβλανός Α., Καραβιδά Α., Παπαστεργίου Μ., Παπασωζομένου Π, Βογιατζοπούλου Ε., Αθανασιάδης Α.
Κέντρο Προγεννητικού Ελέγχου Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Η αξιολόγηση του αριθμού, του είδους και των ενδείξεων των διαγνωστικών επεμβατικών μεθόδων προγεννητικού ελέγχου κατά την τελευταία 10ετία και η πιθανή συσχέτιση τους με την τρέχουσα οικονομική συγκυρία αλλά και με τις νεότερες εξελίξεις στον προγεννητικό έλεγχο.
Υλικό και μέθοδος: Οι διαγνωστικές επεμβάσεις του «Κέντρου Προγεννητικού Ελέγχου Θεσσαλονίκης» μελετήθηκαν ως προς την αναλογία αμνιοπαρακέντησης και βιοψίας τροφοβλάστης σε σχέση με την ηλικία της μητέρας, τις ενδείξεις χρωμοσωμικών ανωμαλιών από την αυχενική διαφάνεια και το συνδυασμένο test 1ου τριμήνου. Ως έτος αρχής της οικονομικής κρίσης θεωρήθηκε το 2009 και της εφαρμογής της μεθόδου ανίχνευσης free-cell εμβρυϊκού DNA από το περιφερικό αίμα της μητέρας (NIPT) το δεύτερο εξάμηνο του 2013.
Αποτελέσματα: Το ποσοστό των κυήσεων στις οποίες πραγματοποιήθηκαν επεμβατικές μέθοδοι για προγεννητικό έλεγχο σε σχέση με τα πραγματοποιούμενα υπερηχογραφήματα ανά έτος, μειώθηκε από το 2003 μέχρι το πρώτο εξάμηνο του 2014 κατά 51,44% (από 18,68% σε 9,16%). Από το 2009 μέχρι το 2013 φαίνεται ελάττωση των επεμβατικών μεθόδων κατά 27,61%, περίπου μισό από την συνολική μείωση της δεκαετίας (από 15,28% σε 11,06%). Παρ' όλη τη μείωση, τα ποσοστά ήταν σταθερά για τα έτη 2012 και 2013 (11,61% και 11,06%), ενώ φαίνεται ότι υποχώρησαν περαιτέρω το πρώτο εξάμηνο του 2014 κατά 21,1% (9,61%). Η ηλικία της εγκύου παρέμεινε η βασική ένδειξη επεμβατικού προγεννητικού έλεγχου αλλά φαίνεται να καταγράφεται αύξηση του μέσου όρου ηλικίας των γυναικών από τα 35,3 έτη το 2003 στα 36,8 έτη το 2014. Όσον αφορά τον τύπο των επεμβατικών μεθόδων παρατηρείται μία σταθερή αυξητική τάση του ποσοστού λήψης τροφοβλαστικού ιστού από το 2003 μέχρι το 2013 και το Α' εξάμηνο 2014 κατά 476,74% (από 5,72% σε 31.1% και 32.99% αντίστοιχα). Αντίθετα, τα ποσοστά των αμνιοπαρακεντήσεων εμφανίζουν μείωση 71,1% (από 94,27% σε 68,91% και 67,01% αντίστοιχα).
Συμπεράσματα: Ο συνολικός αριθμός των επεμβατικών διαγνωστικών μεθόδων φαίνεται να ελαττώνεται τα τελευταία 10 χρόνια. Η οικονομική κρίση φαίνεται να ευθύνεται περίπου για το ήμισυ της ελάττωσης αυτής. Η λήψη τροφοβλαστικού ιστού κερδίζει έδαφος ως προς την αμνιοπαρακέντηση λόγω της ευρύτατης χρήσης των δεικτών του 1ου τριμήνου. Περαιτέρω μείωση καταγράφεται στα ποσοστά των διαγνωστικών επεμβατικών μεθόδων μετά την εισαγωγή της μεθόδου ανίχνευσης free-cell εμβρυϊκού DNA από το περιφερικό αίμα της μητέρας (NIPT).

ΕΑ-13. ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ Β-HCG ΣΤΟ ΠΡΩΤΟ ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Ελευθεριάδης Μ., Παντελέρης Ν., Σαρδαρίδου Β., Ελευθεριάδη Α., Αλνάκα Ι., Ορντούλη Ε., Αραβαντινός Λ., Χατζησταματίου Κ., Χασιάκος Δ., Ασημακόπουλος Ε., Σωτηριάδης Α.
[1]Β Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, [2]Β' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, "Αρεταίειο" Νοσοκομείο, [3]Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο "Αγία Σοφία"

Σκοπός: Περίπου το 1% των γυναικών που διανύουν το πρωτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους και υποβάλλονται σε έλεγχο χρωμοσωμικών ανωμαλιών,θα έχουν επίπεδα ελεύθερης β-HCG πανω απο 4 MoMs. Υπάρχουν ελάχιστα δημοσιευμένα δεδομενα τα οποία έχουν συσχετίσει τα πολύ υψηλά επίπεδα της ορμόνης στο αίμα των γυναι-

κών με καταστάσεις όπως προεκλαμψία, ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης, αποβολή, υπέρταση κύησης καθώς και πρόωρο τοκετό κατα το δεύτερο τρίμηνο της κύησης. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των υψηλών τιμών της ελεύθερης β-HCG στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, όσον αφορά στην εμφάνιση διαφόρων μαιευτικών επιπλοκών.

Μέθοδος: Συγκρίναμε το περιγεννητικό αποτέλεσμα 58 γυναικών με επίπεδα ελεύθερης β-hcg>4 MoMs και 1222 γυναικών με επίπεδα ελεύθερης β-HCG <4 MoMs. Στην έρευνα μας συμπεριλάβαμε παράγοντες όπως περίγεννητικη θνησιμότητα, χρωμοσωμικές ανωμαλίες, μυοσκελετικές δυσπλασίες, προεκλαμψία, βάρος γέννησης νεογνού <5 εκατοστιαία θέση,διαβήτη κύησης και πρόωρο τοκετό <34 εβδομάδες κύησης.

Αποτελέσματα: Από την ομάδα των 22 γυναικών με υψηλά επίπεδα της ορμόνης στο αίμα, οι 5 εμφάνισαν προεκλαμψία, οι 2 είχαν έμβρυο το οποίο έπασχε απο IUGR, οι δύο κυοφορούσαν έμβρυο με χρωμοσωμική ανωμαλία και 3 από τις 22 κατέληξαν σε πρόωρο τοκετό πριν τις 34 εβδομάδες κύησης. Συγκριτικά με την ομάδα των 1222 γυναικών με χαμηλές τιμές της ορμόνης στο αίμα, διαπιστώθηκε πως τα υψηλά επίπεδα της ελεύθερης β-HCG θα μπορούσαν να συσχετιστούν με αυξημένο κίνδυνο προεκλαμψίας (RR 15.1,95% CI 4.9-46.0). Δύο εκ των περιπτώσεων ήταν πρώιμη προεκλαμψία. Σχετικά με τους άλλους παράγοντες που μελετήθηκαν δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διάφορα ανάμεσα στα δύο γκρουπ των γυναικών.

Συμπέρασμα: Τα πολύ υψηλα επίπεδα της ελεύθερης β-HCG στο αίμα των γυναικών κατά το πρώτο τρίμηνο, αυξάνουν τον κίνδυνο για μελλοντική εμφάνιση προεκλαμψίας.

ΕΑ-15. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΡΟΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ 2010-2012

Ποντικάκη Α., Κριτσωτάκης Ι., Βολοσυράκη Μ., Χατζηβασιλείου Π., Καραβιράκης Δ., Κουτρουλάκης Δ., Σηφάκης Σ.

Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο

Σκοπός: Η καταγραφή της συχνότητας του πρόωρου τοκετού καθώς και σημαντικών παραμέτρων περιγεννητικής έκβασης στη Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Παν/μίου Κρήτης για τα έτη 2010-2012.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν στοιχεία από τους τοκετούς για το χρονικό διάστημα 2010-2012. Ειδικότερα καταγράφηκε η συχνότητα και η κατανομή των πρόωρων τοκετών, ο αριθμός των θνησιγενών νεογνών (ενδομήτριος και περιγεννητικός θάνατος), το είδος του τοκετού (κολπικός ή καισαρική τομή-ΚΤ) και η συχνότητα των πολύδυμων κυήσεων.

Αποτελέσματα: Την τριετία 2010-2012 υπήρξαν 3955 τοκετοί. Το ποσοστό των πρόωρων γεννήσεων ήταν 17.3% (676 νεογνά) που κατανέμεται ανά εβδομάδες κύησης ως εξής: 34-36+6: 13%, 32-33+6: 1.8%, 28-31+6: 1.7%, 23-27+6: 0.6% (ποσοστά επί του συνόλου των γεννήσεων ζώντων). Ο αριθμός των θνησιγενών νεογνών ήταν 36 (0.91%). Από τα 3919 ζώντα νεογνά τα 3240 (82.6%) γεννήθηκαν μετά την 37η εβδομάδα. Γεννήθηκαν με κολπικό τοκετό 2061 (52.6%) ζώντα νεογνά και με ΚΤ 1858 (47.4%). Η συχνότητα πολύδυμης κύησης ήταν 3.33% (128 κυήσεις, 122 δίδυμες και 6 τρίδυμες) ενώ το ποσοστό των νεογνών από τις πολύδυμες κυήσεις ήταν 6.68% (262/3919 ζώντα νεογνά).

Συμπεράσματα: Η συχνότητα του πρόωρου τοκετού είναι υψηλή (17.3%) και σε ένα σημαντικό βαθμό οφείλεται στην «ιατρογενή» πρόκληση τοκετού λόγω υποκείμενης παθολογίας κύησης. Ο αριθμός των θνησιγενών νεογνών είναι σχετικά χαμηλός (9 τοις χιλίοις) και είναι ενδεικτικός της καλής μαιευτικής παρακολούθησης και περιγεννητικής φροντίδας. Η συχνότητα της ΚΤ είναι υψηλή (47.4%) και μόνο εν μέρει δικαιολογείται από το γεγονός ότι προέρχεται από κέντρο με μεγάλο αριθμό κυήσεων υψηλού κινδύνου. Η αυξημένη συχνότητα πολύδυμης κύησης (3.3%) οφείλεται κυρίως στην εφαρμογή μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η καταγραφή μελέτη και δημοσιοποίηση αυτών των στοιχείων μπορεί να συμβάλλει στην εξαγωγή συμπερασμάτων και στην υλοποίηση σχεδιασμών με στόχο τη βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας και έκβασης, σε τοπικό ή/και πανελλήνιο επίπεδο.

ΕΑ-16. ΤΟ ΜΗΚΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ Β' ΕΠΙΠΕΔΟΥ: ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Κοτσαηλίδου Μ.[1], Μαργιούλα-Σιάρκου Χ.[2], Πετούσης Σ.[2], Κεσίδου Ν.[3], Ευαγγελινός Δ.[4], Δαγκλής Θ.[5]
[1]Ειδικευόμενη Ιατρός, Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική ΓΝ Πολυγύρου, Χαλκιδική, [2]MSc, PhD (Cand), Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ, [3]Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Παιδιατρική Κλινική ΓΝ Πολυγύρου, Χαλκιδική, [4]Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική ΓΝ Πολυγύρου, Χαλκιδική, [5]MSc, PhD, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ

Σκοπός: Η μελέτη του μήκους τραχήλου κατά τη διενέργεια του υπερηχογραφήματος β'επιπέδου σε ελληνικό πληθυσμό.
Μέθοδος: Μελετήθηκαν τα υπερηχογραφικά χαρακτηριστικά των μονήρων κυήσεων στις οποίες διενεργήθηκε υπερηχογράφημα β'επιπέδου κατά την περίοδο 2011-2013 σε ένα κέντρο προγεννητικού ελέγχου. Υπολογίστηκε τόσο η μέση τιμή όσο και οι τιμές που αντιστοιχούσαν στην 1η, 5η, 95η, 99η εκατοστιαία θέση. Διερευνήθηκε επίσης εάν η τιμή του μήκους τραχήλου διαφέρει σημαντικά μεταξύ των εβδομάδων κύησης (20-23).
Αποτελέσματα: Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 1214 υπερηχογραφήματα β'επιπέδου κατά το διάστημα της μελέτης, εκ των οποίων 104 (8,6%) 20+0-20+6 εβδομάδες κύησης, 530(43,6%) από 21+0-21+6, 435 (35,9%) από 22+0-22+6 και 145 (11,9%) από 23+0-23+6. Η μέση τιμή του μήκους του τραχήλου ήταν 35,9 ± 4,7 mm επί του συνόλου των περιστατικών και δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των επιμέρους εβδομάδων κύησης (35,7 ± 3,9, 35,9 ± 4,7, 35,6 ± 5,0 και 36,6 ± 4,7 mm αντίστοιχα, p=0. 17). Η τιμή που αντιστοιχεί στην 1η εκατοστιαία θέση ήταν 21,8 χιλ, στη 5η εκατοστιαία θέση 26,5 χιλ, στην 95η θέση 45,3 χιλ. Και στην 99η 49 χιλ.
Συμπέρασμα: Το μήκος τραχήλου δε διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ 20ης-23ης εβδομάδας εγκυμοσύνης και η μέση τιμή του είναι 36mm, ενώ η 1η εκατοστιαία θέση είναι 22mm.

ΕΑ-17. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ PlGF ΣΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΟΡΟ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΤΡΙΜΗΝΟ ΣΕ ΚΥΗΣΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ – ΝΕΟ ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Ελευθεριάδης Μ.[1,2], Παπαστεφάνου Ι.[1,3], Λαμπρινουδάκη Ε.[4], Κάππου Δ.[3], Σούκα Α.[3], Περβανίδου Π.[2], Χασιάκος Δ.[4], Χρούσος Γ.[2]
[1]Embryocare (Κέντρο εμβρυομητρικής Ιατρικής), [2]Α' Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών Νοσ. "Αγία Σοφία", [3]Εμβρυομητρική (Κέντρο εμβρυομητρικής Ιατρικής), [4]Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσ. "Αρεταίειο"

Σκοπός: Η μέτρηση των επιπέδων του αγγειογενετικού παράγοντα PlGF στο μητρικό ορό στις 11-14 εβδομάδες κύησης σε κυήσεις που επιπλέχθησαν με σακχαρώδη διαβήτη κύησης (ΣΔΚ) και η δημιουργία προβλεπτικού μοντέλου για το ΣΔΚ.
Υλικό και μέθοδος: Η μελέτη αυτή μαρτύρων-ασθενών περιλαμβάνει 40 κυήσεις με ΣΔΚ και 94 ανεπίπλεκτες κυήσεις. Στην ανάλυση εκτός από τα επίπεδα του PlGF, συμπεριλήφθησαν βιοφυσικοί και βιοχημικοί δείκτες του 1ου τριμήνου και δημογραφικά στοιχεία.
Αποτελέσματα: Τα επίπεδα του PlGF ήταν αυξημένα στις κυήσεις με ΣΔΚ συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (p=0.008). Παρατηρήθηκε συσχέτιση με τις τιμές γλυκόζης νηστείας (p=0.04) αλλά όχι με μητρικούς παράγοντες. Η ηλικία και το βάρος της μητέρας έχουν προβλεπτική αξία για το ΣΔΚ [AUC=0.73, p <0.001]. Επίσης, ο PlGF φαίνεται να είναι προβλεπτικός παράγοντας για το ΣΔΚ [AUC=0.63, p <0.001]. Ο συνδυασμός της ηλικίας και του βάρους της μητέρας με τον PlGF υπερέχει σαν δοκιμασία διαλογής για το ΣΔΚ στο 1ο τρίμηνο με ευαισθησία 71.4% για 25% ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων [AUC=0.78, p <0.001].
Συμπέρασμα: Στις 11-14 εβδομάδες κύησης, τα επίπεδα του PlGF στο μητρικό ορό είναι αυξημένα σε κυήσεις με ΣΔΚ. Ο συνδυασμός των επιπέδων του PlGF με μητρικά χαρακτηριστικά αποτελούν ένα μοντέλο με ικανή προβλεπτική αξία για να ενταχθεί στον πληθυσμιακό έλεγχο (screening test) για το ΣΔΚ.

ΕΑ-18. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΟΥ ΜΗΚΟΥΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΑΠΟ ΤΟ 1ο ΣΤΟ 2ο ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΟΥ ΠΡΟΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Αντσακλής Π., Θεοδωρά Μ., Ασημακόπουλος Γ, Σύνδος Μ., Δασκαλάκης Γ.
Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής & Υπερήχων, Α' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα»

Σκοπός: Να συγκρίνουμε το μήκος του τραχήλου της μήτρας στις 11-13+6 εβδομάδες με αυτό στις 21-23+6 εβδομάδες της κύησης και τις μεταβολές στο μήκος του τραχήλου σε αυτό το διάστημα, σε έναν πληθυσμό ασυμπτωματικών γυναικών, χαμηλού κινδύνου με μονήρεις κυήσεις και να ελέγξουμε τις πληροφορίες που μπορεί να προσφέρει για την πρόβλεψη του πρόωρου τοκετού.
Μέθοδος: Μία προοπτική μελέτη, όπου εξετάσαμε 1988 ασυμπτωματικές γυναίκες, χαμηλού κινδύνου με μονήρεις κυήσεις, με διακολπικό υπερηχογράφημα, και πραγματοποιήθηκε μέτρηση του τραχήλου της μήτρας στις 11-13+6 εβδομάδες και στις 21-23+6 εβδομάδες της κύησης. Τελικό αποτέλεσμα της κύησης είχαμε σε 1585 γυναίκες, οι οποίες και αποτελούσαν τον τελικό πληθυσμό μελέτης μας. Χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test για τη σύγκριση των μέσων τιμών του μήκους του τραχήλου της μήτρας μεταξύ των γυναικών που γέννησαν πριν και μετά τις 37 εβδομάδες. Mann-Whitney test χρησιμοποιήθηκε για να συγκρίνουμε τις τιμές που δεν είχαν κανονική κατανομή. Wilcoxon signed rank tests χρησιμοποιήθηκαν για να ελέγξουμε τις μεταβολές του μήκους του τραχήλου της μήτρας μεταξύ των δύο χρονικών περιόδων (1ο και 2ο τρίμηνο).
Αποτελέσματα: Από τις γυναίκες που γέννησαν πρόωρα, 117 (7,1%) γυναίκες γέννησαν πριν τις 37 εβδομάδες και 33 (2%) γέννησαν πριν τις 34 εβδομάδες. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στη μέση ηλικία της μητέρας, το κάπνισμα, τον δείκτη μάζας σώματος (BMI) και τις επεμβάσεις στον τράχηλο, μεταξύ των γυναικών που γέννησαν πριν και μετά τις 37 εβδομάδες. Η μέση τιμή του τραχήλου της μήτρας υπολογίστηκε στα 40mm (37-44) και 37mm (33-40), για τις 11-13+6 και τις 21-23+6 εβδομάδες, αντίστοιχα. Η μείωση του μήκους του τραχήλου της μήτρας ήταν στατιστικά σημαντική τόσο για τις γυναίκες που γέννησαν πριν τις 37 εβδομάδες όσο και τις γυναίκες που γέννησαν μετά τις 37 εβδομάδες. Αντίστοιχα, η μείωση του μήκους του τραχήλου της μήτρας ήταν στατιστικά σημαντική και για τις γυναίκες που γέννησαν πριν και μετά τις 34 εβδομάδες. Η μέση ηλικία των γυναικών υπολογίστηκε 29,5 έτη (SD 5,1 έτη).
Συμπέρασμα: Η μεταβολή του μήκους του τραχήλου της μήτρας από το 1ο στο 2ο τριμηνο της κύησης δεν είχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των γυναικών που γέννησαν πριν τις 37 εβδομάδες και αυτών που γέννησαν μετά τις 37 εβδομάδες και δεν φαίνεται να έχει προβλεπτική ικανότητα για τον πρόωρο τοκετό.

ΕΑ-19. Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ 3D ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ ΣΤΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Διαμαντόπουλος Δ., Δασκαλάκης Γ., Μεσογίτης Σ., Ροδολάκης Α., Αντσακλής Α.
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Α Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Π.Γ.Ν.Α. "Αλεξάνδρα"

Σκοπός: Η ορθή μέτρηση του μεγέθους (volume) της νεοπλασματικής εξεργασίας σε εγχειρήσιμους καρκίνους του τραχήλου της μήτρας, κλινικού σταδίου Ib1-Iβ2 , με την χρήση της τρισδιάστατης υπερηχογραφίας VOCAL, που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά. Παράλληλα έγινε σύγκριση της μέγιστης διαμέτρου του όγκου από την 2D και την MRI με την κατά FIGO σταδιοποίηση του όγκου (κλινική δακτυλική εξέταση).
Μέθοδος: 27 γυναίκες μετρήθηκαν σε δισδιάστατο επίπεδο (3 διαστάσεις) και με την τρισδιάστατη μέθοδο (3D GE VOCAL Semi Auto-Manual mode).Ο υπολογισμός του όγκου σε δισδιάστατο επίπεδο έγινε με την φόρμουλα υπολογισμού του όγκου της σφαίρας Π Χ(R1 X R2 X R3) /6. Τα αποτελέσματα των δύο μεθόδων ελέγχθηκαν με αυτά του χειρουργικού παρασκευάσματος του οποίου οι διαστάσεις είναι αντικειμενικές και όπου για αυτή την μελέτη αποτελεί το gold standard.
Αποτελέσματα: Ο υπέρηχος συνολικά υπερεκτιμά τις μετρήσεις σε σχέση με την ιστολογική αλλά τα αποτελέσματα είναι συγκρίσιμα με τα πραγματικά. Υπήρξε σημαντικά πολύ υψηλή συμφωνία στην μέτρηση του όγκου του καρκίνου της μήτρας μεταξύ των 3 διαφορετικών τρόπων υπολογισμού του. Όμως από τις τρείς μεθόδους φαίνεται ότι η 3D μέτρηση υπερεκτιμά το μέγεθος σε σχέση με την ιστολογική, ενώ είχαν υψηλό βαθμό συμφωνίας.

Όσον αφορά τους μικρού μεγέθους όγκους < 2,5 cm3 φαίνεται ότι η 2D και πιο πολύ η 3D υπερεκτιμούν το μέγεθος σε σχέση με την ιστολογική. Υπήρξε σημαντικά υψηλή συμφωνία στην μέτρηση του όγκου του καρκίνου της μήτρας μεταξύ της δισδιάστατης μέτρησης και της μέτρησης από την ιστολογική. Ο βαθμός συμφωνίας μεταξύ της τρισδιάστατης μέτρησης και της μέτρησης από την ιστολογική τείνει να είναι στατιστικά σημαντικός ($p<0,1$). Φαίνεται ότι η 3D και 2D μέτρηση υπερεκτιμούν το μέγεθος σε σχέση με την ιστολογική. Μεγαλύτερη διαφορά με την ιστολογική παρουσιάζει η τρισδιάστατη μέτρηση. Όσον αφορά τους μεγάλου μεγέθους όγκους δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στην εκτίμηση του όγκου του καρκίνου της μήτρας μεταξύ των 3 διαφορετικών τρόπων υπολογισμού του. Για μεγάλου μεγέθους όγκου υπήρξε σημαντικά πολύ υψηλή συμφωνία στην μέτρηση του όγκου του καρκίνου της μήτρας μεταξύ της τρισδιάστατης μέτρησης και της μέτρησης από την ιστολογική.
Στις μετρήσεις της μέγιστης διαμέτρου του όγκου η 2D έχει πολύ υψηλή συμφωνία σε σχέση με την ιστολογική και φαίνεται όμως οτι η 2D μέτρηση υπερεκτιμά την μέγιστη διάμετρο σε σχέση με την ιστολογική και την MRI. Η MRI έχει χαμηλότερο βαθμό συμφωνίας στην μέτρηση της μεγίστης διαμέτρου με την ιστολογική σε σχέση με την 2D μέτρηση και φαίνεται ότι η MRI μέτρηση υποεκτιμά την μέγιστη διάμετρο σε σχέση με την ιστολογική μέτρηση. Το MRI βλέπει πολύ καλά εξωφυτικούς όγκους με διάμετρο > 3.5 cm αλλά φαίνεται να έχει πρόβλημα με μικρούς όγκους διαμέτρου 1.5 - 2,5 cm (τούς υποεκτιμά) και μερικές φορές όγκους < 1,5 cm δεν τους βλέπει (ειδικά όταν έχει προηγηθεί βιοψία στον τράχηλο).
Συμπεράσματα: Παρόλη την πολυπλοκότητα του καρκινικού ιστού η 3D VOCAL απεικόνιση είναι ένα καλό εργαλείο στον προσδιορισμό του όγκου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας τουλάχιστον στο 90% του συνόλου των τραχηλικών εξεργασιών (εξαιρούνται όγκοι με ισόηχο/υπέρηχο σήμα και όγκοι εξωφητικοί με διαμ. > 3,5 cm).Όσον αφορά τον προσδιορισμό της μέγιστης διαμέτρου του όγκου προς έκπληξη μας η MRI δείχνει να είναι κατώτερη σε ακρίβεια της 2D υπερηχογραφίας (υποεκτιμά /χαμηλή συμφωνία), και η 2D υπερηχογραφική μέτρηση παρότι υπερεκτιμά φαίνεται οτι είναι συγκρίσιμη με την πραγματική /ιστολογική και σαφώς πολύ ανώτερη της κολπικής εκτίμηση (η κολπική εξέταση σε 9 περιπτώσεις έδωσε υπερεκτίμηση). Πιστεύουμε ότι η υπερηχογραφική απεικόνιση μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ακρίβεια στην ορθή σταδιοποίηση ασθενών με Ca τραχήλου της μήτρας.

ΕΑ-20. ΕΤΕΡΟΤΟΠΗ ΚΥΗΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΦΥΣΙΚΗ ΣΥΛΛΗΨΗ

Αναστασάκης Ε.*, Δασκαλάκης Γ., Θεοδωρά Μ., Σίνδος Μ., Αντσακλής Π., Λουτράδης Δ.
Α' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», Αθήνα
** Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών*

Εισαγωγή: Ως ετερότοπη κύηση (ΕΚ) ορίζεται ως η σύγχρονη παρουσία ενδομήτριας και εξωμήτριας κύησης. Η πιθανότητα ύπαρξης ΕΚ μετά από φυσική σύλληψη υπολογίζεται σε < 30.000 ενώ μετά από κύκλο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής η πιθανότητα αυτή είναι 70 φορές μεγαλύτερη. Παρουσιάζουμε σήμερα περίπτωση ΕΚ μετά από φυσική κύηση που η διάγνωση πραγματοποιήθηκε μετά τη ρήξη της εξωμήτριας κύησης. Σκοπό αποτελεί η υπενθύμιση ότι ακόμη και σε φυσικό κύκλο με ορατή ενδομήτρια κύηση όταν συνυπάρχει έντονο κοιλιακό άλγος θα πρέπει να αποκλειστεί η πιθανότητα ΕΚ.
Παρουσίαση περιστατικού: Η περίπτωση μας συνοδεύτηκε με σημαντική αιμορραγία καθώς και τη διενέργεια λαπαροτομίας και σαλπιγγεκτομίας. Η μαιευτική έκβαση ήταν ικανοποιητική στην περίπτωση μας. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας καταδεικνύει τις διαγνωστικές δυσκολίες καθώς και τις θεραπευτικές δυνατότητες.
Συμπέρασμα: Η υπερηχογραφική διάγνωση της ΕΚ δεν είναι πάντα εφικτή από την αρχή. Σε ασθενείς με κοιλιακό άλγος και ορατή ενδομήτρια κύηση, ο θεράπων ιατρός θα πρέπει πάντα να αποκλείει την πιθανότητα ύπαρξης ΕΚ.

EP-01. THE ANTENATAL SURVEILLANCE RATES AND THEIR IMPACT ON PERINATAL AND ANTENATAL COMPLICATIONS OF ETHNICAL MINORITIES IN A GREEK TERTIARY CENTER: AN AUDIT STUDY

Pergialiotis V., Vlachos D.-E., Vlachos G., Papantoniou N.
1st Dpt Of Ob/Gyn, Alexandra Maternity Hospital

Purpose: To present the experience of a tertiary referral hospital in greece, evaluating the antenatal surveillance rates as well as the obstetric and perinatal outcome of the various ethnical minorities.
Methods: We retrospectively assessed 2,000 singleton pregnancies that gave birth at the first department of ob/gyn, alexandra maternity hospital, during a twelve month period. The parturient were divided in 2 groups based on their ethnical background (greek ancestry or non-greek).
Results: Antenatal surveillance were higher among greek women (p<. 001). Both the gestational week (p=. 019) and birth-weight (p=. 002) significantly differed. Our study showed similar rates of preterm births (p=. 089), pprom (p=. 393), iugr (p=. 079) gestational diabetes mellitus (. 308). And gestational hypertension (p=. 458). An increase in the prevalence of prom (p<. 001) and preeclampsia (p=. 020) was observed among parturient of non-greek ancestry. The rates of peripartum blood loss of more than two units did not differ between groups (p=. 106). After performing a logistic regression analysis we observed that greek and european ancestry significantly increased the odds of attending some form of antenatal surveillance (or 5. 48, 95% ci 3. 48 – 8. 62 and or 2. 93, 95% ci 1. 84 – 4. 67 respectively) whereas the roma minority had significantly lower rates of antenatal surveillance (or . 469, 95% ci . 268 - . 819).
Conclusions: The antenatal attendance rates as well as the antenatal and perinatal outcomes of childbearing women seems to be influenced by their origin. Obstetricians should be aware of these facts in order to improve the antenatal attendance of these women, and consequently to improve their antenatal outcomes.

EP-02. ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΩΜΑΤΟΣ ΕΜΒΡΥΟΥ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Τσιτσής Β., Τσοκάκη Θ., Αλ Αχμάρ Ν.-Σ., Γαλανοπούλου Σ.
Γενικό Νοσοκομείο Ηλείας-Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου

Σκοπός: Η παρουσίαση μασχαλιαίου λεμφαγγειώματος εμβρύου, διεγνωσθέν υπερηχογραφικά στο τρίτο τρίμηνο κύησης. Το λεμφαγγείωμα ή κυστικό ύγρωμα αποτελεί μια συγγενή δυσπλασία του εμβρυϊκού λεμφικού ιστού, που συσχετίζεται συχνά με ανευπλοειδία, ύδρωπα, μορφολογικές ανωμαλίες και ενδομήτριο θάνατο. 75% των λεμφαγγειωμάτων εντοπίζονται στον αυχένα, 20% στη μασχαλιαία χώρα και 1% στο μεσοθωράκιο, βουβωνική χώρα και οπισθοπεριτοναϊκό χώρο. Τα κυστικά υγρώματα που ανευρίσκονται αργά στην κύηση και δε συνδέονται με ανευπλοειδία ή εμβρυϊκές δυσπλασίες, αναμένεται να έχουν καλή πρόγνωση.
Παρουσίαση Περιστατικού: 30-χρονη γυναίκα που διένυε την 32η εβδομάδα στη δεύτερη κύησή της προσήλθε στην κλινική μας στα πλαίσια της τακτικής παρακολούθησης της εγκυμοσύνης. Σε υπερηχογραφικό έλεγχο του εμβρύου, ανεδείχθη κυστικός σχηματισμός με διαφραγμάτια στην αριστερή μασχαλιαία χώρα, συμβατός με κυστικό λεμφαγγείωμα, διαστάσεων 4x5 εκ. Η doppler υπερηχοτομογραφία δεν ανέδειξε αγγείωση. Δε φάνηκε να εισδύει σε παρακείμενες ανατομικές δομές, ούτε να επικοινωνεί με τη θωρακική κοιλότητα. Στις 38 εβδομάδες γεννήθηκε κολπικά με πρόκληση τοκετού θήλυ, σβ 3850 γρ, ενώ μέσω απεικονιστικών ελέγχων επιβεβαιώθηκε πως επρόκειτο για μασχαλιαίο υποδόριο λεμφαγγείωμα αριστερά 4x4,8x4,2 εκ, με έκταση εώς τις κατώτερες θωρακικές πλευρές. Αποφασίστηκε συντηρητική θεραπεία με παρακολούθηση, καθώς το λεμφαγγείωμα παρουσίασε σημεία αυτόματης υποστροφής σε εξέταση ένα μήνα μετά.
Συμπεράσματα: Τα κυστικά υγρώματα καθυστερημένης έναρξης εμφανίζονται κυρίως στη μασχαλιαία χώρα και στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Βραχυπρόθεσμος κίνδυνος αυτής της βλάβης είναι η δυστοκία ώμων κατά τον τοκετό, ενώ μακροπρόθεσμο κίνδυνο αποτελεί η παρουσία διεισδυτικού μικροκυστικού σχηματισμού με ή χωρίς συμμετοχή εσωτερικού οργάνου με επιπλοκές τη χρόνια λεμφόρροια, λοιμώξεις ή αιμορραγία. Είναι σαφές ότι η υπερηχογραφική διάγνωση επιτρέπει προγραμματισμένο τοκετό και δυνατότητα άμεσης νεογνικής ανάνηψης.

EP-03. ΑΤΥΠΗ ΜΟΡΦΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ GOLDENHAR

Βασιλειάδου Κ.[1], Διαμαντή Ε.[2], Ελευθεριάδη Α.[1], Οικονόμου Ζ.[1], Χατζηπαραδείση Α.[1], Ελευθεριάδης Μ.[3], Σωτηριάδης Α.[1], Ασημακόπουλος Ε.[1]
[1]Β' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,
[2]Α Μονάδα Νεογνών, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,
[3]1η Παιδιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αγία Σοφία, Αθήνα

Εισαγωγή: Η ανάπτυξη των εμβρυικών μετωπιαίων οστών έχει περιγραφεί χρησιμοποιώντας τρισδιάστατο (3D) υπέρηχο από το 2005 σε φυσιολογικές και μη συνθήκες. Έχουν εξάλλου περιγραφεί πρόσθετα κρανιακά οστά σε κυήσεις που τερματίστηκαν. Παρουσιάζουμε περιστατικό με προγεννητική διάγνωση πρόσθετου κρανιακού οστού.
Παρουσίαση περιστατικού: Πρωτοτόκος, 29 χρονών, με διχοριακή-διαμνιοτική δίδυμο κύηση υποβλήθηκε σε υπερηχογράφημα β επιπέδου την 24η εβδομάδα. Ανιχνεύτηκε κρανιακό έλλειμμα στην αριστερή μετωπιαία περιοχή του εμβρύου 2, με παραμόρφωση του περιγράμματος του κρανίου, θέτοντας αρχικά την πιθανή διάγνωση εγκεφαλοκήλης ή κρανιοσυνοστέωσης. Η τρισδιάστατη απεικόνιση αποκάλυψε την παρουσία ενός πρόσθετου ξιφοειδούς οστού εκτεινόμενου από την πρόσθια πηγή ως το ριζορρίνιο μεταξύ των μετωπιαίων οστών. Τομογραφικά και υπερηχογραφικά αποκλείστηκαν άλλες σημαντικές δομικές ανωμαλίες.
Τα έμβρυα γεννήθηκαν με καισαρική τομή στις 34+1 εβδομάδες κύησης. Ο περιγεννητικός έλεγχος (κλινικός και απεικονιστικός) του εμβρύου 2 ανέδειξε επιπλέον κολόβωμα στο αριστερό βλέφαρο, αμφοτερόπλευρο προωτιαίο έπαρμα και τέθηκε η διάγνωση άτυπης μορφής του συνδρόμου Goldenhar.
Συζήτηση: Το σύνδρομο Goldenhar είναι ένα σπάνιο σύνδρομο που περιλαμβάνει ανώμαλη ανάπτυξη του πρώτου και δεύτερου βραγχιακού τόξου με μεταβλητό φαινότυπο. Προεξάρχουν ημιπροσωπική μικροσωμία, σχιστίες του προσώπου, δυσμορφίες του έξω ωτός, επιβολβικά δερμοειδή και ανωμαλίες των σπονδύλων. Η συνύπαρξη πρόσθετου κρανιακού οστού και βλεφαρικού κολοβώματος πιθανότατα αποδίδεται στην κοινή τους καταβολή. Εκτός από τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά, δηλαδή το μεσοβλεφάριο κολόβωμα και τα προωτιαία επάρματα, κανένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του συνδρόμου δεν ανιχνεύτηκαν στην δική μας περίπτωση. Συμπερασματικά, η οποιαδήποτε ευρεθείσα κρανιακή παραμόρφωση απαιτεί περαιτέρω έλεγχο για παρουσία άλλων κρανιακών ή εξωκρανιακών ανωμαλιών, αφού μπορεί να αποτελεί εκδήλωση γενετικών συνδρόμων.

EP-04. ΑΥΧΕΝΙΚΗ ΔΙΑΦΑΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΣΩΜΙΑ 21

Δανιηλίδης Ά., Μπαλαούρας Δ., Χίτζιος Δ., Μπαλούρας Γ., Αλνακά Γ., Carcea F.
Β' Μαιευτική/Γυναικολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο

Η αυξημένη τιμή της Αυχενικής Διαφάνειας (Α.Δ.), είναι παρούσα σε περίπου άνω των 50% των δειγμάτων όπου διαγνώσθηκε το σύνδρομο τρισωμίας 21, κατά το οποίο και εξελίσσεται το αυχενικό οίδημα σε γενικευμένο ύδρωπα έως το δεύτερο τρίμηνο. Το Μάρτιο του 2013, προσήλθε γυναίκα 29 ετών για προγεννητικό έλεγχο. Ήταν άτοκος, με μία ΤΔΚ και διακοπή καπνίσματος. Ο προγεννητικός έλεγχος είναι αρνητικός για λοιμώξεις. Στις 13 εβδομάδες διαπιστώθηκε έμβρυο με 3,6mm ΑΔ, το Doppler του φλεβώδη πόρου ήταν φυσιολογικό, και επιβεβαιώθηκε η παρουσία ρινικού οστού. Επίσης διαπιστώθηκε ύδρωπας. Οι γονείς συναίνεσαν για ΤΔΚ. Η μέθοδος QF-PCR ανέδειξε φυσιολογικό αριθμό χρωμοσωμάτων 13, 18, και φύλο άρρεν αλλά για το χρωμόσωμα 21 έδειξε τρισωμία. Ζητήθηκε καρυότυπος γονέων. Τον Μάιο του 2014, η ίδια γυναίκα προσήλθε πάλι, με νέο θετικό τεστ κυήσεως. Ο προγεννητικός έλεγχος ήταν πάλι αρνητικός για λοιμώξεις. Στις 12 εβδομάδες διαπιστώθηκε έμβρυο με 1,0mm ΑΔ, το Doppler του φλεβώδη πόρου ήταν φυσιολογικό, και επιβεβαιώθηκε υπερηχογραφικά η παρουσία ρινικού οστού. Επίσης διαπιστώθηκε εγκεφαλοκήλη. Οι γονείς συναίνεσαν για ΤΔΚ. Ο μοριακός έλεγχος με τη μέθοδο QF-PCR ανέδειξε φυσιολογικό αριθμό χρωμοσωμάτων 13, 18, και φύλο άρρεν αλλά για το χρωμόσωμα 21 έδειξε τρισωμία. Οι γονείς προσήλθαν με δικό τους πλέον καρυότυπο. Ο πατέρας δεν παρουσίαζε καμμία εμφανή χρωμοσωμική ανωμαλία, ενώ η μητέρα εμφάνισε αναστροφή του χρωμοσώματος 2 στη ζώνη p11 και q13. Η ΑΔ είναι μια ακριβής και ευαίσθητη μέθοδος διαλογής για χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Η ευαισθησία της μεθόδου για τρισωμία 21 είναι περίπου 80%, για ποσοστό 5% του πληθυσμού θεωρούμενο ως «υψηλού κινδύνου».

ΕΡ-05. ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΤΟΚΟ ΜΕ ΕΥΜΕΓΕΘΕΣ ΛΕΙΟΜΥΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ: Η ΚΑΙΡΙΑ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΥ

Λούης Κ.[1], Καρασαρίδου Κ.[1], Ροδίτης Κ.[2], Τούτουνας Κ.[1], Μελετίδου Ί.[1], Γκόλιας Δ.[1], Καγιά Α.[1], Λούης Ι.[3], Γερολυμάτος Α.[1], Λάζαρης Δ.[1], Παπαμαργαρίτης Ε.[1]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο "Κωνσταντοπούλειο"-Πατησίων, Νέα Ιωνία, Αθήνα, [2]Γ' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. "Αττικόν", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Χαϊδάρι, Αθήνα, [3]Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Αθηνών"ΙΑΣΩ"

Εισαγωγή: Η συχνότητα των λειομυωμάτων της μήτρας κατά την κύηση κυμαίνεται από 0,09-3,9% και ανάλογα με το μέγεθος και τη θέση τους μπορούν να προκαλέσουν διάφορες επιπλοκές, όπως αποβολή, πρόωρη ρήξη υμένων, πρόωρο τοκετό και αιμορραγία (ιδίως τα ευμεγέθη >5εκ), αποκόλληση πλακούντα, υπολειπόμενη ενδομήτριο ανάπτυξη, καισαρική τομή κλπ. Μάλιστα, η συχνότητα ορισμένων επιπλοκών αυξάνεται ανάλογα με την αύξηση του μεγέθους των λειομυωμάτων. Η χρήση υπερήχου κατά τη διακοπή της κύησης είναι γενικά σπάνια, ωστόσο μπορεί ενίοτε να κριθεί αναγκαία, όπως στην περίπτωση παρουσίας ευμεγέθους λειομυώματος μήτρας.
Σκοπός της εργασίας: Παρουσιάζουμε ενδιαφέρουσα περίπτωση του καίριου ρόλου του υπερήχου κατά τη διακοπή της κύησης σε τριτοτόκο με ευμεγέθες λειομύωμα μήτρας.
Υλικά και μέθοδος: 36χρονη έγκυος προσήλθε στην κλινική μας με υπογάστριο άλγος. Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο ανευρέθη ευμεγέθες (16εκ) ενδοτοιχωματικό ινομύωμα προσθίου τοιχώματος μήτρας και κύηση 8 εβδομάδων. Λαμβάνοντας υπόψιν τις ενδεχόμενες επιπλοκές για την έγκυο από την ύπαρξη ενός τόσο ευμεγέθους λειομυώματος και κατόπιν ενδελεχούς σχετικής ενημέρωσής της και με τη σύμφωνη γνώμη της, προβήκαμε σε τεχνητή διακοπή της κύησης. Με την έναρξη της επέμβασης κρίθηκε αναγκαία η χρήση υπερήχου, λόγω δυσκολίας εύρεσης της θέσης του κυήματος από την παρουσία του λειομυώματος που παρεμπόδιζε τους χειρισμούς. Ακολούθως, η επέμβαση ολοκληρώθηκε με επιτυχία, χωρίς την εμφάνιση επιπλοκών και η ασθενής εξήλθε.
Αποτελέσματα-συμπεράσματα: Ο ρόλος του υπερήχου καθόλη τη διάρκεια της αντιμετώπισης της ασθενούς αποδείχθηκε καταλυτικός, καθώς η ύπαρξη του ευμεγέθους λειομυώματος προκαλούσε μετατόπιση της ενδομήτριας κοιλότητας, αυξάνοντας την απόστασή της από την είσοδο του τραχήλου, καθιστώντας αδύνατη την επιτυχή έκβαση της επέμβασης θεραπευτικής απόξεσης χωρίς τη χρήση του.

ΕΡ-06. ΔΙΔΥΜΟΣ ΕΚΤΟΠΟΣ ΚΥΗΣΗ.ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κουκουλομάτη Α., Πεϊτσιδης Π.

[1]Νοσοκομειο Διδυμοτείχου Μ/Γ Κλινική, [2]Τμήμα Υπερήχων «Ιασώ»

Σκοπός: Παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού δίδυμης κύησης, υπερηχογραφική διάγνωση και αντιμετώπιση του.
Υλικά και μέθοδος: 31 ετών γυναίκα με αμηνόρροια 7 εβδομάδων, άτεκνη, με ιστορικό μιας παλίνδρομης κύησης προσήλθε στα επείγοντα από ιδιώτη ιατρό στον οποίο κατέφυγε μετά από θετικό τεστ κύησης και διαπιστώθηκε απουσία ενδομητρίου σάκου και δίδυμος έκτοπο κύηση στην δεξιά σάλπιγγα. Κατά την εξέταση η γυναίκα δεν ανέφερε άλγος υπογαστρίου, ούτε παρατηρήθηκε σταγονοειδής αιμόρροια εντοπίστηκε όμως ψηλαφητή μάζα στο δεξί εξάρτημα. Υπερηχογραφικά με διακολπικό υπέρηχο βρέθηκαν δυο ξεχωριστοί σάκοι στην δεξιά σάλπιγγα με λεκιθικό ασκό και θετική καρδιακή λειτουργία και στους δύο. Παλμοί εμβρύου α 110/min, παλμοί εμβρύου β 108/min. Απουσία υγρού στο δουγλάσσειο. Επρόκειτο για αδιατάρακτο δίδυμο κύηση διχοριονική διαμνιακή. Η ασθενής υποβλήθηκε σε λαπαροσκόπηση, και (δε) σαλπιγγεκτομή. Δεν υπήρχαν μετεγχειρητικές επιπλοκές και η γυναίκα πηρέ εξιτήριο σε 4 ημέρες.
Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Η εξωμήτριος δίδυμος κύηση είναι δυνητικά πιο επικίνδυνη για ρήξη σάλπιγγας λογω της παρουσίας δύο σάκκων, η διακολπική υπερηχογραφία σε συνδυασμό με τα κλινικά ευρήματα είναι ακρογωνιαιός λίθος στην διάγνωση της σπάνιας αυτής κλινικής οντότητας.

ΕΡ-07. ΕΚΒΑΣΗ ΚΥΗΣΕΩΝ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΟΙΑ ΠΡΩΤΟΥ ΤΡΙΜΗΝΟΥ

Μπαρμπουνάκη Σ., Στρατουδάκης Γ., Πατραμάνη Σ., Tzitzikalakis C., Παπαδόσηφου Α., Φουστέρη Ζ., Δασκαλάκης Γ.
MD Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Γεν. Νοσοκομείου Χανίων Κρήτης

Σκοπός: Η μελέτη της έκβασης των κυήσεων με κολπική αιμόρροια μέχρι το τέλος του πρώτου τριμήνου και η επίδραση της υπερηχογραφικής εξέτασης στην μαιευτική και γενετική συμβουλή.
Υλικά και μέθοδος: Μελετήσαμε αναδρομικά όλες τις περιπτώσεις γυναικών που υποβλήθηκαν σε ενδοκολπική υπερηχογραφική εξέταση, την περίοδο Ιανουαρίου 2008 μέχρι Δεκέμβρη 2013, λόγω κολπικής αιμόρροιας πρώτου τριμήνου και με διάγνωση επαπειλούμενης, ατελής ή πλήρους αποβολής και πιθανής έκτοπης κύησης. Δεν συμπεριλήφθηκαν οι περιπτώσεις κυήσεων με άλγος υπογαστρίου χωρίς κολπική αιμόρροια.
Αποτελέσματα: Την παραπάνω περίοδο είχαμε συνολικά 715 περιπτώσεις που εξετάσθηκαν στην Κλινική μας για κύηση πρώτου τριμήνου και κολπική αιμόρροια. Από αυτές: 314 περιπτώσεις κύησης (44%) με καλή εικόνα στον υπερηχογραφικό έλεγχο, 236 περιπτώσεις (33%) με παλίνδρομη κύηση, 126 περιπτώσεις (18%) χωρίς ενδομήτριο σάκο κύησης και 39 περιπτώσεις (5%) με έκτοπη κύηση. Από τις 314 περιπτώσεις κύησης με καλή εικόνα στον αρχικό υπερηχογραφικό έλεγχο, η πλειοψηφία (86%) συνέχισε να έχει καλή εικόνα και στο τέλος του πρώτου τριμήνου, ενώ το 14% απέβαλε. Από τις 236 περιπτώσεις με παλίνδρομη κύηση στον αρχικό υπερηχογραφικό έλεγχο, 140 περιπτώσεις αντιμετωπίσθηκαν με προγραμματισμένη θεραπευτική απόξεση. Οι υπόλοιπες 96 περιπτώσεις αποφάσισαν να περιμένουν και 71 απέβαλαν αυτόματα, 10 υποβλήθηκαν σε επείγουσα θεραπευτική απόξεση και 15 υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη θεραπευτική απόξεση. Οι 126 περιπτώσεις χωρίς ενδομήτριο σάκο κύησης στον αρχικό υπερηχογραφικό έλεγχο, αποδείχθηκε ότι ήταν έκτοπη κύηση (22 περιπτώσεις), πλήρης αποβολή (99 περιπτώσεις) και ενδομήτριος κύηση (5 περιπτώσεις).
Συμπεράσματα: Η ενδοκολπική υπερηχογραφία αποτελεί σημαντική βοήθεια στη διάγνωση και αντιμετώπιση της κολπικής αιμόρροιας στο πρώτο τρίμηνο της κύησης.

ΕΡ-08. ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΟΓΚΟΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Σίσκου Μ., Κώστοβα Β., Σαρδαρίδου Β., Τσαντεκίδου Ί., Δίνας Κ., Σωτηριάδης Α., Λουφόπουλος Α.
Β' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Ο αριθμός των εξαρτηματικών όγκων που διαγιγνώσκονται τυχαία κατά το προγεννητικό υπερηχογράφημα ρουτίνας έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια και σε αυτό συνέβαλλε η χρήση του υπερήχου. Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς με εξαρτηματικό όγκο, ο οποίος ανευρέθηκε για πρώτη φορά κατά την εγκυμοσύνη.
Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 30 ετών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, πρωτοτόκος, προσήλθε στη 14η εβδομάδα κύησης αιτιώμενη άλγος δεξιού λαγονίου βόθρου, χωρίς λοιπά συνοδά συμπτώματα. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε ήπια ευαισθησία στην ψηλάφηση του δεξιού εξαρτήματος. Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Από το υπερηχογράφημα κοιλίας ανευρέθηκε μόρφωμα στην ανατομική θέση της δεξιάς ωοθήκης διαστάσεων 2,48 x 4,02cm με χαρακτηριστικά ενδομητριώματος. Ακολούθησε έλεγχος των καρκινικών δεικτών, εκ του οποίου διαπιστώθηκε αυξημένη τιμή ca125 (97u/ml) και ca19. 9 (53,36u/ml). Αποφασίστηκε συντηρητική αντιμετώπιση με τακτικό εργαστηριακό και υπερηχογραφικό έλεγχο, εφόσον η ασθενής παρέμενε ασυμπτωματική. Στη 19η εβδομάδα διαπιστώθηκε σημαντική αύξηση του ca 125 και του ca19-9 με τιμές 1. 475u/ml και 521u/ml αντίστοιχα, ενώ το μέγεθος του κυστικού μορφώματος παρουσίασε μικρή αύξηση. Ακολούθησε σταδιακή πτώση των τιμών του ca 125 (30. 6u/ml) και του ca 19. 9 (26. 5u/ml) στην 30η εβδομάδα, καθώς το μόρφωμα παρέμενε σταθερό σε μέγεθος. Η ασθενής γέννησε με καισαρική τομή λόγω εμβρυικής δυσπραγίας στη 41η εβδομάδα κύησης. Στο χειρουργείο επιβεβαιώθηκε η παρουσία του μορφώματος χωρίς να γίνει κανένας χειρισμός. Στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο οι καρκινικοί δείκτες ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων (ca 125: 5,8u/ml, ca19. 9: 10,35u/ml) και το μέγεθος του όγκου σταδιακά υποχώρησε.
Συζήτηση: Η συχνότητα εμφάνισης εξαρτηματικών μαζών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι περίπου 3%. Πρόκειται συνήθως καλοήθεις λειτουργικές κύστεις, ενώ ο καρκίνος είναι εξαιρετικά σπάνιος. Στη διάγνωση συμβάλλουν ο υπέρηχος, το έγχρωμο doppler και η mri. Η χρήση των καρκινικών δεικτών χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, καθώς παρουσιάζουν χαμηλό ποσοστό εξειδίκευσης και ορισμένοι μεταβάλλονται στην κύηση. Η αντιμετώπιση μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική ανάλογα με τα ευρήματα, τα οποία πρέπει να συνεκτιμώνται και να εξατομικεύονται.

ΕΡ-09. ΕΞΩΜΗΤΡΙΟΣ ΚΥΗΣΗ ΜΕ ΜΕΡΙΚΗ ΜΥΛΗ ΚΥΗΣΗ

Μπαρμπουνάκη Σ., Στρατουδάκης Γ., Πατραμάνη Σ., Tzitzikalakis C., Παπαδόσηφου Α., Φουστέρη Ζ., Δασκαλάκης Γ.
MD Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Γεν. Νοσοκομείου Χανίων Κρήτης

Σκοπός: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού με εξωμήτριο κύηση και μερική μύλη κύηση.
Περιγραφή Περίπτωσης: Γυναίκα 28 ετών, προσέρχεται σε τακτικό έλεγχο στα εξωτερικά ιατρεία της ΜΓ Κλινικής του ΓΝ Χανίων λόγω αμηνόρροιας 7 εβδομάδων και β-hCG 63000 mIU/ml. Παρουσίαζε υπογονιμότητα από έτους και της χορηγήθηκε κλομιφαίνη 100 mg per os. Στην παρούσα εξέταση, η ασθενής παρουσίαζε καφεοειδή κολπική αιμόρροια από διημέρου και ήπια ευαισθησία στο υπογάστριο. Στην γυναικολογική εξέταση επιβεβαιώθηκε η παρουσία αίματος στον κόλπο, ο τράχηλος ήταν κλειστός και παρατηρήθηκε ευαισθησία στο αριστερό εξάρτημα και στη μετακίνηση του τραχήλου. Στην υπερηχογραφική εξέταση παρατηρήθηκε η απουσία ενδομήτριου σάκου κύησης, το πάχος ενδομητρίου ήταν 9 mm, η παρουσία μάζας 19x33 mm στο αριστερό εξάρτημα και ελεύθερο υγρό στο δουγλάσειο χώρο. Η ασθενής, αφού ενημερώθηκε, υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροτομία, στην οποία αφαιρέθηκε μεγάλο τμήμα της ήδη ραγείσας αριστερής σάλπιγγας με το πιθανό εξωμήτριο κύημα. Το δεξιό εξάρτημα ήταν φυσιολογικό. Στην ιστολογική εξέταση επιβεβαιώθηκε η έκτοπη κύηση στην αριστερή σάλπιγγα με στοιχεία μερικής υδατιδώδης μύλης κύησης. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν φυσιολογική και πήρε εξιτήριο την 4η ημέρα και με β-hCG 47000 mIU/ml. Μετά το πόρισμα της ιστολογικής εξέτασης, η ασθενής ακολούθησε το πρωτόκολλο παρακολούθησης μύλης κύησης και η β-hCG έπεσε <5 mIU/ml 43 μέρες μετά το χειρουργείο.
Συζήτηση: Η εξωμήτριος κύηση με μερική μύλη κύηση είναι μία σπάνια παθολογική συνύπαρξη. Το ενδεχόμενο όμως μετά από μια πρόκληση ωοθυλακιορηξίας δεν μπορεί να αποκλεισθεί και θα πρέπει να αντιμετωπισθεί ανάλογα και όχι σαν μια απλή εξωμήτρια κύηση.

ΕΡ-10. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΣΟΒΑΡΗΣ ΕΜΒΡΥΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ

Ξανθάκης Κ., Φιορέντζης Σ., Ποντικάκη Α., Κουτρουλάκης Δ., Μαντάς Ν., Σηφάκης Σ.
Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο

Εισαγωγή-Σκοπός: Η αιμολυτική νόσος του εμβρύου/νεογνού σαν συνέπεια ισοανοσοποίησης παραμένει μια σημαντική αιτία εμβρυικής και νεογνικής νοσηρότητας και θνητότητας. Οι υπερηχογραφικές ενδείξεις περιλαμβάνουν εμβρυικό ύδρωπα και άλλα ευρήματα σχετιζόμενα με εμβρυική αναιμία. Η μέτρηση της μέγιστης ταχύτητας ροής στη μέση εγκεφαλική αρτηρία (peak systolic velocity - middle cerebral artery) έχει εκτεταμένα χρησιμοποιηθεί για την έγκαιρη διάγνωση της εμβρυικής αναιμίας και για τον καθορισμό του χρόνου της αρχικής και των επακόλουθων ενδομήτριων ενδαγγειακών μεταγγίσεων. Η ορθή και έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της εμβρυικής αναιμίας μπορεί να μειώσει ουσιαστικά την εμβρυική/νεογνική νοσηρότητα και θνητότητα καθώς και τις απώτερες νευρολογικές συνέπειες. Τα τελευταία χρόνια η μαγνητική τομογραφία στον εγκέφαλο του εμβρύου (fetal brain MRI) θεωρείται καθοριστικής αξίας συμπληρωματική τεχνική στον προγεννητικό έλεγχο και στη διαχείριση των περιπτώσεων εμβρυικής αναιμίας που αντιμετωπίζονται με ενδομήτριες μεταγγίσεις καθώς μπορεί να αποκαλύψει λεπτές – αναστρέψιμες ή μόνιμες - βλάβες του ΚΝΣ.
Περιγραφή Περίπτωσης: Παρουσιάζεται περίπτωση σοβαρής εμβρυικής αναιμίας που διεγνώσθη την 21η εβδομάδα της κύησης και αντιμετωπίστηκε με διαδοχικές ενδομήτριες ενδαγγειακές (στην ομφαλική φλέβα) μεταγγίσεις (συνολικά 6). Η αύξηση της εμβρυικής αιμοσφαιρίνης μετά από κάθε μετάγγιση ήταν η αναμενόμενη. Την 28η και 34η εβδομάδα κύησης η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου του εμβρύου δεν απέδειξε την παρουσία υπερηχογραφικών ευρημάτων ισχαιμίας του εγκεφάλου και την 35η εβδομάδα κύησης ένα υγιές θήλυ νεογνό γεννήθηκε με κολπικό τοκετό.
Συμπέρασμα: Η μαγνητική τομογραφία έχει σημαντική διαγνωστική αξία για την προγεννητική εκτίμηση ισχαιμικών βλαβών στον εμβρυικό εγκέφαλο κατά τη διάρκεια της αντιμετώπισης περιπτώσεων εμβρυικής αναιμίας που αντιμετωπίζονται με ενδομήτριες μεταγγίσεις. Επιτρέπει αφενός τη συνέχιση της θεραπείας και αφετέρου την παροχή τεκμηριωμένης συμβουλευτικής στους γονείς σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ακολουθούμενης αγωγής και τη σχετικά ασφαλή πρόβλεψη της περιγεννητικής και μεταγεννητικής έκβασης.

ΕΡ-11. ΘΗΛΩΜΑ ΧΟΡΙΟΕΙΔΟΥΣ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σοφούδης Χ.[1], Μπακούλας Β.[1], Παπαιωάνου Γ.[2], Μπιλάλης Δ.[3]
[1]Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών «Αρεταίειο» Νοσοκομείο,
[2]Ακτινολογικό Τμήμα Νοσοκομείο «Μητέρα», [3]Μαιευτήρας –Γυναικολόγος , Συνεργάτης Νοσοκομείου «Μητέρα»

Εισαγωγή: Ο εγκέφαλος αποτελεί το πρωτεύον κέντρο ρύθμισης και συντονισμού των δραστηριοτήτων του οργανισμού. Τα αισθητικά ερεθίσματα λαμβάνονται διαμέσου κεντρομόλων νεύρων και καταχωρούνται ως αισθήσεις, που είναι η βάση της αντίληψης. Αποτελεί την έδρα της συνείδησης, της σκέψης, της μνήμης, της λογικής, της κρίσης και του συναισθήματος. Τα κινητικά ερεθίσματα μεταβιβάζονται διαμέσου φυγόκεντρων νεύρων στους μυς και τους αδένες, εκλύοντας τις δραστηριότητες. Μέσω αντανακλαστικών κέντρων διατηρείται ο αυτόματος έλεγχος των δραστηριοτήτων του σώματος. Τα πιο κύρια αντανακλαστικά κέντρα είναι το καρδιακό, το αγγειοκινητικό και το αναπνευστικό κέντρο στον προμήκη μυελό, τα οποία ρυθμίζουν την κυκλοφορία και την αναπνοή. Οι κοιλίες του εγκεφάλου αποτελούν ένα σύστημα κοιλοτήτων εντός του εγκεφάλου, οι οποίες επικοινωνούν μεταξύ τους αλλά και με τον υπαραχνοειδή χώρο. Περιγράφονται συνολικά τέσσερις (πλάγιες κοιλίες, τρίτη και τέταρτη). Είναι γεμάτες με εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ε. Ν. Υ). Το οποίο σχηματίζεται από τα χοριειδή πλέγματα στα τοιχώματα και τις οροφές αυτών.

Παρουσίαση Περιστατικού: Επίτοκος 22 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό και μαιευτικό ιστορικό μίας αποβολής α' τριμήνου προσέρχεται στο πλαίσιο προγεννητικού ελέγχου, για υπερηχογραφικό έλεγχο πρώτου τριμήνου (13 +2 εβδομάδες κύησης). Κατά τη διάρκεια του υπερηχογραφικού ελέγχου, ανευρέθησαν φυσιολογική αυχενική διαφάνεια, ορατό ρινικό οστό, φυσιολογικό κεφαλουριαίο μήκος εμβύου.

η επίτοκος προσήλθε περαιτέρω σε ηλικία κύησης 21+2 εβδομάδων για υπερηχογραφικό έλεγχο β' επιπέδου. Κατά τη διενέργεια του υπερηχογραφικού ελέγχου διαπιστώθηκε σχηματισμός με συμπαγή και κυστικά στοιχεία 16χ11χ10 mm εντός της δεξιάς κοιλίας του εγκεφάλου χωρίς να αλλοιώνει το εύρος της πλάγιας κοιλίας ή της λοιπής αρχιτεκτομικής δομής του εγκεφάλου. Κατόπιν διενεργήθηκε αμνιοπαρακέντηση και μέσω αυτής υπολογισμός μοριακού καρυότυπου προς αποκλεισμό γενετικών ή χρωμοσωμικών ανωμαλιών. Το αποτέλεσμα αυτού δεν κατέδειξε κάποια σαφή γενετική ή χρωμοσωμική διαταραχή. Συνεστήθη και πραγματοποιήθηκε MRI εγκεφάλου του εμβρύου, η οποία επιβεβαίωσε τα χαρακηριστικά του υπερηχογραφικού ελέγχου, καταδεικνύοντας εικόνα συμβατή με θήλωμα χοριοειδούς πλέγματος. Πραγματοποιήθηκε συμβουλευτική με τη βοήθεια παιδονευροχειρούργου, ο οποίος με βάση το εν λόγω μόρφωμα κατέδειξε πιθανή χειρουργική επέμβαση του εμβρύου μετά τη γέννηση αυτού. Βάσει των αναφερθέντων ευρημάτων και την πιθανότητα κακοήθους εξαλλαγής διενεργήθηκε τερματισμός της εν λόγω κύησης. Ο ιστολογικός έλεγχος κατέδειξε θήλωμα χοριοειδούς πλέγματος.

Συζήτηση: Οι όγκοι χοριοειδών πλεγμάτων των εγκεφαλικών κοιλιών (π.χ. θηλώματα) είναι σπάνιοι ενδοκράνιοι όγκοι και επισυμβαίνουν κυρίως στην παιδική ηλικία. Υπάρχει η δυνατότητα , αλλά σε μικρό ποσοστό να ανιχνευθούν κατά τη διάρκεια της εμβρυικής ζωής. Οι όγκοι των χοριοειδών πλεγμάτων με κύριο αντιπρόσωπο το θήλωμα, είναι όγκοι μαλακοί, αγγειοβριθείς, συμπαγείς ή κυστικοί, με θηλωματώδεις προσεκβολές, ποικίλου μεγέθους, ικανοί να πληρούν και να παρεκτοπίζουν την έκταση της πλάγιας κοιλίας όπου εδρεύουν. Η συμβολή της αξονικής αλλά κυρίως της μαγνητικής τομογραφίας εγκεφάλου κατάφερε να διαφοροδιαγνώσει τους όγκους χοριοειδών πλεγμάτων από άλλους ενδοκράνιους όγκους. Πολλές φορές η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει αμάρτωμα, αραχνοειδής κύστη, πορεγκεφαλία καθώς και σχιστοεγκεφαλία . Η βιολογική τους δράση πολλές φορές είναι αντιστρόφως ανάλογη του ιστολογικού τους τύπο. Θηλώματα χοριοειδούς πλέγματος μπορούν να καταστούν θανατηφόρα εάν δεν ανιχνευθούν και αντιμετωπισθούν εγκαίρως (κίνδυνος εγκεφαλικής αιμορραγίας ή σοβαρού υδροκεφάλου). Οι πληροφορίες όπου αποκομίζονται εκ του απεικονιστικού ελέγχου αφορούν πιθανή διήθηση ιστών πέριξ του όγκου, πράγμα το οποίο διαμορφώνει τον επιχειρησιακό σχεδιασμό. Άλλοι σπάνιοι όγκοι όπου μπορούν ανευρεθούν είναι αιμαγγειώματα, σαρκώματα, χονδρώματα καθώς και μικτοί όγκοι. Τα κυτταρολογικά ευρήματα δεν είναι ειδικά και ομοιάζουν περιπτώσεις αναπλαστικών επενδυμωμάτων και μεταστατικών αδενοκαρκινώμάτων.

Συμπέρασμα: Θηλώματα χοριοειδών πλεγμάτων είναι σπάνιοι και άκρως επικίνδυνοι όγκοι. Η βιολογική τους συμπεριφορά είναι πολλές φορές αντιστρόφως ανάλογη του ιστολογικού τους τύπου. Η ανίχνευση τους κατά τη διάρκεια του προγεννητικού ελέγχου και η πιθανή επιθετική τους συμπεριφορά θέτουν τις βάσεις για τερματισμό της εν λόγω κύησης.

ΕΡ-12. ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΜΟΝΗΡΕΙΣ ΚΥΣΤΕΙΣ ΩΟΘΗΚΩΝ

Στρατουδάκης Γ., Μπαρμπουνάκη Σ., Πατραμάνη Σ., Tzitzikalakis C., Φουστέρη Ζ., Παπαδόσηφου Α., Δασκαλάκης Γ.

MD Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Γεν. Νοσοκομείου Χανίων Κρήτης

Σκοπός: Η εκτίμηση του ποσοστού κακοήθειας σε εξαρτηματικές βλάβες που περιγράφονται σαν μονήρεις κύστεις στο διακολπικό υπερηχογράφημα και των διαφορετικών χαρακτηριστικών στην κλινική και υπερηχογραφική εξέταση μεταξύ καλοηθών και κακοηθών μονήρων κύστεων.

Υλικά και μέθοδος: Την περίοδο 2008-2014, εξετάσθηκαν 1552 ασθενείς με εξαρτηματικές βλάβες με διακολπικό υπερηχογράφημα και με ασπρόμαυρη και έγχρωμη Doppler εξέταση και οι οποίες χειρουργήθηκαν για αυτό το λόγο στους επόμενους 4 μήνες από τη διάγνωση και λάβαμε ιστολογική διάγνωση. Δεν εξετάσθηκαν οι περιπτώσεις ασθενών με κύστες που δεν περιγράφονται σαν μονήρεις, με συμπαγή στοιχεία, με προσεκβολές ύψους ≥3mm (<3mm χαρακτηρίστηκαν σαν μονήρεις κύστες με ανώμαλα τοιχώματα) και με έντονη υπερηχογένεια.

Αποτελέσματα: Από τους 1552 ασθενείς, οι 512 (33%) ασθενείς είχαν μονήρεις κύστεις στο διακολπικό υπερηχογράφημα. Από τις 512 περιπτώσεις, σε 5 (0.97%) έγινε διάγνωση κακοήθειας, κυρίως σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (3.1%, 3/97) παρά σε προεμμηνοπαυσιακές (0.48%, 2/415). Στις γυναίκες που διαγνώσθηκε κακοήθεια υπήρχε ιστορικό καρκίνου μαστού (18% vs 2%) ή ωοθηκών (18% vs 0.6%). Οι αιμορραγικές κύστες ήταν επίσης πιο συχνές στις κακοήθεις παρά στις καλοήθεις μονήρεις κύστεις (18% vs 2%). Σε 4 από τις 5 κακοήθεις μονήρεις κύστεις, παρατηρήθηκε στη μακροσκοπική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος συμπαγή στοιχεία και θηλώδεις προσεκβολές.

Συμπεράσματα: Το ποσοστό ανεύρεσης κακοήθειας στις χειρουργημένες εξαρτηματικές βλάβες που περιγράφονται σαν μονήρεις κύστες με διακολπικό υπερηχογράφημα είναι περίπου 1%. Εμμηνόπαυση, ατομικό ιστορικό καρκίνου μαστού ή ωοθηκών, αιμορραγικό περιεχόμενο στην κύστη και συμπαγή στοιχεία αυξάνουν το κίνδυνο κακοήθειας.

ΕΡ-13. ΜΟΝΗΡΗΣ ΟΜΦΑΛΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑ.ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Πεϊτσίδης Π., Πεϊτσιδου Α., Μανωλάκος Ε., Σιαμπαλιώτη Γ.-Ε., Καραισκάκης Π.

[1]Τμήμα υπερήχων Ιασω, [2]Μαιευτική Γυναικολογική κλινική νοσοκομείου "Αλεξάνδρα", [3]Εργαστήριο Γενετικής Eurogenetica

Σκοπός: Παρουσίαση 2 περιστατικών με μονήρη ομφαλική αρτηρία κατα την διάρκεα της κύησης και συζήτηση του τρόπου αντιμετώπισης.

Υλικό και μέθοδος: 1ο περιστατικό: πρωτοτόκος 40 ετών με BMI=38 και σακχαρώδη διαβήτη κύησης διαγνώστηκε στην υπερηχογραφική εξέταση του β-επιπέδου με μονήρη ομφαλική αρτηρία. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος της αυχενικής διαφάνειας δεν ανέφερε την ύπαρξη μονήρους ομφαλικής αρτηρίας. Η γυναίκα υπεβλήθη σε αμνιοκέντηση κατόπιν επιθυμίας της ιδίας, το υπερηχογράφημα καρδιάς εμβρύου ηταν φυσιολογικό . Το αποτέλεσμα της αμνιοκέντησης ηταν φυσιολογικό. Φυσιολογικός τοκετός επήλθε στις 40 εβδομάδες φέροντας στον κόσμο ένα ζών και αρτιμελές άρρεν νεογνό.

2ο περιστατικό: Πρωτοτόκος 38 ετών με BMI=40 και σακχαρώδη διαβήτη κύησης υπο ινσουλίνη διαγνώστηκε στην υπερηχογραφική εξέταση του β-επιπέδου με μονήρη ομφαλική αρτηρία. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος της αυχενικής διαφάνειας δεν ανέφερε εξίσου την ύπαρξη μονήρους ομφαλικής αρτηρίας. Η γυναίκα υπεβλήθη σε αμνιοκέντηση λόγω συνυπάρξεως μονόπλευρης ήπιας διάτασης πυελοκαλυκικού συστήματος. Ο υπέρηχος καρδίας εμβρύου ήταν φυσιολογικός. Το αποτέλεσμα της αμνιοκέντησης ήταν φυσιολογικό .Καισαρική τομή επήλθε στις 39 εβδομάδες λόγω ισχιακής προβολής φέροντας στον κόσμο ένα ζων και αρτιμελές θήλυ νεογνό.

Συμπεράσματα: Παρατηρήθηκε ύπαρξη μονήρους ομφαλικής αρτηρίας σε πρωτοτόκες γυναίκες άνω των 35 ετών με συνύπαρξη διαβήτη κυήσεως και αυξημένο BMI. Η διάγνωση στο πρώτο τρίμηνο μπορεί να είναι δύσκολη και παραπλανητική λαμβάνοντας υπόψη τις υπερηχογραφικές δυσχέρειες που προκαλεί το αυξημένο BMI.

ΕΡ-14. ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΟΜΦΑΛΟΚΗΛΗΣ ΣΕ ΕΜΒΡΥΟ 28 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Παναγιωτόπουλος Δ., Πετράκος Γ., Κανελλοπούλου Α., Φιλοπούλου Κ., Αλχαζίδου Ε., Νταγκλή Α.
Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Καλαμάτας

Εισαγωγή: Η ομφαλοκήλη είναι μια σπάνια συγγενής ανωμαλία του κοιλιακού τοιχώματος. Ενδοκοιλιακά όργανα, κυρίως το έντερο και το ήπαρ προβάλλουν από την είσοδο του ομφάλιου λώρου και καλύπτονται με περιτόναιο. Παρατηρείται περίπου σε 1 στις 5.000 γεννήσεις ενώ η θνησιμότητα για τα πάσχοντα νεογνά είναι υψηλή, με το 60% αυτών να καταλήγουν μέσα στον πρώτο χρόνο ζωής. Η εμφάνισή της είναι σποραδική και συνήθως δεν σχετίζεται με κάποιο χρωμοσωμική ανωμαλία. Συνυπάρχει με ανωμαλίες στη διάπλαση του γαστρεντερικού σωλήνα, των νεφρών της κεφαλής και των άκρων.
Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού εμβρύου 28 εβδομάδων με ομφαλοκήλη.
Υλικό και μέθοδος: Εγκυμονούσα 38 ετών, ενατοτόκος, στην 28η εβδομάδα κύησης, προσήλθε στην κλινική μας με κλινική εικόνα αναπόφευκτης αποβολής, με οξύ άλγος στο υπογάστριο, διαστολή του τραχηλικού στομίου, εμφάνιση των εμβρυικών υμένων από τον γεννητικό σωλήνα και αρνητικούς καρδιακούς παλμούς. Η κλινική της εικόνα ήταν θορυβώδης και εξελίχθηκε άμεσα στη γέννηση ενός νεκρού εμβρύου με μεγάλη ομφαλοκήλη, περιέχουσα εντερικές έλικες και το ήπαρ. Η εγκυμονούσα δεν είχε ιατρική παρακολούθηση στην παρούσα εγκυμοσύνη, είναι καπνίστρια ενώ από το κληρονομικό ιστορικό της οικογένειας δεν αναφέρεται κάποιο παρόμοιο περιστατικό. Οι γονείς αρνήθηκαν την νεκροτομή του εμβρύου για την πιθανή ανεύρεση άλλων συνοδών συγγενών ανωμαλιών.
Συζήτηση: Η ομφαλοκήλη είναι μια ανωμαλία του κοιλιακού τοιχώματος που μπορεί να διαγνωστεί από την ενδομήτριο ζωή με τη χρήση των υπερήχων. Αυτό δίνει στο προσωπικό της αίθουσας τοκετών τη δυνατότητα να είναι προετοιμασμένο για την παραλαβή ενός νεογνού με αυξημένες ανάγκες φροντίδας και τον έγκαιρο συντονισμό της χειρουργικής διόρθωσης που προβλήματος από εξειδικευμένο παιδοχειρουργό.

ΕΡ-15. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟΝ ΥΠΕΡΗΧΟ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΙ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ "Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ".

Φελέκης Θ., Κορκόντζελος Ι., Ζαγαλίκη Α., Τσίρκας Παναγιώτης, Ακρίβης Χρ.
Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Γ.Ν. Χατζηκώστα Ιωαννίνων

Σκοπός: Η παρουσίαση με εικόνες 3 ενδιαφερόντων περιστατικών παθολογικών ευρημάτων που ανεδείχθησαν σε προγραμματισμένο προγεννητικό έλεγχο επιπέδου ΙΙ στο Γενικό Νοσοκομείο “Χατζηκώστα” Ιωαννίνων και η έκβασή τους.
Υλικό και μέθοδος: Τρεις επίτοκοι, ηλικίας 28-32 ετών, με ελεύθερο παθολογικό και οικογενειακό ιστορικό υπεβλήθησαν σε υπέρηχο επιπέδου ΙΙ σε ηλικία κύησης (ΗΚ) 20-22 εβδομάδων.
Αποτελέσματα: 1η περίπτωση: Ανεδείχθη υπερηχογραφικά μεγάλη απόσταση πρώτου με δεύτερο δάχτυλο ποδιών (sandal gap) και ραιβοϊπποποδία άμφω (εικ.1). Ο καρυότυπος στην αμνιοπαρακέντηση ήταν φυσιολογικού άρρενος εμβρύου. Το νεογνό χρειάσθηκε ορθοπαιδική αντιμετώπιση μετά την γέννηση (εικ.2).
2η περίπτωση: Στον έλεγχο ανεδείχθη υπέγερση περιοχής πίσω από τη ιεροκοκκυγική μοίρα της σπονδυλικής στήλης και μικρού εύρους δισχιδής ράχη (εικ.3). Η βλάβη φαινόταν να καλύπτεται από δέρμα. Στην μαγνητική τομογραφία εμβρύου αναδείχθηκε μικρού εύρους δυσραφισμός και καλά περιγεγραμμένος σχηματισμός στο κατώτερο τμήμα της ράχης διαστάσεων 24,5x10,8x14,5 mm, που περιείχε υγρό, συμπαγή στοιχεία και τμήμα των νωτιαίων ριζών της ιππουρίδας. Τα χαρακτηριστικά αυτά οδήγησαν στην διάγνωση λιπομυελομηνιγγοκήλης.
3η περίπτωση: Στον υπέρηχο επιπέδου ΙΙ ανεδείχθη απουσία ρινικού οστού. (εικ.4). Η έγκυος υποβλήθηκε σε αμνιοπαρακέντηση καθώς το εύρημα σχετίζεται με χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Η κυτταρογενετική ανάλυση του αμνιακού υγρού έδειξε φυσιολογικά κύτταρα με 46 χρωμοσώματα και τρισωμικά κύτταρα με 47 χρωμοσώματα, με ένα επιπλέον χρωμόσωμα 20.
Συμπεράσματα: Η πρόοδος στον προγεννητικό έλεγχο και η καθιέρωση του αναλυτικού υπερηχογραφήματος σε ΗΚ 20-24 εβδομάδες επιτρέπει την έγκαιρη διάγνωση ανωμαλιών όπως χρωμοσωμικές ατυπίες, ανατομικές ανωμαλίες και ανωμαλίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, όπως αναδεικνύεται και στα παραπάνω παραδείγματα.

ΕΡ-16. ΠΑΣΧΟΝ ΕΜΒΡΥΟ: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Γλυνού Α.[1], Στουρνάρας Σ.[1], Νικολοπούλου Ρ.[2], Βραχνής Ν.[2]

[1]Τμήμα Προγεννητικού Ελέγχου, ΣΤ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Νοσοκομείο Μαιευτήριο "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ", [2]Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

Εισαγωγή – Σκοπός: Ο στόχος κάθε εγκυμοσύνης είναι η γέννηση ενός υγιούς μωρού. Τα περισσότερα ζευγάρια ξεκινούν αισιόδοξα την αναμονή του παιδιού τους συμμετέχοντας στην παρακολούθηση της κύησης. Ορισμένες κυήσεις όμως μπορεί να επιπλακούν με παθολογικές καταστάσεις όπως γενετικές ανωμαλίες, ανατομικές διαμαρτίες, πρόωρο τοκετό, προεκλαμψία και ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης. Έτσι, χρειάζονται συμβουλευτική καθοδήγηση για την έκβαση της κύησης, τον τρόπο αντιμετώπισης των πιθανών προβλημάτων και ψυχολογική υποστήριξη για τις όποιες αποφάσεις ληφθούν.
Συζήτηση: Η εξέταση με υπερηχογράφημα είναι μια σημαντική επιβεβαίωση της εγκυμοσύνης και είναι δημοφιλής και αποδεκτή πρακτική στην προγεννητική διαγνωστική. Μετά από μελέτη της σχετικής δημοσιευθείσας βιβλιογραφίας στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα φαίνεται ότι ένα μη φυσιολογικό εύρημα συνήθως διαγιγνώσκεται απροσδόκητα και δημιουργεί στους γονείς μεγάλο άγχος. Η στάση της εμβρυομητρικής ομάδας είναι σημαντική καθώς πρέπει να εξηγήσει και να πληροφορήσει το ζευγάρι για την βαρύτητα του προβλήματος που ανιχνεύτηκε. Τα περισσότερα ζευγάρια αμφιταλαντεύονται και βρίσκονται σε σύγχυση, ανάμεσα στην πραγματικότητα και στην εκτίμηση των επιπτώσεων για την μελλοντική πορεία της κατάστασης του εμβρύου. Η ψυχολογική υποστήριξη από εξειδικευμένους επαγγελματίες κρίνεται αναγκαία για την σωστή διαχείριση του περιστατικού. Η συμβουλευτική θα δοθεί κυρίως από την εμβρυομητρική ομάδα, η οποία καλείται να ενημερώσει για όλες τις πιθανές λύσεις που προτείνονται για την καλύτερη αντιμετώπιση του πάσχοντος εμβρύου. Σε ορισμένες όμως περιπτώσεις απαιτείται ο συνδυασμός και η παράλληλη ευαισθητοποίηση, ενημέρωση και συμβουλευτική του υποστηρικτικού δικτύου του ζευγαριού με την συμμετοχή και ενός έμπειρου ψυχολόγου.
Συμπεράσματα: Οι νέες εξελίξεις στον τομέα του μαιευτικού υπερηχογραφήματος αλλά και η γενικότερη εξέλιξη της εμβρυομητρικής ιατρικής και της γενετικής και μας βοηθούν να ανιχνεύουμε σοβαρές ή ήπιου βαθμού ανωμαλίες του εμβρύου, άλλες ανατάξιμες και άλλες μη θεραπεύσιμες ή συμβατές με την ζωή. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι πολύ σημαντικός, καθώς είναι εκείνοι που καλούνται να αναλάβουν το βάρος της πληροφόρησης του ζευγαριού με γνώση και αντικειμενικότητα και να το βοηθήσουν να ξεπεράσει το «πένθος», έτσι ώστε να μπορέσει στο μέλλον να προχωρήσει σε μια νέα προσπάθεια απόκτησης παιδιού. Η παρουσία του ψυχολόγου αποτελεί καλή επιλογή προσέγγισης των γονέων, καθώς μέτριας βαρύτητας ή σοβαρότερες δυσκολίες που αντιμετωπίζει το ζευγάρι, ενδέχεται να τις διαχειριστεί πιο εύκολα με την καθοδήγησή του.

ΕΡ-17. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΧΟΡΙΟΑΜΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΣΕ ΤΕΛΕΙΑ ΑΜΝΙΑΚΗ ΤΑΙΝΙΑ ΣΤΟ Β ΤΡΙΜΗΝΟ ΚΥΗΣΗΣ

Καγιά Α.[1], Παπαμαργαρίτης Ε.[2], Βαρβαρίγος Ι.[3], Γερολυμάτος Α.[4], Κοτσώνης Χ.[4], Λούης Κ.[5], Καρασαρίδου Κ.[6], Γκόλιας Δ.[6], Λάζαρης Δ.[7]

[1]Ειδικευόμενη Μαιευτήρας - Γυναικολόγος «Γ.Ν. Κωνσταντοπούλειο- Πατησίων», PhD (Cand) Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, [2]Επιμελητής Β' Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής «Γ.Ν. Κωνσταντοπούλειο- Πατησίων», [3]Διευθυντής Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής «Γ.Ν.Μ. Έλενα Βενιζέλου», [4]Διευθυντής Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής «Γ.Ν. Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», [5]Ειδικευόμενος Μαιευτήρας - Γυναικολόγος «Γ.Ν. Κωνσταντοπούλειο- Πατησίων», PhD Ιατρική Σχολή Αθηνών, [6]Ειδικευόμενος Μαιευτήρας - Γυναικολόγος «Γ.Ν. Κωνσταντοπούλειο- Πατησίων», [7]Συντονιστής Διευθυντής Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλ. «Γ.Ν. Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

Εισαγωγη: Οι αμνιακές ταινίες είναι τυχαίο υπερηχογραφικό εύρημα (11-35w κύησης σε 0,45-0,47% των κυήσεων). Συνήθως καλοήθη μορφώματα με αυξημένο επιπολασμό σε εγκύους με ιστορικό καισαρικής, απόξεσης, ενδομητρίτιδας και υποχοριονικού αιματώματος. Περιγράφονται περιπτώσεις λεμφοιδήματος, ακρωτηριασμών, δυσμορφιών ακόμα και αιφνίδιου εμβρυικού θανάτου γ' τριμήνου. Οι αμνιακές ταινίες διακρίνονται σε τελείες και ατελείς ανάλογα με το αν φέρουν ελεύθερο άκρο και εμφανίζουν πάχος 2-8 mm. Αποτελούνται από 2 στρώματα χορίου συμπιεζόμενα μεταξύ 2 στρωμάτων αμνίου. Ανάγκη διαφοροδιάγνωσης από το σύνδρομο αμνιακών ται-

νιών (ΣΑΑ) το οποίο έχει κακή πρόγνωση και ισχυρό ενδεχόμενο εμβρυικών δυσμορφιών.
Σκοπός: Εξοικείωση των επαγγελματιών υγείας με μία μη συχνή κλινική οντότητα στη μαιευτική.
Υλικό και μέθοδος: Γυναίκα 33 ετών (ΙΙτόκος, 19w) προσέρχεται στα επείγοντα αιτιούμενη κοιλιακό άλγος μετά από τροχαίο (αμβλύ χτύπημα- ζώνη ασφαλείας). Εμφανίζει σε διακοιλιακό υπερηχογράφημα οργανωμένη χοριοαμνιακή αποκόλληση διαμέτρου 5εκ. Παρακολουθείται με εβδομαδιαία US και εμφανίζει μετά 2w απορρόφηση αιματώματος και σχηματισμό στη θέση αυτού τελείας αμνιακής ταινίας.
Αποτελέσματα: Κύηση σε εξέλιξη. Μη αυτόματη ρήξη μέχρι και την διανυόμενη 32w. Αιφνίδια εμφάνιση υδραμνίου μετά τον εντοπισμό της ταινίας χωρίς παθολογία σακχάρου και εμβρυικές ανατομικές ανωμαλίες. Προβληματισμός για το αν η αμνιακή ταινία αποτελεί απολύτως καλοήθη οντότητα για την έκβαση μιας κύησης.

ΕΡ-18. ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΙ STRESS ΕΓΚΥΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN

Γαβριήλ Ε., Ζέρβα Χ., Γουρουντή Κ.
Τμήμα Μαιευτικής, Σχολής Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Αθήνας, Ελλάδα.

Σκοπος: Επειδή ο προσυμπτωματικός έλεγχος για το σύνδρομο down αποτελεί πλέον ρουτίνα στο πλαίσιο της παροχής περιγεννητικής φροντίδας στην Ελλάδα, η λήψη πληροφορημένων αποφάσεων πρέπει να εξασφαλίζεται. Ο όρος "πληροφορημένη επιλογή" έχει δύο συνιστώσες, το επίπεδο της γνώσης και τη στάση και μπορεί να θεωρηθεί ταυτόσημος με τον όρο "συνειδητή επιλογή". Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να διερευνήσει το επίπεδο των γνώσεων και της στάσης των εγκύων γυναικών απέναντι στο προσυμπτωματικό έλεγχο για το σύνδρομο down και τελικά να υπολογίσει κατα ποσο οι Ελληνίδες έγκυες κάνουν πληροφορημένες επιλογές. Επίσης, μελετήθηκε το επίπεδο άγχους των γυναικών πρις τις εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου για το σύνδρομο down.
Υλικό και μέθοδος: Στην έρευνα συμμετείχαν 150 έγκυες γυναίκες με ηλικία κύησης μεταξύ 11ης και 37ης εβδομάδας που είχαν προσέλθει στο τμήμα προγεννητικού ελέγχου του μαιευτηρίου "΄Ελενα Βενιζέλου" ώστε να υποβληθούν σε προσυμπτωματικό έλεγχο. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου το οποίο δίνονταν στις γυναίκες λίγο πριν παρακολουθήσουν το ραντεβού τους.
Αποτελέσματα: Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από το 100% των γυναικών (150/150). Βρέθηκε ότι το 100% των γυναικών είχαν θετική στάση απέναντι στο προσυμπτωματικό έλεγχο για το σύνδρομο Down και το 33,3% είχαν καλό επίπεδο γνώσεων σχετικά με το προσυμπτωματικό έλεγχο και το σύνδρομο Down. Παρατηρήθηκε επίσης ότι δεν υπήρχε καμία συσχέτιση μεταξύ του άγχους και του μορφωτικού επιπέδου των γυναικών, καθώς και ότι η πληροφορημένη επιλογή συσχετίζονταν με το κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο των γυναικών.
Συμπεράσματα: Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να παρέχουν στις γυναίκες πληροφόρηση με εξατομικευμένο και κατανοητό τρόπο ώστε να βελτιωθεί το επίπεδο των γνώσεων τους. Επειδή παρατηρήθηκε ότι η συνιστώσα της γνώσης δεν ήταν καθοριστική για τον υπολογισμό της πληροφορημένης επιλογής, διεξάχθηκε το συμπέρασμα ότι προσπάθειες που θα έχουν σκοπό να εξασφαλίσουν την συνέπεια μεταξύ των στάσεων και της συμπεριφοράς των γυναικών θα αυξήσουν το ποσοστό της λήψης πληροφορημένων αποφάσεων σε ένα τόσο μείζον θέμα της περιγεννητικής φροντίδας όπως αυτό του προσυμπτωματικού ελέγχου για το σύνδρομο Down.

ΕΡ-19. ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑΣ ABERNETHY

Αθανασιάδης Α.[1,2], Καραβιδά Α.[1], Ζαβλανός Α.[1,2], Χονδροματίδου Κ.[3], Ιορδανίδου Ε.[2], Γκουλβανίδου Σ.[3], Κλώνος Ε.[3], Ταρλατζής Β., Τσιτουρίδης Ι.[3]
[1]Κέντρο Προγεννητικού Ελέγχου Θεσσαλονίκης
[2]Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ
[3]Ακτινολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης εμβρύου με δυσπλασία Abernethy και η αξιολόγηση της τρισδιάστατης (3D) υπερηχογραφίας στην απεικόνιση των αγγείων του εμβρύου. Η δυσπλασία Abernethy είναι αναστόμωση της πυλαίας με την συστηματική κυκλοφορία μέσω παθολογικού αγγείου που παρακάμπτει το ήπαρ (εξωηπατική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση).

Υλικό και μέθοδος: Έμβρυο 23 εβδομάδων με μεγάλου εύρους ενδοκοιλιακό παθολογικό αγγείο στο β' επιπέδου. Η εξέταση έγινε με δισδιάστατη (2D) και 3D απεικόνιση των εμβρυικών αγγείων (GE Medical Systems E8 Expert: Glass Body, 3D Color Mode, 4D STIC).
Αποτελέσματα: Με 3D απεικόνιση αποσαφηνίσθηκε ότι το παθολογικό αγγείο εξορμάται από το ενδοηπατικό τμήμα της ομφαλικής φλέβας και όχι από την κάτω κοίλη φλέβα, όπως είχε αρχικά υποτεθεί με την 2D απεικόνιση, θέτοντας έτσι την διάγνωση της δυσπλασίας Abernethy. Με 3D επίσης έγινε ορατή η αναστόμωση του αγγείου στον διχασμό της κάτω κοίλης φλέβας μετά από ελικοειδή πορεία στην πύελο. Με ανάλυση αποθηκευμένων 3D όγκων μελετήθηκαν τα πυλαία αγγεία, χωρίς να απαιτείται επανεξέταση της εγκύου. Η δυσπλασία Abernethy χαρακτηρίστηκε τύπου Ι (πλήρης αγενεσία πυλαίου συστήματος), καθώς δεν ήταν δυνατόν να απεικονιστεί ο δεξιός κλάδος και το κύριο στέλεχος της πυλαίας φλέβας. Μαγνητική τομογραφία στο νεογνό την πέμπτη ημέρα, έδειξε ύπαρξη πυλαίας σχηματιζόμενης από την σπληνική και άνω μεσεντέριο φλέβα και επαναπροσδιόρισε την δυσπλασία ως τύπου ΙΙ (μερική αγενεσία πυλαίου συστήματος), με καλύτερη πρόγνωση από τον τύπο Ι που έχει συσχετιστεί με ηπατική ανεπάρκεια και όγκους ήπατος.
Συμπεράσματα: Η 3D υπερηχογραφία συμβάλει σημαντικά στην σωστή διάγνωση των ανωμαλιών του αγγειακού συστήματος του εμβρύου.

ΕΡ-20. ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ DIGEORGE: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Αργυρίδης Σ.[1,2], Χριστοφίδης Α.[1]
Πανεπιστημιακή Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Νοσοκομείο Αρχιεπίσκοπος Μακάριος ΙΙΙ Λευκωσία Κύπρος Ιατρική Σχολή, St George's University Of London (At University Of Nicosia)

Εισαγωγή: Το σύνδρομο οφείλεται σε microdeletion που εντοπίζεται στο μακρύ άκρο του χρωμοσώματος 22 (22q11. 2ds) και αποτελεί το συχνότερο σύνδρομο της κατηγορίας με ποσοστό εμφάνισης 1/2000-1/4000 γεννήσεις. Το συχνότερο γονίδιο που επηρεάζεται είναι ο μεταγραφικός παράγοντας tbx1 (85%), ενώ η πλειοψηφία των περιπτώσεων αποτελούν de novo μεταλλάξεις (90%). Υπερηχογραφικά ευρήματα ενδεικτικά του συνδρόμου αποτελούν κυρίως μείζονες καρδιακές ανωμαλίες σε ποσοστό 80% όπως διακοπτόμενο αρτηριακό τόξο (50-80%), αρτηριακός κορμός (35%), τετραλογία (15%), μετάθεση μεγάλων αγγείων (1%), ενώ άλλες ανωμαλίες περιλαμβάνουν προσωπικές όπως υπερωϊοσχιστία (12%), ουροποιητικές όπως αγενεσία νεφρού ή πολυκυστικοί νεφροί (35%) και σκελετικές όπως πολυδακτυλία ή συνδακτυλία (5%). Η υποπλασία ή απλασία του θύμου αδένα και η συνυπάρχουσα ανοσοκαταστολή καθώς και η υποπλασία των παραθυρεοειδών αδένων διαχωρίζουν το σύνδρομο σε μερικό (90%) ή πλήρες (10%), με σημαντική επίδραση στην πρόγνωση. Η προγεννητική διάγνωση επιβάλλεται σε υπερηχογραφικό εντοπισμό μείζωνος καρδιακής ανωμαλίας, ιστορικό προηγούμενης κύησης με σύνδρομο ή γονέας πάσχων από την νόσο.
Σκοπός: Η καταγραφή του ποσοστού εμφάνισης της νόσου στον γενικό πληθυσμό, είδους μετάλλαξης καθώς και των συχνότερα εμφανιζόμενων υπερηχογραφικών ευρημάτων κατά την εξέταση ανίχνευσης εμβρυικών ανωμαλιών σε περιπτώσεις προγεννητικής διάγνωσης του συνδρόμου.
Υλικό και μέθοδος: Σε σύνολο 8538 εγκύων που υποβλήθηκαν σε υπερηχογραφική εξέταση εμβρυικών ανωμαλιών μεταξύ 18ης και 22ης εβδομάδας κύησης στο τμήμα προγεννητικής διάγνωσηςτης μαιευτικής κλινικής του νοσοκομείου μεταξύ 2009-2014, αναζητήθηκαν όσες πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια του συνδρόμου.
Αποτελέσματα: Αναγνωρίστηκαν 5 γυναίκες με σύνδρομο σε σύνολο 8538 οι οποίες είχαν παρουσιάσει μείζονα καρδιακή ανωμαλία όπως διακοπτόμενο αρτηριακό τόξο (60%) και τετραλογία (40%) κατά την υπερηχογραφική εξέταση χωρίς την διάγνωση άλλης ανωμαλίας. Υποβλήθηκαν όλες σε αμνιοπαρακέντηση με διάγνωση μερικού συνδρόμου λόγω de novo μετάλλαξης στο χρωμόσωμα 22. Η επιβίωση ήταν 100% στους 12 μήνες ζωής.
Συμπεράσματα: Σε υπερηχογραφική διάγνωση μείζονος καρδιακής ανωμαλίας, ιστορικό προηγούμενης κύησης πάσχων από το σύνδρομο ή γονεά πάσχων από την νόσο, συνίσταται προγεννητική διάγνωση μέσω αμνιοπαρακέντησης για επιβεβαίωση της ύπαρξης της νόσου.

ΕΡ-21. ΡΗΞΗ ΕΚΤΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΤΕΣΤ ΚΥΗΣΕΩΣ

Δανιηλίδης Ά., Μπαλαούρας Δ., Χίτζιος Δ., Παντελής Α., Μπαλαούρας Γ., Carcea F.
Β' Μαιευτική/Γυναικολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο

Παρά την πρόοδο στη διάγνωση και την αντιμετώπιση των έκτοπων κυήσεων τις τελευταίες δύο δεκαετίες, η ακριβής διάγνωση μπορεί να αποτελεί συχνά πρόκληση, καθώς βασίζεται στο συνδυασμό υπερηχογραφικών ευρημάτων, και σε μια σειρά μετρήσεων της β-χοριακής γοναδοτροπίνης του ορού. Γυναίκα άτοκος 36 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ του Νοσοκομείου με ασθενοφόρο. Τα συμπτώματά της ήταν οξύς πόνος στο υπογάστριο και 2 λιποθυμικά επεισόδια, ενώ ανέφερε αμηνόρροια 6 εβδομάδων, με σταγονοειδή αιμόρροια 5 ημερών και 2 αρνητικά τεστ κυήσεως εμπορίου την προηγούμενη ημέρα. Κατά την εισαγωγή της παρουσίασε αιμοδυναμική αστάθεια, ευαισθησία στο υπογάστριο, αναπηδώσα ευαισθησία, θετικό σημείο Kehr, ταχυκαρδία (110bpm), υπόταση (80/60 mm Hg). Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε Ht: 27,1%, Hb: 9,3 g/dl, Wbc: 21,3 m/ml. Το τεστ κυήσεως ήταν αρνητικό, ενώ η β-hCG ορού ήταν 13 IU/L. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος ανέδειξε απουσία ενδομήτριας κυήσεως, μεγάλη ποσότητα υγρού στο Δουγλάσειο, ωχρό σωμάτιο (ΑΡ), και κυστικό μόρφωμα (ΔΕ) με υπερηχοϊκό δακτύλιο, ύποπτο για παρουσία έκτοπης κυήσεως. Διενεργήθηκε επείγουσα ερευνητική λαπαροτομία, κατά την οποία διαπιστώθηκε το αιμοπεριτόναιο, και αφαιρέθηκε το μόρφωμα του (ΔΕ) εξαρτήματος. Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε την ύπαρξη έκτοπης σαλπιγγικής κυήσεως. Η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα ποσοστά έκτοπων κυήσεων με αρνητικό τεστ ούρων και αρνητική β-hCG ορού είναι 3.1% και 2.6% Επιπλέον, >1% των εκτόπων κυήσεων σχετίζονται με αρνητική β-hCG, εξαιτίας πιθανόν, της μικρής ανάπτυξης λαχνών που παράγουν την ορμόνη. Επιπλέον, στην περίπτωσή μας το ωχρό ήταν ετερόπλευρο, ενώ στο 80% των εκτόπων κυήσεων είναι ομόπλευρο.

ΕΡ-22. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ 1ΟΥ ΤΡΙΜΗΝΟΥ

Ελευθεριάδης Μ.[1], Δημόπουλος Σ.[2], Χριστόπουλος Π.[3], Βαρβαγιάννης Ν.[4], Λαμπρινουδάκη Ε.[5], Χασιάκος Δ.[6]
[1]Μαιευτήρας-Γυναικολόγος PhD Αθήνα, [2]Μαιευτήρας-Γυναικολόγος MSc Έδεσσα, [3]Μαιευτήρας-Γυναικολόγος PhD Αθήνα, [4]Ιατρός MD Αθήνα, [5]Αν.Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας PhD Νοσοκομείο Αρεταίειο, [6]Αν. Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας PhD Νοσοκομείο Αρεταίειο
Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών "Έρευνα στην γυναικεία αναπαραγωγή" ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ Νοσοκομείο ΑΘΗΝΑ

Σκοπός: Είναι η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ των υπερηχογραφικών ευρημάτων στο πρώτο τρίμηνο και της παθολογικής καμπύλης γλυκόζης.
Υλικό και μέθοδοι: Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 308 έγκυες με παθολογική καμπύλη σακχάρου (ομάδα Α), οι οποίες επισκέφθηκαν ιδιωτικό κέντρο εμβρυομητρικής ιατρικής, και συγκρίθηκαν με 308 έγκυες με φυσιολογική καμπύλη γλυκόζης (ομάδα Β), αντίστοιχης ηλικίας, τόκου και βάρους. Στις έγκυες του πληθυσμού της μελέτης η διάγνωση του Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης στηρίχθηκε με βάση τα κριτήρια κατά Coustan and Carpenter. Συσχετίσθηκαν οι παράμετροι από: 1ο τρίμηνο: CRL, NT, PAPP-A, F-bhcg, πιθανότητα κινδύνου για χρωμοσωμικές ανωμαλίες, αναγνώριση ρινικού οστού, BPD, HC, Doppler Τριγλώχινας, Doppler Φλεβώδη Πόρου, και PI Μητριαίων αρτηριών.
Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Η αυχενική διαφάνεια (ΑΔ) εμφανίζει μέση τιμή (Mean) 1,715 στην ομάδα (Α) με παθολογική καμπύλη σακχάρου και μέση τιμή (Mean) 1,604 στην ομάδα (Β) με φυσιολογική καμπύλη σακχάρου. Η διαφορά αυτή στις δύο ομάδες είναι στατιστικά σημαντική p-value=0,003. Δηλαδή η μέση τιμή της αυχενικής διαφάνειας των εμβρύων στις 11-13+6 εβδ., στην ομάδα των εγκύων που εμφάνισαν παθολογική καμπύλη σακχάρου στις 24-28 εβδ., είναι μεγαλύτερη από εκείνη των εμβρύων, των οποίων οι μητέρες είχαν φυσιολογική καμπύλη σακχάρου. Οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά p-value =0,07 υπάρχει και στην αναπροσαρμοσμένη πιθανότητα για τρισωμία 21, η οποία έχει μέση τιμή 1/8436,7 (Α) και 1/9482,4(Β).

ΕΡ-23. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ 3ΟΥ ΤΡΙΜΗΝΟΥ

Ελευθεριάδης Μ.[1], Δημόπουλος Σ.[2], Χριστόπουλος Π.[3], Βαρβαγιάννης Ν.[4], Λαμπρινουδάκη Ε.[5], Χασιάκος Δ.[6]

[1]Μαιευτήρας-Γυναικολόγος PhD Αθήνα, [2]Μαιευτήρας-Γυναικολόγος MSc Έδεσσα, [3]Μαιευτήρας-Γυναικολόγος PhD Αθήνα, [4]Ιατρός MD Αθήνα, [5]Αν.Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας PhD Νοσοκομείο Αρεταίειο, [6]Αν. Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας PhD Νοσοκομείο Αρεταίειο

Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών "Έρευνα στην γυναικεία αναπαραγωγή" ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ Νοσοκομείο ΑΘΗΝΑ

Σκοπός: Είναι η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ των υπερηχογραφικών ευρημάτων στο τρίτο τρίμηνο και της παθολογικής καμπύλης γλυκόζης.

Υλικό και μέθοδοι: Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 308 έγκυες με παθολογική καμπύλη σακχάρου (ομάδα Α), οι οποίες επισκέφθηκαν ιδιωτικό κέντρο εμβρυομητρικής ιατρικής, και συγκρίθηκαν με 308 έγκυες με φυσιολογική καμπύλη γλυκόζης (ομάδα Β), αντίστοιχης ηλικίας, τόκου και βάρους. Στις έγκυες του πληθυσμού της μελέτης η διάγνωση του Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης στηρίχθηκε με βάση τα κριτήρια κατά Coustan and Carpenter. Συσχετίσθηκαν οι παράμετροι από: 3ο τρίμηνο: BPD, HC, AC, FL, EFW, εκατοστιαία θέση ανάπτυξης, OFD, HC/AC, BPD/FL, Θέση και ωρίμανση πλακούντα, Ποσότητα Αμνιακού Υγρού, PI Μητριαίων αρτηριών, PI ομφαλικής αρτηρίας, PI μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας, και A-Κύμα φλεβώδους πόρου.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Στο τρίτο τρίμηνο στην AC περίμετρο της κοιλιάς έχουμε μέση τιμή για την ομάδα (Α) 275,8mm και για την ομάδα (Β) 273,2mm και αυτή η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική p-value=0,044. Δηλαδή στο τρίτο τρίμηνο, στην ομάδα των γυναικών με παθολογική καμπύλη σακχάρου στις 24-28 εβδ., η μέση τιμή της περιμέτρου κοιλίας AC των εμβρύων είναι μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των εμβρύων, των εγκύων με φυσιολογική καμπύλη σακχάρου. Ο λόγος HC/AC περίμετρο κεφαλής/ περίμετρο κοιλίας είναι οριακά στατιστικά σημαντικός p-value=0,064 με τη μέση τιμή στην (Α) 1,078 και στην (Β) 1,085. Οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά p-value=0,069 υπάρχει και στο εκτιμώμενο βάρος εμβρύου με τα έμβρυα (Α) να εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή 1865,21g έναντι των (Β) 1823,45g.

ΕΡ-24. ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΩΣΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Αργυρίδης Σ.

Πανεπιστημιακή Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Νοσοκομείο Αρχιεπίσκοπος Μακάριος ΙΙΙ Ιατρική Σχολή St George's University Of London (At University Of Nicosia)

Εισαγωγή: Το υποχρεωτικώς ενδοκυττάριο πρωτόζωο toxoplasma gondii μεταδίδεται μέσω κατάποσης ωοκύστεων από μη μαγειρεμένα παράγωγα κρεάτος. Ακολούθως μετατρέπεται σε ταχυζωΐτες (οξεία φάση) και βραδυζωΐτες (χρόνια φάση) εισερχόμενο στον ξενιστή. Λοίμωξη κατά την διάρκεια της κύησης συναντάται σε 1/1000-10 000 κυήσεις ανάλογα της γεωγραφικής εντόπισης. Η πλειονότητα ακολουθεί ασυμπτωματική πορεία ενώ σε συμπτωματικές κυήσεις εμφανίζονται μη ειδικά συμπτώματα όπως πυρετός, κόπωση, κεφαλαλγία, μυαλγίες και λεμφαδενοπάθεια. Η εμβρυική λοίμωξη οφείλεται σε μετάδοση ταχυζωϊτών μέσω της πλακουντικής κυκλοφορίας μετά από πρωτοπαθή μητρική λοίμωξη κατά την διάρκεια της κύησης. Ο κίνδυνος μετάδοσης αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας κύησης (15% στις 13 εβδομάδες, 45% στις 26 εβδομάδες και 70% στις 36 εβδομάδες) ενώ η σοβαρότητα της λοίμωξης ελαττώνεται με την αύξηση της εμβρυικής ηλικίας. Οι εμβρυικές υπερηχογραφικές εκδηλώσεις είναι μη ειδικές και οι συχνότερες εξ' αυτών είναι ενδοκρανιακές επασβεστώσεις, μικροκεφαλία, υδροκεφαλία, ηπατοσπληνομεγαλία, ενδοηπατικές επασβεστώσεις, ασκίτης και περιορισμός ενδομήτριας ανάπτυξης. Οι νεογνικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν χοριορετινίτιδα, σπασμούς, πνευματική καθυστέρηση, απώλεια ακοής, ίκτερο, πυρετό, λεμφαδενοπάθεια και αναιμία. Η διάγνωση μητρικής λοίμωξης γίνεται με τον εντοπισμό θετικών ειδικών αντισωμάτων εντός 4 εβδομάδων από την έκθεση, ενώ η εμβρυική λοίμωξη διαγιγνώσκεται μέσω αμνιοπαρακέντησης 4 εβδομάδες μετά την εντόπιση θετικών μητρικών αντισωμάτων ή μετά τις 18 εβδομάδες κύησης. Η αντιμετώπιση της πάθησης περιλαμβάνει την χορήγηση σπιραμυκίνης μετά την εντόπιση θετικών μητρικών αντισωμάτων με στόχο την αντιμετώπιση της πλακουντικής λοίμωξης και την πρόληψη μετάδοσης στο έμβρυο. Σε θετική αμνιοπαρακέντηση διακόπτεται η σπιραμυκίνη και αρχίζει η χορήγηση πυριμεθαμίνης σε συνδυασμό με σουλφαδιαζίνη και φολινικό οξύ εώς το πέρας της κύησης με στόχο την αντιμετώπιση της εμβρυικής έκθεσης. Η εμβρυική παρακολούθηση περιλαμβάνει υπερηχογραφικό έλεγχο για εντόπιση ευρημάτων εμβρυικής λοίμωξης ανά 2 με 4 εβδομάδες.

Παρουσίαση περιστατικού: Έγκυος κατά την πρώτη μαιευτική εξέταση στις 11 εβδομάδες εμφάνισε θετικά αντισώματα κατά toxoplasma gondii ενδεικτικά πρόσφατης λοίμωξης. Έγινε επανέλεγχος με παραμονή θετικού τίτλου οπόταν λήφθηκε η απόφαση για έναρξη σπιραμυκίνης. Κατά την 18η εβδομάδα κύησης διενεργήθηκε αμνιοπαρακέντηση με αρνητικό τίτλο αντισωμάτων. Αποφασίστηκε η συνέχιση της αγωγής με σπιραμυκίνη εώς το πέρας της κύησης με παράλληλη υπερηχογραφική παρακολούθηση. Κατά τον έλεγχο εμβρυικών ανωμαλιών δεν εντοπίστηκαν υπερηχογραφικά ευρήματα ενδεικτικά λοίμωξης. Ο τοκετός διενεργήθηκε στις 38 εβδομάδες και ο επακόλουθος νεογνικός έλεγχος δεν κατέδειξε εμβρυική νόσο.

ΕΡ-25. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΘΗΚΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΩΟΘΗΚΗΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Θανασάς Ι.[1], Παπαβασιλείου Σ.[2], Τσαγκούλης Ν.[3]
[1] Επιμελητής Α' Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα,
[2] Ειδικευόμενη Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα,
[3] Ειδικευόμενος Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

Εισαγωγή: Τα θηκώματα είναι σπάνιοι καλοήθεις όγκοι του στρώματος της ωοθήκης οι οποίοι εκτιμάται ότι αφορούν περίπου στο 1% του συνόλου των καλοηθών νεοπλασμάτων των ωοθηκών. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων τα θηκώματα είναι όγκοι ετερόπλευροι, έχουν διάμετρο από 5 έως 10 εκατοστά και γενικά αφορούν σε γυναίκες προεμμηνοπαυσιακής και μετεμμηνοπαυσιακής ηλικίας.
Περιγραφή περίπτωσης: Ασθενής μετεμηνοπαυσιακής ηλικίας με γνωστό ιστορικό ινομυώματος στη μήτρα προσήλθε στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο για γυναικολογική εξέταση. Κλινικά διαπιστώθηκε η ύπαρξη συμπαγούς ανώδυνης πυελικής μάζας, με προέλευση πιθανότατα από το δεξιό εξάρτημα. Οι δείκτες κακοήθειας ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Με τον απεικονιστικό έλεγχο ενισχύθηκε η κλινική διάγνωση της εξαρτηματικής μάζας και εκτελέσθηκε κοιλιακή ολική υστερεκτομία και αμφοτερόπλευρη εξαρτηματεκτομία. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση του θηκώματος της ωοθήκης. Μετά από νοσηλεία 7 ημερών και ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής έχουσα καλώς εξήλθε από την κλινική μας.
Συζήτηση: Σε αντίθεση με τα κλινικά κριτήρια, η συμβολή των σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων στη διάγνωση των θηκωμάτων της ωοθήκης φαίνεται να είναι περισσότερο καθοριστική. Το διακοιλιακό, και ιδιαίτερα το διακολπικό υπερηχογράφημα καθώς και η Doppler υπερηχογραφική απεικόνιση της πυέλου έχουν καλά τεκμηριωθεί στις μέρες μας ως το καλύτερο διαγνωστικό μέσο για τις πυελικές οργανικές μάζες, αλλά στη διαγνωστική προσέγγιση των θηκωμάτων της ωοθήκης συναντούν ιδιαίτερες δυσκολίες στη διαφορική διάγνωση από άλλους ωοθηκικούς όγκους. Η μαγνητική τομογραφία αποτελεί δεύτερης γραμμής διαγνωστική μέθοδο με εξαιρετικά αποτελέσματα στην απεικόνιση των μαλακών μορίων και χρησιμοποιείται ευρέως στην εξέταση των εξαρτηματικών μαζών που δεν μπορούν με μεγάλη ευκρίνεια να προσδιορισθούν υπερηχογραφικά. Επίσης, πρόσφατες μελέτες έδειξαν τα πολύ καλά αποτελέσματα της τομογραφίας μαγνητικού συντονισμού στη διαφοροποίηση των κακοήθων από τους καλοήθεις εξαρτηματικούς όγκους. Η αξονική τομογραφία είναι δύσκολο να ξεχωρίσει το θήκωμα της ωοθήκης από άλλες ωοθηκικές μάζες, μερικές από τις οποίες είναι δυνατό να φέρουν στοιχεία κακοήθειας ή να αποκλείσει την ύπαρξη μισχωτού υπορογόνιου ινομυώματος της μήτρας.

ΕΡ-26. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΛΕΙΟΜΥΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΩΟΘΗΚΗΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Θανασάς Ι.[1], Παπαβασιλείου Σ.[2], Τσαγκούλης Ν.[3]
[1] Επιμελητής Α' Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα
[2] Ειδικευόμενη Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα
[3] Ειδικευόμενος Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

Εισαγωγή: Ωοθηκικά ονομάζονται τα ινομυώματα, η εγκατάσταση των οποίων αφορά στις ωοθήκες. Τα ινομυώματα της ωοθήκης είναι σπάνιοι καλοήθεις όγκοι οι οποίοι εκτιμάται ότι αφορούν στο 0.5% – 1% του συνόλου των καλοηθών νεοπλασμάτων των ωοθηκών. Υπολογίζεται ότι 60 περιπτώσεις έχουν περιγραφεί μέχρι σήμερα στη διεθνή βιβλιογραφία.

Περιγραφή περίπτωσης: Ασθενής μετεμηνοπαυσιακής ηλικίας με γνωστό ιστορικό ινομυώματος στη μήτρα προσήλθε στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο για γυναικολογική εξέταση. Κλινικά διαπιστώθηκε η ύπαρξη συμπαγούς ανώδυνης πυελικής μάζας, πιθανότατα προερχόμενη από το δεξιό εξάρτημα. Οι δείκτες κακοήθειας ήταν αρνητικοί. Με τον απεικονιστικό έλεγχο ενισχύθηκε η κλινική διάγνωση της εξαρτηματικής μάζας και εκτελέσθηκε κοιλιακή ολική υστερεκτομία και αμφοτερόπλευρη εξαρτηματεκτομία. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση του ωοθηκικού ινομυώματος. Μετά από νοσηλεία 7 ημερών και ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής έχουσα καλώς εξήλθε από την κλινική μας.
Συζήτηση: Σε αντίθεση με τα κλινικά κριτήρια, η συμβολή των σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων στη διάγνωση των ωοθηκικών λειομυωμάτων φαίνεται να είναι περισσότερο καθοριστική. Το διακοιλιακό και ιδιαίτερα το διακολπικό υπερηχογράφημα έχουν καλά τεκμηριωθεί στις μέρες μας ως το καλύτερο διαγνωστικό μέσο για τις πυελικές οργανικές μάζες, αλλά στη διαγνωστική προσέγγιση των ωοθηκικών λειομυωμάτων συναντούν ιδιαίτερες δυσκολίες στη διαφορική διάγνωση των ινομυωμάτων της ωοθήκης από άλλους ωοθηκικούς όγκους. Παρόμοια, η αξονική τομογραφία είναι δύσκολο να ξεχωρίσει το ωοθηκικό λειομύωμα από άλλες ωοθηκικές μάζες και σε μερικές περιπτώσεις η ωοθηκική μάζα αναφέρεται σαν κακοήθεια. Η τομογραφία μαγνητικού συντονισμού είναι χρήσιμη για τη διάγνωση των ωοθηκικών λειομυωμάτων, τα οποία όπως και τα ινομυώματα του σώματος της μήτρας έχουν μέτριας έντασης σήμα σε Τ1 απεικονίσεις και χαμηλής έντασης σήμα σε Τ2 απεικονίσεις. Η πρωτοπαθής ωοθηκική μάζα πιστοποιείται είτε με την απουσία της ομόπλευρης ωοθήκης, είτε με την παρουσία μικρών ωοθυλακίων να περιβάλλουν τη μάζα, ευρήματα που επίσης όμως ανευρίσκονται και στο ίνωμα της ωοθήκης.

ΕΡ-27. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΡΑΓΕΙΣΑΣ ΔΙΑΜΕΣΗΣ ΕΚΤΟΠΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Θανασάς Ι.[1], Παπαβασιλείου Σ.[2], Τσαγκούλης Ν.[3]
[1] Επιμελητής Α' Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα
[2] Ειδικευόμενη Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα
[3] Ειδικευόμενος Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

Εισαγωγή: Στη διάμεση εγκυμοσύνη η εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου αφορά στο επιθήλιο του διάμεσου τμήματος του φαλοπιανού πόρου, δηλαδή εκείνου του τμήματος της σάλπιγγας που περνάει μέσα από το τοίχωμα της μήτρας για να φτάσει στην ενδομήτρια κοιλότητα μέσω του μητριαίου στομίου της σάλπιγγας.
Περιγραφή περίπτωσης: Η παρουσίαση του περιστατικού μας αφορά στην συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση ασθενούς με ρήξη διάμεσης έκτοπης εγκυμοσύνης. Ασθενής άτοκος με ιστορικό προηγηθείσης σαλπιγγεκτομίας λόγω έκτοπης σαλπιγγικής κύησης προσκομίσθηκε στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας με κλινική εικόνα οξείας κοιλίας. Το test κύησης των ούρων ήταν θετικό. Η δευτεροπαθής αμηνόρροια, όπως αυτή εκτιμήθηκε με βάση την τελευταία κανονική έμμηνο ρύση υπολογίσθηκε στις 8 εβδομάδες και 6 ημέρες. Το διακολπικό υπερηχογράφημα έθεσε τη διάγνωση της έκτοπης κύησης και αποφασίσθηκε η επείγουσα λαπαροτομία. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε αιμοπεριτόναιο μετά από ρήξη του αριστερού κέρατος της μήτρας και εκτελέσθηκε σαλπιγγοτομία. Η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας σε καλή γενική κατάσταση.
Συζήτηση: Σε αντίθεση με τα κλινικά κριτήρια, η συμβολή των σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων στη διάγνωση της διάμεσης κύησης φαίνεται να είναι καθοριστική. Η χρήση σήμερα της διακολπικής υπερηχογραφίας, της 3D υπερηχοτομογραφίας και της διακολπικής Power Doppler υπερηχογραφίας σε συνδυασμό με τον ποσοτικό προσδιορισμό της β – χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης έχουν αυξήσει σημαντικά τη διαγνωστική ακρίβεια της νόσου. Υπερηχογραφικά ευρήματα, όπως είναι η απουσία ενδομήτριας κύησης, η παρουσία σάκου κύησης που διαχωρίζεται από την ενδομήτρια κοιλότητα και περιβάλλεται από ένα λεπτό στρώμα μυομητρίου με ύπαρξη αυξημένης αιματικής ροής στην περιφέρει συνηγορούν υπέρ της διάμεσης κύησης σε σχέση με την φυσιολογικά εξελισσόμενη ενδομήτρια εγκυμοσύνη.

ΕΡ-28. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΡΑΓΕΙΣΑΣ ΕΚΤΟΠΗΣ ΩΟΘΗΚΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Θανασάς Ι.[1], Παπαβασιλείου Σ.[2], Τσαγκούλης Ν.[3]
[1]Επιμελητής Α' Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα
[2]Ειδικευόμενη Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα
[3] Ειδικευόμενος Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

Εισαγωγή: Στην ωοθηκική εγκυμοσύνη η εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου αφορά στην επιφάνεια ή στο εσωτερικό του φλοιού της ωοθήκης. Η ωοθηκική εγκυμοσύνη δεν είναι συχνή. Αποτελεί τη συχνότερη μορφή μη σαλπιγγικής έκτοπης κύησης και υπολογίζεται ότι αφορά περίπου στο 0.3% – 3% του συνόλου των έκτοπων κυήσεων.
Περιγραφή περίπτωσης: Έγκυος τεταρτοτόκος με πολλαπλές διακοπές κύησης στο ιστορικό της και φέρουσα ενδομήτριο αντισυλληπτικό σπείραμα προσκομίσθηκε στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας με συμπτωματολογία οξείας κοιλίας. Το test κύησης των ούρων ήταν θετικό. Η δευτεροπαθής αμηνόρροια, όπως αυτή εκτιμήθηκε με βάση την τελευταία κανονική έμμηνο ρύση υπολογίσθηκε στις 8 εβδομάδες και 3 ημέρες. Το διακολπικό υπερηχογράφημα έθεσε τη διάγνωση της έκτοπης κύησης και αποφασίσθηκε η χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε η παρουσία ραγείσας ωοθηκικής εγκυμοσύνης και εκτελέσθηκε σφηνοειδής εκτομή της σύστοιχης ωοθήκης. Η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα.
Συζήτηση: Σε αντίθεση με τα κλινικά κριτήρια, η ευρεία χρήση σήμερα της διακολπικής υπερηχογραφίας και της Power Doppler υπερηχογραφίας σε συνδυασμό με τον ποσοτικό προσδιορισμό της β – χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης έχουν αυξήσει σημαντικά τη διαγνωστική ακρίβεια της νόσου. Υπερηχογραφικά ευρήματα, όπως είναι η απουσία ενδομήτριας κύησης, η παρουσία σάκου κύησης στην επιφάνεια ή στο εσωτερικό του φλοιού της ωοθήκης με ύπαρξη χαμηλής αντίστασης σήμα το οποίο είναι ξεχωριστό από την ωοθήκη και ενδεικτικό πλακουντιακής ροής αίματος συνηγορούν υπέρ της ωοθηκικής εγκυμοσύνης. Παρόλα αυτά όμως, η διάγνωση συνήθως τίθεται διεγχειρητικά, ενώ την επιβεβαίωση της διάγνωσης παρέχει μόνο η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος.

ΕΡ-29. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΟΚΛΟΠΗΣ ΔΙΔΥΜΩΝ. ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΜΕ ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΕΣ ΕΚΚΕΝΩΤΙΚΕΣ ΑΜΝΙΟΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΕΙΣ

Αναστασάκης Ε.*, Αντσακλής Π., Θεοδωρά Μ., Σύνδος Μ., Μεσογίτης Σ., Δασκαλάκης Γ.
Α' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», Αθήνα
** Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών*

Σκοπός: Η αξιολόγηση του περιγεννητικού αποτελέσματος σε περιπτώσεις συνδρόμου έμβρυο - εμβρυικής μετάγγισης (ΣΕΕΜ), μετά από εκσεσημασμένες επαναλαμβανόμενες μειώσεις του αμνιακού υγρού, σε ένα τριτοβάθμιο κέντρο εμβρυομητρικής ιατρικής.
Υλικό και μέθοδος: 32 δίδυμες κυήσεις με ΣΕΕΜ που αντιμετωπίστηκαν με επανειλημμένες εκσεσημασμένες εκκενωτικές αμνιοπαρακεντήσεις (ΕΕΕΑ). Υπήρξε αναδρομική σταδιοποίηση κατά Quintero, των περιστατικών και αξιολογήθηκε η προγνωστική αξία της σταδιοποίησης.
Αποτελέσματα: Κατά την δεκαετία 1995–2004, αντιμετωπίστηκαν 32 περιπτώσεις με ΣΕΕΜ. Η μέση ηλικία διάγνωσης ήταν 22 εβδομάδες κύησης (19-34 εβδ). Στο 45% των περιπτώσεων (14 κυήσεις) υπήρχε υπερηχογραφική διάγνωση του stuck twin ενώ δεν υπήρξε στο υλικό μας περιστατικό σταδίου V κατά τη προσέλευση. Πραγματοποιήθηκαν 81 εκκενωτικές αμνιοπαρακεντήσεις (2,6 ανά κύηση). Η μέση ηλικία κύησης κατά τη γέννηση ήταν 29+2 εβδομάδες (21-34 εβδ). Επιβίωσαν 45 από τα 64 έμβρυα (73%) κατά τη γέννηση και 36 από τα 64 (58%) κατά τη νεογνική περίοδο. Το μέσο διάστημα μεταξύ τελευταίας αμνιοπαρακέντησης και τοκετού ήταν 18 ημέρες (2-91 ημ). Η σοβαρή νευρολογική νοσηρότητα ανήλθε στο 11% (4 περιπτώσεις που απεβίωσαν). Η περιγεννητική θνησιμότητα ήταν ευθέως ανάλογη της σταδιοποίησης κατά την προσέλευση.
Συμπεράσματα: Η αντιμετώπιση του ΣΕΕΜ με ΕΕΕΑ εμφανίζει ικανοποιητική επιβίωση (73%) στο υλικό μας, ενώ οι νευρολογικές επιπλοκές ανήλθαν στο 11%. Κατά την άποψή μας οι ΕΕΕΑ αποτελούν την πρώτη θεραπευτική προσέγγιση ΣΕΕΜ σταδίου Ι και ΙΙ, στις περιπτώσεις οπού η κύηση δεν μεταπίπτει σε δυσμενέστερο στάδιο ή όταν η θεραπεία με laser δεν είναι εφικτή.

ΕΡ-30. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΟΡΦΩΜΑΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

Στρατουδάκης Γ., Μπαρμπουνάκη Σ., Πατραμάνη Σ., Tzitzikalakis C., Φουστέρη Ζ., Παπαδόσηφου Α., Δασκαλάκης Γ.

MD Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Γεν. Νοσοκομείου Χανίων Κρήτης

Σκοπός: Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων συντηρητικής αντιμετώπισης μορφωμάτων ωοθηκών, με καλοήθη υπερηχογραφική μορφολογία, σε ασυμπτωματικές προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Υλικά και μέθοδος: Μελετήθηκαν οι γυναίκες που διαγνώσθηκαν να έχουν ένα ή περισσότερα μορφώματα ωοθηκών την περίοδο 2009-2014. Οι γυναίκες είχαν εξεταστεί μέσα στα πλαίσια του τακτικού γυναικολογικού ελέγχου με διακολπικό υπερηχογράφημα. Στη μελέτη περιλήφθηκαν οι γυναίκες με τα παρακάτω χαρακτηριστικά: προεμμηνοπαυσιακές ασυμπτωματικές γυναίκες, διάγνωση εμμένουσας κύστης εξαρτήματος με καλοήθη μορφολογία στην απλή και Doppler υπερηχογραφία, τιμή Ca125 ορού <65 U/mL, μέγεθος μορφώματος <8 cm και χωρίς ορμονική θεραπεία ή αντισύλληψη. Ο επανέλεγχος στον υπέρηχο έγινε ανά 2μηνο για τα επόμενα 2 χρόνια και αν δεν υπήρχε μεταβολή ανά 6μηνο για τα επόμενα 2 χρόνια επίσης.

Αποτελέσματα: Η μελέτη περιέλαβε 66 γυναίκες με παρουσία συνολικά 92 μορφωμάτων στην αρχική εξέταση. Σε 35 μορφώματα (38%) είχαμε αυτόματη απορρόφηση (μέσος χρόνος αναμονής 18 μήνες). Σε 24 μορφώματα (26%) δεν είχαμε καμία αλλαγή στην υπερηχογραφική εξέταση (μέσος χρόνος παρακολούθησης 36 μήνες και εύρος 26-70 μήνες). Σε 33 μορφώματα (36%) είχαμε χειρουργική αφαίρεση και συγκεκριμένα σε 8 λόγω αύξησης του μεγέθους, σε 3 λόγω εμφάνισης και άλλης δεύτερης βλάβης, σε 3 λόγω αλλαγής της μορφολογίας και αύξησης του μεγέθους, σε 6 παράλληλα λόγω χειρουργείου για άλλες παθήσεις της μήτρας, σε 3 λόγω υποψίας συστροφής και σε 10 λόγω επιθυμίας της ασθενούς. Σε μια περίπτωση παρατηρήθηκε στάδιο Ια βλεννώδες κυστάδενοκαρκίνωμα και μια περίπτωση βλεννώδους όγκου οριακής κακοήθειας.

Συμπεράσματα: Σε ασυμπτωματικές προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με κύστες ωοθηκών με καλοήθη μορφολογικά χαρακτηριστικά μπορούμε να τις αντιμετωπίσουμε συντηρητικά και τακτική παρακολούθηση.

ΕΡ-31. ΤΑΧΕΙΑ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΚΥΣΤΗΣ ΩΧΡΟΥ ΣΩΜΑΤΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΠΟΥ ΕΦΕΡΕ ΣΠΕΙΡΑΜΑ ΛΕΒΟΝΟΡΓΕΣΤΡΕΛΗΣ

Δανιηλίδης Α.[1], Χατζησταματίου Κ.[1], Δαγκλής Θ.[2], Χατζηπαραδείση Κ.[1], Οικονόμου Ζ.[1], Τζαφέττας Μ.[1]

[1]Β' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Ιπποκρατίου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, [2]Γ' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Ιπποκρατίου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός περιστατικού υποτροπής κύστης ωχρού σωματίου σε νέα γυναίκα η οποία έφερε σπείραμα λεβονοργεστρέλης μετά από λαπαροσκοπική αφαίρεση της αρχικής κύστης.

Υλικό και μέθοδος: Γυναίκα 32 ετών προσήλθε αιτιώμενη οξύ άλγος υπογαστρίου με αιφνίδια εισβολή και ανταγάκλαση στην οσφύ. Το τεστ κύησης ήταν αρνητικό και το υπερηχογράφημα έσω γεννητικών οργάνων αποκάλυψε λεπτοτοιχωματική κύστη δεξιάς ωοθήκης διαμέτρου 8 cm με υπερηχοϊκό περιεχόμενο. Η διάγνωση που τέθηκε ήταν συστροφή κύστης ωοθήκης. Η γυναίκα, που έφερε σπείραμα λεβονοργεστρέλης για δύο χρόνια, υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική αφαίρεση της κύστης η ιστολογική εξέταση της οποίας έδειξε ότι επρόκειτο για κύστη ωχρού σωματίου. Μετά από 30 ημέρες από την επέμβαση επανεξετάστηκε και διαπιστώθηκε εκ νέου η παρουσία κύστης διαμέτρου 8 cm στη δεξιά ωοθήκη. Ακολουθήθηκε συντηρητική αγωγή με αντισυλληπτικά δισκία και το σπείραμα λεβονοργεστρέλης αφαιρέθηκε. Η ασθενής επανεξετάστηκε μετά από 30 ημέρες χωρίς να διαπιστωθεί παθολογικό εύρημα.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Η ανάπτυξη του ωχρού σωματίου υπό ορισμένες συνθήκες μπορεί να είναι ανώμαλη με αποτέλεσμα, αντί της υποστροφής του, την αύξηση του μεγέθους του ή το σχηματισμό κυστικού μορφώματος. Η υπερηχογραφική του απεικόνιση μπορεί να ποικίλλει παραπέμποντας σε άλλες παθολογικές οντότητες όπως απόστημα, έκτοπη κύηση, ενδομητρίωμα ή νεόπλασμα. Το σπείραμα της λεβονοργεστρέλης μπορεί να οδηγήσει στο σχηματισμό κυστικών μορφωμάτων >3cm σε 6-12 μήνες μετά την τοποθέτησή του σε 17.5-21.5% αντίστοιχα, αλλά στο συγκεκριμένο περιστατικό δεν μπορεί να αποδειχθεί ότι ο σχηματισμός της κύστης ήταν χωρίς αμφιβολία αποτέλεσμα του σπειράματος λεβονοργεστρέλης.

ΕΡ-32. ΤΡΙΠΛΑ ΑΡΝΗΤΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ. ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Σοφούδης Χ.[1], Μπακούλας Β.[1], Παπαιωάνου Γ.[2], Μπιλάλης Δ.[3]
[1]Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών "Αρεταίειο" Νοσοκομείο, [2]Ακτινολογικό Τμήμα Νοσοκομείο "Μητέρα", [3]Μαιευτήρας –Γυναικολόγος , Συνεργάτης Νοσοκομείου "Μητέρα"

Εισαγωγή: Η πρόοδος που έχει συντελεστεί στη μοριακή ιατρική καθώς και τη γενετική έχει οδηγήσει σε μια νέα κατηγοριοποίηση του καρκίνου του μαστού, της συχνότερης κακοήθειας στις γυναίκες. Η ταξινόμηση αυτή βασίζεται σε πρότυπα γονιδιακής έκφρασης και διακρίνονται 5 υπότυποι: τα καρκινώματα μαστού αυλικού τύπου Α, αυλικού τύπου Β, τύπου φυσιολογικού μαστού, HER2 και βασικού τύπου. Τα καρκινώματα μαστού βασικού τύπου αποτελούν ένα μοριακό υπότυπο καρκινωμάτων που χαρακτηρίζονται από την έκφραση πρωτεϊνών,χαρακτηριστικών των βασικών/μυοεπιθηλιακών κυττάρων του μαστού. Το κύριο γνώρισμά τους είναι η απουσία έκφρασης των ορμονικών υποδοχέων (ER, PR) και του υποδοχέα HER-2, ο λεγόμενος «τριπλά αρνητικός» φαινότυπος, σε συνδυασμό με την έκφραση των κυτοκερατινών υψηλού μοριακού βάρους (όπως οι CK5/6, CK14 και CK17) και του EGFR. Τα καρκινώματα μαστού βασικού τύπου ονομάστηκαν έτσι, επειδή τα καρκινικά κύτταρα εκφράζουν γονίδια που κωδικοποιούν για πρωτεΐνες, οι οποίες απαντώνται κυρίως στα βασικά/μυοεπιθηλιακά κύτταρα του φυσιολογικού μαστού. Ένα βασικό χαρακτηριστικό αυτού του τύπου όγκων είναι ο λεγόμενος τριπλά αρνητικός φαινότυπος. Συγκεκριμένα, τα περισσότερα καρκινώματα μαστού βασικού τύπου στερούνται έκφρασης των ορμονικών υποδοχέων ER και PR καθώς και του υποδοχέα 2 του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα (HER2).
Συζήτηση: Τα χαρακτηριστικά των καρκινωμάτων μαστού βασικού τύπου (αρνητικότητα για τους ER, PR και HER2, υψηλός ιστολογικός βαθμός κακοηθείας και μεγάλο μέγεθος όγκου) φανερώνουν επιθετική βιολογική συμπεριφορά και στις περισσότερες των περιπτώσεων σχετίζονται με φτωχή ολική επιβίωση των ασθενών. Είναι εμφανές, πως η κλασική ορμονική θεραπεία (π.χ. ταμοξιφαίνη) δεν επιφέρει κάποιο ουσιαστικό όφελος στις γυναίκες με τέτοιου τύπου καρκινώματα μαστού, ούτε και η μονοκλωνική θεραπεία με τη χρήση αντισωμάτων έναντι του υποδοχέα HER2 (π.χ. trastuzumab). Η θεραπευτική αντιμετώπιση, επομένως, χρειάζεται να στραφεί προς άλλες κατευθύνσεις. Η συχνή έκφραση του υποδοχέα EGFR στα καρκινώματα μαστού βασικού τύπου υποδηλώνει, πως η στοχευμένη θεραπεία έναντι αυτού του μορίου, είτε με μονοκλωνικά αντισώματα (cetuximab) είτε με αναστολείς τυροσινικών κινασών (gefitinib), μπορεί ενδεχομένως να προσφέρει όφελος στις ασθενείς, αν και η αποτελεσματικότητα αυτής της προσέγγισης εξετάζεται ακόμα σε κλινικές δοκιμές. Άλλοι παράγοντες που βρίσκονται ήδη σε κλινικές δοκιμές για την αντιμετώπιση ασθενών με καρκινώματα μαστού βασικού τύπου, οι οποίοι έχουν δείξει σημαντική ανταπόκριση, είναι η χρήση χημειοθεραπευτικών παραγόντων που προκαλούν βλάβες στο DNA (π.χ αναστολείς της πολυμεράσης της πολύ-ADP-ριβόζης) (PARP).
Συμπέρασμα: Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός, πως υπάρχουν αρκετές πτυχές, που δεν έχουν διευκρινιστεί πλήρως, όπως είναι ο ακριβής προσδιορισμός και η ταυτοποίησή τους, τα καρκινώματα μαστού με τριπλά αρνητικό φαινότυπο παραμένουν στο επίκεντρο της προσοχής των κλινικών ιατρών. Η ενδελεχής συνεργασία παθολογοανατόμων χειρουργών μαστού, ακτινολόγων και ογκολόγων μπορεί να επιφέρει σημαντικές αλλαγές στην αντιμετώπιση αυτών των.

ΕΡ-33. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΔΙΠΛΑΣΙΑΣΜΟΥ ΤΟΥ ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Τσιτσής Β., Τσοκάκη Θ., Δημητρακόπουλος Σ., Γαλανοπούλου Σ.
Γενικό Νοσοκομείο Ηλείας-Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου

Σκοπός: Να παρουσιαστεί σπάνιο περιστατικό διπλασιασμού του σιγμοειδούς σε έμβρυο, αναγνωρισθέν υπερηχογραφικά στο τρίτο τρίμηνο κύησης. Ο διπλασιασμός του εμβρυϊκού εντέρου αποτελεί σπάνια συγγενή ανωμαλία μερικής ή πλήρους παράλληλης ανάπτυξης ενός τμήματος του εντέρου, με κυστική ή σωληνοειδή μορφή. Το τοίχωμα του διπλασιασμού έχει κοινή αγγειακή παροχή με το αρχέγονο έντερο και αποτελείται από μία λεία μυϊκή στιβάδα που καλύπτεται από επιθήλιο εντερικού τύπου. Περίπου στο ένα τρίτο των βρεφών με εντερικούς διπλασιασμούς ανευρίσκονται συνοδές ανωμαλίες.
Παρουσίαση περιστατικού: Υπερηχογράφημα την 35η εβδομάδα κύησης στο θήλυ έμβρυο δευτεροτόκου 33-χρονης γυναίκας αποκάλυψε απλό μονόχωρο σχηματισμό 4 εκατοστών στην κοιλία, αριστερά του στομάχου με επέ-

κταση στην πύελο. Αξιολογήθηκε πιθανώς ως κύστη ωοθήκης και στις 39 εβδομάδες γεννήθηκε κολπικά θήλυ 3674γρ. Το νεογνό υποβλήθηκε σε υπερηχογράφημα, το οποίο δεν κατέληξε σε οριστική διάγνωση. Διερευνητική λαπαροτομία διενεργήθηκε την 6η ημέρα ζωής, όπου και εξαιρέθηκε κυστικός σχηματισμός σε άμεση επαφή με το σιγμοειδές κόλον. Η κύστη επικοινωνούσε με το σιγμοειδές μέσω ενός αγγειακού μίσχου, φέρων σημάδια χρόνιας φλεγμονής. Η ιστοπαθολογική εξέταση έθεσε τη διάγνωση του έμμισχου κυστικού διπλασιασμού του σιγμοειδούς, συστραφέντος και νεκρωθέντος. Το βρέφος είναι σήμερα 15 μηνών με καλή υγεία.

Συμπεράσματα:

- 40% των εντερικών διπλασιασμών αφορούν στον ειλεό. Λιγότερο συχνά, στο παχύ εντέρο ή το ορθό (4-18%).
- Διαφορική διάγνωση: κύστεις ωοθηκών / επιπλόου / μεσεντερίου
- Το παχύ μυϊκό τοίχωμα, που υπάρχει στον εντερικό διπλασιασμό, βοηθά στη διαφορική διάγνωση.
- Η χειρουργική εκτομή είναι σχεδόν πάντα επιβεβλημένη για την πρόληψη επιπλοκών (αιμορραγία, διάτρηση ή απόφραξη εντέρου).
- Η προγεννητική υπερηχογραφική διάγνωση δύναται να οδηγήσει σε ταχεία αξιολόγηση και άμεση χειρουργική αντιμετώπιση.

ΕΡ-34. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ

Θεοδωρά Μ.[1], Μπλάνας Κ.[2], Αντσακλής Π.[1], Σύνδος Μ.[1], Μεσογίτης Σ., Δασκαλάκης Γ.[1]

[1]Τμήμα Προγεννητικού Ελέγχου, Α' Μαιευτική- Γυναικολογικη Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, [2]Ιδιώτης Γυναικολόγος Μαιευτήρας, Αθήνα

Σκοπός: Να παρουσιαστεί μία όλο και αυξανόμενη σε συχνότητα κλινική οντότητα, αυτή της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος σε θέση άλλη από αυτή της καισαρικής τομής και ο ρόλος του γυναικολόγου στην διάγνωση.

Υλικά και μέθοδος: Παρουσιάζονται δύο περιπτώσεις υπερηχογραφικής διάγνωσης ενδομητριωσικών οζιδίων του ορθού κοιλιακού μυός τα οποια διαγνώστηκαν σε ασθενείς που προσήλθαν με ακαθόριστα κοιλιακά άλγη κατά την προεμμηνορυσιακή περιόδο. Βασικό σύμπτωμα και των δύο ασθενών ήταν το ακαθόριστο διάχυτο κοιλικό άλγος το οποία παρουσίαζε αυξανόμενη ένταση πριν την περίοδο. Επιπλέον οι ασθενείς ανέφεραν ψηλαφητό κοιλιακό μόρφωμα πριν την περίοδο. Ανέφεραν επαναλαμβανόμενες νοσηλείες σε χειρουργικές και γαστρεντερολογικές κλινικές λόγω του περιοδικού άλγους. Και οι δύο ανέφεραν καισαρική τομή. Ωστόσο τόσο ο πόνος όσο και το ψηλαφητό μόρφωμα εστιαζόνταν σε υψηλότερο σημείο της κοιλιακής χώρας.

Οι ασθενείς υπεβληθησαν σε υπερηχογραφική εξέταση όπου διαπιστώθηκε η ύπαρξη υποηχογενούς μορφώματος με αιμορραγικούς χαρακτήρες. Η απεικονιστική εξέταση ολοκληρώθηκε με μαγνητική τομογραφία κοιλιακού τοιχώματος και η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με ιστολογική εξέταση μετά την χειρουργική εξαίρεση του μορφώματος.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Λόγω της αύξησης της επίπτωσης της καισαρικής τομής , τα περιστατικά ενδομητριώσης του κοιλιακού τοιχώματος εμφανίζονται όλο και συχνότερα. Λόγω της περιοδικότητας του πόνου και της συσχέτισης του με την έμμηνο ρύση της ασθενούς, ο γυναικολόγος συχνά έρχεται 'αντιμέτωπος' με την κλινική αυτή οντότητα. Η ορθή λήψη του ιστορικού αλλά κυρίως η υπερηχογραφική απεικόνιση μπορεί να οδηγήσει στην σωστή διάγνωση και να αποφευχθεί η ταλαιπωρία της ασθενούς.

ΕΡ-35. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΝΕΓΚΕΦΑΛΙΑΣ ΣΕ ΚΥΗΣΗ 14 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Παναγιωτόπουλος Δ., Πετράκος Γ, Κανελλοπούλου Α., Φιλοπούλου Κ., Μπουντουβάς Δ., Αλχαζίδου Ε., Νταγκλή Α.

Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Καλαμάτας

Εισαγωγή: Η αναγκεφαλια είναι μια διαταραχή του νευρικού σωλήνα του εμβρύου κατά την οποία απουσιάζουν τα οστά του εγκεφαλικού κρανίου και ο εγκέφαλος παρουσιάζεται σαν μια σπογγώδης αγγειακή μάζα ενώ συνήθως συνυπάρχει και ραχιόσχιση. Προκαλείται από ατελή σύγκλιση του νευρικού σωλήνα στην 3η με 4η εβδομάδα της ενδομήτριας ζωής. Η απουσία κρανιακού θόλου και η έκθεση του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου στο αμνιακό υγρό έχει ως αποτέλεσμα την εκφύλισή του και τη σταδιακή μετάβαση στην ανεγκεφαλία. Απαντάται σε 1 στις

1000 γεννήσεις, η εμφάνιση της νόσου είναι σποραδική χωρίς να υπάρχει σαφές πρότυπο κληρονομικότητας. Έχουν ενοχοποιηθεί επίσης η έλλειψη φυλλικού οξέος, η λήψη αντιεπιληπτικών φαρμάκων από τη μητέρα και η έκθεση σε τοξικά μέταλλα όπως μόλυβδο, νικέλιο και χρώμιο.
Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού εμβρύου 14 εβδομάδων με ανεγκεφαλία.
Υλικό και μέθοδος: Εγκυμονούσα 19 ετών, πρωτοτόκος, 14 εβδομάδων προσήλθε στην κλινική μας αιτιώμενη κολπικό καύσος και κολπικά υγρά. Η ασθενής δεν είχε προβεί σε υπερηχογράφημα Α επιπέδου. Είναι καπνίστρια ενώ για την εγκυμοσύνη λάμβανε 400 μg φυλλικού οξέος ημερησίως. Κατά το υπερηχογραφικό έλεγχο που διενεργήθηκε για την ακρόαση της εμβρυϊκής καρδιάς και τη μέτρηση του κεφαλουραίου μήκους του εμβρύου διαπιστώνεται θετική καρδιακή λειτουργία, απουσία των οστών του εγκεφαλικού κρανίου και CRL αντιστοιχούσα σε 12 εβδομάδων κύημα. Γίνεται ενημέρωση των γονέων για την κατάσταση του εμβρύου και αποφασίζεται η διακοπή της κύησης. Κατά τη μακροσκοπική εξέταση του εμβρύου επιβεβαιώνεται η ανεγκεφαλία ενώ διαπιστώνεται και ραχιόσχιση.
Συμπεράσματα: Η ανεγκεφαλιά είναι μια βαριά ανωμαλία του κεντρικού νευρικού συστήματος που συνήθως δεν είναι συμβατή με τη ζωή. Η δυνατότητα που έχουμε για διάγνωση της συγκεκριμένης ανωμαλίας με τη χρήση των υπερήχων και με τη μέτρηση της α-FP δίνουν το πλεονέκτημα της έγκαιρης ενημέρωσης των γονέων και την επιλογή της διακοπής της κύησης.

EP-36. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ DANDY-WALKER: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Παναγιωτόπουλος Δ., Πετράκος Γ., Κανελλοπούλου Α, Φιλοπούλου Κ., Αλχαζίδου Ε., Νταγκλή Α.
Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Καλαμάτας

Εισαγωγή: Το σύνδρομο dandy-walker είναι μια συγγενής δυσπλασία του εγκεφάλου. Συνίσταται σε απουσία του σκώληκα της παρεγκεφαλίδας και διάταση της τέταρτης κοιλίας του εγκεφάλου. Είναι μια σπάνια ανωμαλία που απαντάται σε 1 στις 30.000 γεννήσεις. Η κλινική του εικόνα έχει μεγάλο εύρος και περιλαμβάνει καθυστέρηση της κινητικής ανάπτυξης, αταξία, σπαστική παραπληγία, υδροκέφαλο με σημεία αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης, νευροαισθητήρια βαρηκοΐα και προβλήματα όρασης. Δεν έχει βρεθεί ισχυρή συσχέτιση με συγκεκριμένη χρωμοσωμική ανωμαλία. Η εμφάνιση του συνδρόμου είναι σποραδική και δεν ακολουθεί συγκεκριμένο πρότυπο κληρονομικότητας. Σήμερα είναι δυνατή η προγεννητική διάγνωση του συνδρόμου με τη χρήση υπερήχων και MRI.
Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού εμβρύου 21 εβδομάδων με σύνδρομο dandy-walker.
Υλικό και μέθοδος: πρωτοτόκος 21 εβδομάδων, 32 ετών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, μη-καπνίστρια, προσέρχεται στον τακτικό έλεγχο της εγκυμοσύνης όπου διαπιστώνεται διάταση της τέταρτης κοιλίας του εγκεφάλου. Από τον υπερηχογραφικό έλεγχο α τριμήνου η αυχενική διαφάνεια είναι 1,7 mm και οι τιμές τις ελεύθερης β-hcg (18 iu/l) και της papp-a (1,6 iu/l) διαμορφώνουν χαμηλό κίνδυνο για τρισωμίες 21, 18, και 13. Το υπερηχογράφημα β επιπέδου επιβεβαιώνει το εύρημα. Γίνεται σύσταση για διενέργεια MRI εμβρύου όπου και διαπιστώνεται έλλειμμα του μεγαλύτερου τμήματος του σκώληκα της παρεγκεφαλίδας και ευρεία επικοινωνία της τέταρτης κοιλίας με την παρεγκεφαλιδονωτιαία δεξαμενή, ευρήματα που συνηγορούν υπέρ της διάγνωσης του συνδρόμου dandy-walker. Οι γονείς ενημερώθηκαν για τη νόσο και αποφάσισαν τη διακοπή της κύησης.
Συμπεράσματα: Το σύνδρομο dandy-walker είναι μια ανωμαλία του κεντρικού νευρικού συστήματος που μπορεί να εντοπιστεί με τη χρήση των υπερήχων. Η έγκαιρη διάγνωση του συνδρόμου και η κατάλληλη γενετική συμβουλευτική δίνει τη δυνατότητα της επιλογής στους γονείς για την πορεία της εγκυμοσύνης.

EP-37. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΥΣΤΡΑΦΕΝΤΟΣ ΥΠΟΡΟΓΟΝΙΟΥ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Θανασάς Ι.[1], Παπαβασιλείου Σ.[2], Τσαγκούλης Ν.[3]
[1]Επιμελητής Α' Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα
[2]Ειδικευόμενη Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα
[3]Ειδικευόμενος Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

Εισαγωγή: Τα λειομυώματα είναι τα συχνότερα καλοήθη νεοπλάσματα της μήτρας. Ανευρίσκονται περίπου στο 20% - 50% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας. Γενικά, υπολογίζεται ότι οι περισσότερες γυναίκες (ποσοστό

μεγαλύτερο του 60%) στο τέλος της 5ης δεκαετίας της ζωής τους εμφανίζουν λειομυώματα. Ανάλογα με την ανατομική τους θέση σε σχέση με το σώμα της μήτρας τα ινομυώματα διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: τοιχωματικά, υπορογόνια και υποβλενογόνια. Σημαντική αύξηση του μεγέθους των υπορογόνιων και υποβλεννογόνιων ινομυωμάτων συνεπάγεται την εμφάνιση μισχωτών και τεχθέντων όγκων της μήτρας, αντίστοιχα.
Περιγραφή περίπτωσης: Ασθενής αναπαραγωγικής ηλικίας με γνωστό ιστορικό ινομυώματος στη μήτρα προσήλθε στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία με συμπτωματολογία οξείας κοιλίας. Κλινικά διαπιστώθηκε η ύπαρξη συμπαγούς επώδυνης πυελικής μάζας. Με τον απεικονιστικό έλεγχο ενισχύθηκε η κλινική διάγνωση του συστραφέντος υπορογόνιου ινομυώματος της μήτρας και εκτελέσθηκε επείγουσα λαπαροτομία και ινομυωματεκτομία. Μετά από νοσηλεία 5 ημερών και ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής έχουσα καλώς εξήλθε από την κλινική μας.
Συζήτηση: Σε αντίθεση με τα κλινικά κριτήρια, η συμβολή των σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων στη διάγνωση των υπορογόνιων ινομυωμάτων της μήτρας φαίνεται να είναι περισσότερο καθοριστική. Το διακοιλιακό, και ιδιαίτερα το διακολπικό υπερηχογράφημα καθώς και η Doppler υπερηχογραφική απεικόνιση της πυέλου έχουν καλά τεκμηριωθεί στις μέρες μας ως το καλύτερο διαγνωστικό μέσο για τις πυελικές οργανικές μάζες, αλλά στη διαγνωστική προσέγγιση των υπορογόνιων λειομυωμάτων της μήτρας φαίνεται να συναντούν ιδιαίτερες δυσκολίες στη διαφορική διάγνωση από άλλους ωοθηκικούς όγκους. Το ίνωμα και το θήκωμα της ωοθήκης, όπως και τα ωοθηκικά λειομυώματα αποτελούν τις πιο σημαντικές νοσολογικές οντότητες που θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση των υπορογόνιων λειομυωμάτων της μήτρας.

ΕΡ-38. ΦΥΛΛΟΕΙΔΕΣ ΚΥΣΤΕΟΣΑΡΚΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Σοφούδης Χ., Μπακούλας Β.
Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών "Αρεταίειο" Νοσοκομείο

Εισαγωγή: Ο φυλλοειδής όγκος του μαστού (ΦΟΜ), είναι σχετικά σπάνιος (<0.5% των κακοηθειών μαστού) και αποτελείται από στρωματικά και επιθηλιακά στοιχεία. Εμφανίζεται σε μεγαλύτερη ηλικία συγκριτικά με το ινοαδένωμα και σε μικρότερη από το διηθητικό λοβιακό και πορώδες καρκίνο του μαστού. Η μέση ηλικία τη στιγμή της διάγνωσης είναι περίπου 40-45 έτη. Η αιτιοπαθογένεια του ΦΟΜ είναι άγνωστη, εκτός από το σύνδρομο Li Fraumeni, δεν υπάρχει άλλος προδιαθεσικός παράγοντας που να έχει συνδεθεί με τον όγκο. Κάποιοι συγγραφείς υποστηρίζουν πως ο ΦΟΜ προκύπτει από καλόηθες επιθηλιακό ινοαδένωμα, λόγω της ιστολογικής και μοριακής ομοιότητας τους. Γενικά έχουν προταθεί ένας αριθμός γενετικών οδών στην παθογένεση του ΦΟΜ, που περιλαμβάνει ορμονικούς υποδοχείς, πρωτεΐνες του κυτταρικού κύκλου, παράγοντες αγγειογένεσης, υποδοχείς τυροσινικής κινάσης και στρωματικές μεταλλοπρωτεάσες.
Συζήτηση: Η επικρατέστερη θεωρία υποστηρίζει ένα μοντέλο όπου ο ΦΟΜ περιλαμβάνει συσχετίσεις μεταξύ του επιθηλίου και του στρώματος που χάνονται με την εξέλιξη σε κακοήθεια, έτσι ώστε η ανάπτυξη του στρώματος να γίνει αυτόνομη από αυτή του επιθηλίου. Η απώλεια της αλληλεξάρτησης επιθηλίου-στρώματος, η υπερανάπτυξη του στρώματος και η αγγειογένεση, φαίνεται πως σχετίζονται με την εξέλιξη σε κακοήθεια. Επίσης, έχουν ενοχοποιηθεί κάποιες χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Παρόλα αυτά, η προέλευση του ΦΟΜ είναι ακόμα συζητήσιμη. Το κύριο, όμως, χαρακτηριστικό που τον κάνει να ξεχωρίζει είναι το συνήθως μεγάλο μέγεθος του και η ταχύτητα με την οποία αυξάνεται. Ο φυλλοειδής όγκος ταξινομείται ανάλογα με τα ιστολογικά χαρακτηριστικά σε καλοήθεις, οριακού τύπου και κακοήθεις υποτύπους. Ο συνδυασμός περισσοτέρων των δύο τέτοιων παραμέτρων (κυτταροβρίθεια, υπερανάπτυξη, ατυπία μιτωτική δραστηριότητα στρώματος, νέκρωση, ετερόλογα στοιχεία, χειρουργικά όρια) είναι απαραίτητος για την ακριβέστερη ταξινόμηση και πρόβλεψη της περαιτέρω πορεία τους. Το φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα διαφέρει απ' όλες σχεδόν τις άλλες μορφές καρκίνου του μαστού, διότι δεν αναπτύσσεται στον επιθηλιακό ιστό και για το λόγο αυτό καλείται σάρκωμα. Συνήθως όμως αναπτύσσεται γρήγορα και φτάνει σε πολύ μεγαλύτερο μέγεθος ενώ εμφανίζεται σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας (40-50 ετών). Αποτελεί ιδαίτερη παθολογανατομική οντότητα και περιέχει τόσο επιθηλιακής όσο και μεσεγχυματικής προέλευσης στοιχεία. Αποτελεί ένα ινοεπιθηλιακό νεόπλασμα του μαστού με ήπια βιολογική συμπεριφορά τις περισσότερες φορές. Σε περιορισμένες φορές έχει παρατηρηθεί κακοήθης εξαλλαγή του στρώματος συνοδευόμενη με επιθετική βιολογική συμπεριφορά. Η όλη αρχιτεκτονική (φυλλοειδής) και μορφολογική του έκφραση (άφθονο στρώμα) αποκλείουν τη περίπτωση ινοαδενώματος, ένα κοινό επιθηλιακό νεόπλασμα με πολλές ομοιότητες σε κλινικό, μαστογραφικό και κυτταρολογικό επίπεδο, χαρακτηρισμός συχνά αποδιδόμενος, προεγχειρητικά, σε κάθε περίπτωση περιγραπτού ογκιδίου. Ως προς το είδος της θεραπευτικής αντιμετώπισης, το ερώτημα που τίθεται

είναι οι πολλές φορές συνύπαρξη in situ καρκινώματος με φυλλοειδή όγκο. Το πρώτο μέλημα στη θεραπεία των φυλλοειδών κυστεοσαρκωμάτων είναι η πλήρης αφαίρεση τους με ευρεία εκτομή ώστε να αποφευχθούν, κατά το δυνατόν, οι μελλοντικές υποτροπές. Μαστεκτομή ενδείκνυται μόνο στις περιπτώσεις ιδιαίτερα ευμεγέθων όγκων που δεν επιτρέπουν τη διατήρηση του μαζικού αδένα καθώς και στις περιπτώσεις υποτροπών χαμηλού και υψηλού βαθμού κακοήθειας κυστεοσαρκωμάτων. Παρόλα αυτά η τοπική υποτροπή της νόσου είναι μεγάλη σε κακοήθεις μορφές. Επίσης, 22% των κακοηθών όγκων δίνουν απομακρυσμένες αιματογενείς μεταστάσεις, με την πιο συνήθη εστία αυτή του πνεύμονος. Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας παραμένει αδιευκρίνιστος.

Συμπέρασμα: Ο φυλλοειδής όγκος (ΦΟ) αποτελεί μία σπάνια νοσολογική οντότητα του μαζικού αδένα που χαρακτηρίζεται από την αύξηση του εν λόγω μαζικού αδένα σε σύντομο χρονικό διάστημα. Χαρακτηρίζεται από συνδυασμό ανάπτυξης επιθηλιακών στοιχείων και στρώματος με καθολική υπεροχή του τελευταίου. Η πρώιμη αναγνώριση και η ενδελεχής αντιμετώπιση –προς αποφυγή επέκτασης της νόσου και δημιουργίας απομακρυσμένων μεταστάσεων –αποτελούν θεμέλιους λίθους αντιμετώπισης της νόσου.

ΕΡ-39. ΔΙΑΤΑΣΗ ΠΛΑΓΙΩΝ ΚΟΙΛΙΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ

Θεοδωρά Μ., Ασημακόπουλος Γ., Αντσακλής Π., Σύνδος Μ., Μεσογίτης Σ., Δασκαλάκης Γ.
Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής και Υπερήχων, Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΠΝΑ «Αλεξάνδρα»

Σκοπός: Ο σκοπός αυτής της αναδρομικής μελέτης είναι να παρουσιασθεί η έκβαση εμβρύων με διάταση των πλαγίων κοιλιών του εγκεφάλου (κοιλιομεγαλία).

Υλικό - Μέθοδος: Η αναδρομική αυτή μελέτη περιλαμβάνει 305 περιπτώσεις εμβρύων που διαγνώστηκαν με διάταση των πλαγίων κοιλιών (κοιλιομεγαλία) στο τμήμα προγεννητικού ελέγχου στο Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα».

Αποτελέσματα: Εξετάσθηκαν 305 έμβρυα που διαγνώστηκαν με διάταση των πλαγίων κοιλιών. Ενενήντα εννέα (32,4%) είχαν ήπια κοιλιομεγαλία (9.5-11.9mm), εκατόν ενενήντα οκτώ (65%) με μέτρια κοιλιομεγαλία (12-15mm) και 8 (2,6%) με σοβαρή (>15,1mm). Στην μεγάλη πλειοψηφία του η διάταση ήταν αμφοτερόπλευρη. Χρωμοσωματική ανωμαλία διαγνώσθηκε σε 4 έμβρυα. Διακοπή κύησης λόγω χρωμοσωματικής ανωμαλίας ή συνοδών ανωμαλιών έγινε σε 15 περιπτώσεις. Σημειώθηκε ένας ενδομήτριος θάνατος και διακόσια ενενήντα έμβρυα γεννήθηκαν. Όλα τα έμβρυα είχαν υποβληθεί σε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου άμεσα μετά την διάγνωση της κοιλιομεγαλίας. Η συμφωνία στην διάγνωση μεταξύ υπερηχογραφήματος και μαγνητικής τομογραφίας ήταν 98%.

Συμπέρασμα: Η διάταση των πλαγιών κοιλιών είναι ένα συχνό εύρημα στο υπερηχογράφημα ανατομίας στο δεύτερο τρίμηνο το οποίο προκαλεί άγχος στο ζευγάρι. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει έλεγχο καρυοτύπου, έλεγχο συγγενών λοιμώξεων (ιδιαίτερα CMC και ιών ομάδας Coxsackie) και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Στην πλειοψηφία των περιστατικών, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις ήπιας διάτασης, το περιγεννητικό αποτέλεσμα είναι καλό.

ΕΡ-40. ΑΤΡΗΤΟΣ ΠΑΡΘΕΝΙΚΟΣ ΥΜΕΝΑΣ ΜΕ ΑΙΜΑΤΟΚΟΛΠΟΜΗΤΡΑ. ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΧΡΗΣΗ 2D ΚΑΙ 3D ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ζαχαράκης Δ., Ντόμαλη Α., Αντσακλής Π., Θεοδωρά Μ., Σύνδος Μ., Δασκαλάκης Γ., Λουτράδης Δ.
Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ Αλεξάνδρα

Εισαγωγή: Η ατρησία του παρθενικού υμένα, αποτελεί την πιο συχνή συγγενή ανωμαλία του γυναικείου γεννητικού συστήματος. Η διάγνωση συνήθως τίθεται από το ιστορικό με το χαρακτηριστικό κυκλικό πόνο, την πρωτοπαθή αμηνόρροια και την ψηλαφητή μάζα στην πύελο. Το διακοιλιακό υπερηχογράφημα αν και βοηθά στη διάγνωση, αρκετές φορές δεν είναι ικανό να εντοπίσει άλλες συνυπάρχουσες συγγενείς ανωμαλίες του κατώτερου γεννητικού συστήματος.

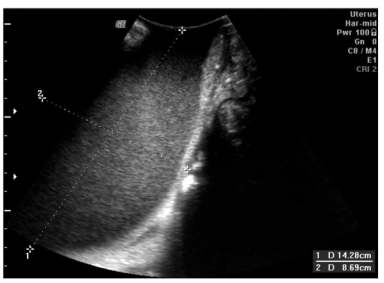
Παρουσίαση περίπτωσης: Κορίτσι ηλικίας 11 ετών παρεπέμφθη στο Τμήμα Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας της Κλινικής μας με την πιθανή διάγνωση ωοθηκικού όγκου, λόγω της ύπαρξης πυελικής μάζας στο διακοιλιακό υπερηχογράφημα. Η ίδια παραπονιόταν για κυκλικό πόνο, ο οποίος είχε ξεκινήσει από εξαμήνου. Παρότι η ανάπτυξη των μαστών και η τριχοφυία αντιστοιχούσαν σε στάδιο 3 κατά Tanner δεν υπήρχε έναρξη εμμηνορυσίας. Το διακοιλιακό υπερηχογράφημα έδειξε διάταση του κόλπου και της μήτρας (εικόνα 1). Μετά από ούρηση

διενεργήθηκε διαπερινεικό υπερηχογράφημα το οποίο έδειξε τη ύπαρξη πυελικής μάζας διαστάσεων 142 χ 87 χιλ.(εικόνα 2). Η μάζα περιείχε αιμορραγικό περιεχόμενο, ενώ το 3D υπερηχογράφημα επιβεβαίωσε την απουσία εγκάρσιου διαφράγματος στο κατώτερο τμήμα του κόλπου (εικόνα 3). Η ασθενής υποβλήθηκε σε διατομή του παρθενικού υμένα υπό γενική αναισθησία. Δώδεκα μήνες αργότερα ανέφερε φυσιολογική έμμηνο ρύση.

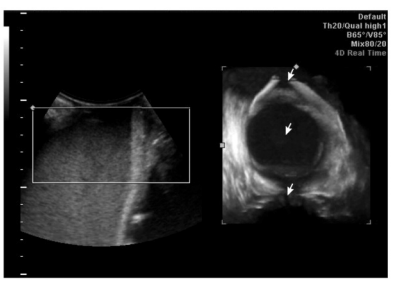
Συμπέρασμα: Με τη χρήση του διαπερινεικού υπερηχογραφήματος έγινε εφικτή η διάγνωση της ατρησίας του παρθενικού υμένα. Το διαπερινεικό υπερηχογράφημα είναι μια εξαιρετική εναλλακτική λύση σε περιπτώσεις όπου δεν είναι δυνατή η διακολπική προσπέλαση. Επίσης επιτρέπει τη διαφορική διάγνωση του άτρητου παρθενικού υμένα από το εγκάρσιο κολπικό διάφραγμα βοηθώντας έτσι στην κατάλληλη κλινική αντιμετώπιση.

Εικόνα 1

Εικόνα 2



Εικόνα 3



ΕΡ-41. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΟΥΣ ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΕΚΤΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Μολέ Ι., Ασημακόπουλος Γ., Τάκου Μ., Αντσακλής Π., Θεοδωρά Μ., Σίνδος Μ., Δασκαλάκης Γ.
Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ Αλεξάνδρα

Εισαγωγή: Η οικογενής λεμφαγγειεκτασία είναι μια σπάνια συστηματική δυσπλασία του λεμφικού συστήματος που προσβάλλει κυρίως παιδιά και νέους ενήλικες και η αιτιοπαθολογία της δεν είναι πλήρως κατανοητή. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό συνύπαρξης της νόσου με κύηση.

Παρουσίαση περιστατικού: Έγκυος 19 ετών, πρωτοτόκος κατά την 16η εβδομάδα κύησης, προσήλθε στο νοσοκομείο μας λόγω διάχυτου κοιλιακού άλγους με εμέτους και διαρροϊκές κενώσεις. Ατομικό αναμνηστικό: ετερόζυγος β μεσογειακή αναιμία. Εκ του υπερηχογραφικού ελέγχου προέκυψε ασκίτης, αυξημένη ροή στη πυλαία φλέβα, χωρίς διάταση ενδοηπατικών και εξωηπατικών χοληφόρων με περινεφρική συλλογή υγρού και πολλαπλές παρακαλυκικές κύστεις αμφοτερόπλευρα. Περαιτέρω διευρένηση με μαγνητική τομογραφία κοιλίας έθεσε την υπόνοια της οικογενούς λεμφαγγειεκτασίας, λόγω παρόμοιου ιστορικού στην αδελφή της ασθενούς. Υποβλήθηκε σε παρακέντηση ασκιτικού υγρού (αρνητικό για κακοήθεια). Η ασθενής τέθηκε υπό νεφρολογική και περαιτέρω μαιευτική παρακολούθηση με τακτικό υπερηχογραφικό και αιματολογικο-βιοχημικό έλεγχο. Της συνεστήθη δίαιτα πλούσια σε λευκώματα λόγω υπολευκωματιναιμίας. Υποβλήθηκε σε επαναληπτικές παρακεντήσεις του ασκιτικού υγρού έως την 38η εβδομάδα κύησης, οπότε και γέννησε ένα άρρεν νεογνό σωματικού βάρους 3250 γρ, με καισαρική τομή κατά την οποία αφαιρέθηκαν 6 λίτρα ασκιτικού υγρού. Η μετεγχειρητική της πορεία ήταν ομαλή και εξήλθε την 6η ημέρα. Έκτοτε παραμένει σε παθολογική/γαστρεντερολογική παρακολούθηση.

Συμπέρασμα: Η οικογενής λεμφαγγειεκτασία αν και σπάνια θα πρέπει να είναι γνωστή στους μαιευτήρες. Η συνεργασία με γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, όπως παθολόγους, γαστρεντερολόγους και νεφρολόγους είναι σημαντική κατά τη διάρκεια της κύησης για να επιτευχθεί καλό περιγεννητικό αποτέλεσμα.

ΕΡ-42. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ 4-D ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΣΕ ΚΥΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΠΙΠΛΕΚΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Αντσακλής Π.[1], Δασκαλάκης Γ.[1], Θεοδωρά Μ.[1], Κούκη Σ.[2], Σύνδος Μ.[1], Αναστασίου Ε.[2], Λουτράδης Δ.[1]
[1]Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής & Υπερήχων, Α' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» [2]Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα»

Σκοπός: Να εξετάσουμε κατά πόσο η μελέτη της νευρολογικής συμπεριφοράς των εμβρύων με τη χρήση της 4-D υπερηχογραφίας, μπορεί να δείξει διαφορές μεταξύ κυήσεων που επιπλέκονται από ΣΔ και κυήσεις χωρίς ΣΔ και κατά πόσο οι διαφορές αυτές επηρεάζονται από τα επίπεδα σακχάρου.
Μέθοδοι: Μία προοπτική μελέτη διάρκειας 12 μηνών, όπου με την εφαρμογή του τεστ KANET (Kurjak antenatal neurodevelopmental test) έγινε μελέτη της νευρολογικής συμπεριφοράς των εμβρύων σε κυήσεις που επιπλέκονται από ΣΔ, με τη χρήση τετρασδιάστατης υπερηχογραφίας. Όλες οι κυήσεις που διαγνώσθηκαν με ΣΔ κύησης μετά τις 28 εβδομάδες υπεβλήθησαν σε υπερηχογραφικούς ελέγχους κάθε 4 εβδομάδες ή πιο συχνά όταν υπήρχαν ενδείξεις (π.χ. πολυδράμνιο, μακροσωμία, παθολογικό/οριακό αποτέλεσμα KANET). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του KANET τεστ, φυσιολογικό ήταν το αποτέλεσμα ≥ 14 βαθμούς, οριακό 6-13 και παθολογικό 0-5.
Αποτελέσματα: Η σύγκριση των αποτελεσμάτων του τεστ KANET σε κυήσεις με ΣΔ (112 γυναίκες) και κυήσεις χωρίς ΣΔ (115 κυήσεις) έδειξαν διαφορές που ήταν στατιστικά σημαντικές. Τα περισσότερα έμβρυα με οριακό ή παθολογικό σκορ KANET ανήκαν σε κυήσεις με ΣΔ και ειδικότερα σε έμβρυα με υπερηχογραφικά ευρήματα ΣΔ (π.χ. πολυδράμνιο, μακροσωμία κτλ.). Το αποτέλεσμα του KANET τεστ φάνηκε να βελτιώνεται με την καλύτερη ρύθμιση του σακχάρου (βελτίωση επιπέδων σακχάρου ή υπερηχογραφικών ευρημάτων).
Συμπεράσματα: Η εκτίμηση της νευρολογικής συμπεριφοράς των εμβρύων σε κυήσεις που επιπλέκονται από ΣΔ με τη χρήση της τετραδιάστατης υπερηχογράφιας και την εφαρμογή της μεθόδου KANET φαίνεται να προσφέρει πληροφορίες για έμβρυα των οποίων η συμπεριφορά είναι οριακή ή παθολογική και αυτά τα αποτελέσματα φαίνεται να σχετίζονται πιο συχνά με ΣΔ κυήσεις.

ΕΡ-43.ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΤΑ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΑΚΡΟΣΩΜΙΑΣ ΤΩΝ ΕΜΒΡΥΩΝ

Αντσακλής Π.[1], Κούκη Σ.[2], Θεοδωρά Μ.[1], Σύνδος Μ.[1], Αναστασίου Ε.[2], Δασκαλάκης Γ.[1]
[1]Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής & Υπερήχων, Α' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» [2]Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα»

Σκοπός: Να εκτιμήσουμε στην κλινική πράξη την αποτελεσματικότητα ενός πρωτοκόλλου που συνδυάζει τα επίπεδα σακχάρου της μητέρας και τις υπερηχογραφικές μετρήσεις (βιομετρία) του εμβρύου σχετικά με την έναρξη θεραπείας με ινσουλίνη προκειμένου την πρόληψη της μακροσωμίας.
Μέθοδος: 60 έγκυες με διάγνωση ΣΔΚ ελέγχθηκαν τουλάχιστον μέσα σε μία εβδομάδα από τη διάγνωση και ακολούθως κάθε 2 εβδομάδες. Όλες οι έγκυες υπεβλήθησαν σε υπερηχογραφικό έλεγχο του εμβρύου αμέσως μετά τη διάγνωση και ακολούθως κάθε 4 εβδομάδες. Μετά από 1 εβδομάδα θεραπείας με δίαιτα, τα κριτήρια για την έναρξη της ινσουλίνης ήταν τα ακόλουθα: (α) αν τα επίπεδα γλυκόζης παρέμεναν αυξημένα – σάκχαρο νηστείας (FCG)>95mg/dl και 1 ώρα μετά το γεύμα (PPCG)>130mg/dl – και περίμετρος κοιλιάς εμβρύου (FAC)>10η εκ. θέση ή (b) FAC>70η εκ. θέση αλλά επίπεδα γλυκόζης FCG<80mg/dl και/ή 1h PPCG<120mg/dl.
Αποτελέσματα: Από τις 60 γυναίκες με ΣΔΚ, 35 (58.3%) μπήκαν σε θεραπεία μόνο με δίαιτα, 25 (41.7%) με δίαιτα και ινσουλίνη. 16 έμβρυα (26.7%) είχαν FAC>70η εκ. θέση τη στιγμή του πρώτου USS και 8 (13.3%) στο τελευταίο USS, δείχνοντας μία μείωση κατά 50% (p=0,021). Δεν υπήρχε διαφορά στα ποσοστά καισαρικών τομών μεταξύ των δύο ομάδων (δίαιτα ή ινσουλίνη). Η μέση υπερηχογραφική ηλικία του τελευταίου USS πριν τον τοκετό ήταν 36 εβδομάδες, και ευαισθησία υπολογισμού του πιθανού βάρους γέννησης ήταν 96.7% σε σχέση με το πραγματικό βάρος γέννησης (μέση GA=38 εβδομάδες). Από τα 60 νεογνά μόνο 1 είχε βάρος γέννησης >90η εκ. θέση και 2 <10η εκ. θέση.
Συμπέρασμα: Τα ευρήματα από τη συστηματική υπερηχογραφική παρακολούθηση των εμβρύων σε εγκύους με ΣΔΚ προκειμένου για τη έναρξη θεραπείας με ινσουλίνη φαίνεται να μειώνει τα ποσοστά μακροσωμίας, χωρίς να αυξάνει των αριθμό των λιποβαρών εμβρύων.

EP-44.ENDOMETRIAL POLYPS DURING EARLY PREGNANCY

Derdelis G., Memtsa M., Jauniaux E., Jurkovic D.
University College Hospital London, UK

Purpose: Endometrial polyps are one of the most common endometrial abnormalities and have been associated with subfertility and early pregnancy loss. The pathophysiological processes by which polyps may affect fertility are not clear; however, removal of endometrial polyps is routinely performed in women undergoing fertility treatment. Sometimes these procedures might cause damage to the cervix or the uterus.
Materials and Methods: We present four cases of intra-uterine pregnancies in the presence of endometrial polyps diagnosed during routine ultrasound examination in the early pregnancy period. All endometrial polyps were diagnosed with transvaginal ultrasonography.
Results - Conclusions: The cases highlight the importance of reaching the correct diagnosis at the time of the examination and emphasize the treatment challenges faced when looking after women in the reproductive years who present with endometrial polyps.

EP-45.ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑ ΟΜΦΑΛΙΟΥ ΛΩΡΟΥ: ΜΕΛΕΤΕΣ DOPPLER ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Γεωργαντής Α., Τσιβεριώτης Κ., Παπαδόπουλος Β., Δεκαβάλας Γ.
Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Πανπειστημίου Πατρών

Τα αιμαγγειώματα του ομφάλιου λώρου είναι εξαιρετικά σπάνιοι καλοήθεις όγκοι, οι οποίοι δεν διαγιγνώσκονται πάντοτε κατά τον προγεννητικό έλεγχο. Έχουν συσχετιστεί με αυξημένες τιμές Α-εμβρυϊκής σφαιρίνης (AFP), υδράμνιο, συγγενείς ανωμαλίες και αυξημένη προγεννητική θνησιμότητα. Διαταραχή της ομφαλικής κυκλοφορίας έχει προταθεί ως η κυριότερη αιτία της εμβρυικής δυσχέρειας στις περιπτώσεις αυτές. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός προγεννητικά διαγνωσθέντος αιμαγγειώματος του ομφάλιου λώρου με διέλευση της μιας εκ των ομφαλικών αρτηριών μέσω του όγκου, με ταυτόχρονη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Εντατική παρακολούθηση του εμβρύου με υπερηχογραφική ροομετρία (Doppler) των ομφαλικών αγγείων πραγματοποιήθηκαν καθ' όλη την διάρκεια της κύησης. Όλοι οι δείκτες ήταν φυσιολογικοί, εκτός από το προαναφερθέν τμήμα της ομφαλικής αρτηρίας το οποίο διαπερνούσε τον όγκο, και το οποίο παρουσίασε αυξημένες αντιστάσεις μετά την 32η εβδομάδα κύησης.
Η ανασκόπηση που πραγματοποιήσαμε επιβεβαίωσε την συσχέτιση των αιμαγγειωμάτων του ομφάλιου λώρου με αυξημένες τιμές AFP καθώς και με την παρουσία υδράμνιου. Το πλησιέστερο προς τον πλακούντα άκρο του ομφαλίου λώρου φαίνεται να είναι το τμήμα με την μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης του όγκου, ενώ η ομφαλική αρτηρία το αγγείο από το οποίο εξορμάται συχνότερα. Τέλος εξετάστηκαν η συσχέτιση με πλακώδεις αγγειακές μεταπλασίες καθώς και με παρουσία μονήρους ομφαλικής αρτηρίας.

EP-46.ΑΠΟΣΤΑΣΗ ΕΚΦΥΣΗΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ – ΤΡΙΓΛΩΧΙΝΑΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΣΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ ΣΤΑ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΑ 2ου και 3ου ΤΡΙΜΗΝΟΥ

Παπαδόπουλος Β., Γεωργαντής Α., Τσιβεριώτης Κ., Δεκαβάλας Γ.
Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Πανπειστημίου Πατρών

Σκοπός: Προοπτική μελέτη με σκοπό να μετρηθεί η απόσταση μεταξύ των γλωχίνων της μιτροειδούς και της τριγλώχινος βαλβίδας σε φυσιολογικά έμβρυα και η σύγκρισή τους με τις αναφερόμενες τιμές για ανωμαλίες Ebstein.
Υλικό και μέθοδος: Μετρήθηκαν προοπτικά 263 έμβρυα σε μονήρεις ανεπίπλεκτες κυήσεις που υποβλήθηκαν σε υπερηχογραφήματα 2ου και 3ου τριμήνου στο Τμήμα Προγεννητικού Ελέγχου του Νοσοκομείου μας. Οι μετρήσεις έγιναν στην τομή των 4 κοιλοτήτων. Μετά το πάγωμα της εικόνας γινόταν μεγέθυνση ώστε η εικόνα του θώρακα να καταλαμβάνει τα 3/4 της οθόνης. Ως σημεία μέτρησης χρησιμοποιήθηκαν η μεσότητα της εσόδου των δύο βαλβίδων στο μεσοκοιλιακό τοίχωμα.
Αποτελέσματα: Η μέση απόσταση της εισόδου των βαλβίδων στο 2ο τρίμηνο ήταν 2,1 ± 0.8 mm με εύρος μετρήσεων απο 1,0 έως 4,2 mm. Στο 3ο τρίμηνο αντίστοιχα ήταν 3,9 mm με εύρος μετρήσεων απο 1,8 έως 5,5 mm.

Υπήρχε σαφής συσχέτιση μεταξύ της απόστασης και της ηλικίας κύησης. Οι φυσιολογικές τιμές που καθορίσθηκαν επιτρέπουν τη διάκριση μιας παραλλαγής του φυσιολογικού απο μια παθολογική καρδιά εμβρύου. Τιμές πέραν των ορίων που περιγράφησαν αυξάνουν κατά πολύ την πιθανότητα ύπαρξης ανωμαλίας τύπου Ebstein.

ΕΡ-47. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΕΞΩΗΠΑΤΙΚΟΥ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΟΜΦΑΛΙΚΗΣ ΦΛΕΒΑΣ (FIUVV) ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΘΡΟΜΒΟΥ ΕΝΤΟΣ ΑΥΤΟΥ

Γεωργαντής Α., Παπαδόπουλος Β., Δεκαβάλας Γ.
Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Πανπειστημίου Πατρών

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού ενδοκοιλιακού εξωηπατικού ανευρύσματος ομφαλικής φλέβας με ταυτόχρονη παρουσία θρόμβου εντός αυτού, με θετικό περιγεννητικό αποτέλεσμα.
Εισαγωγή: Το ανεύρυσμα της ομφαλικής φλέβας αποτελεί ένα σπάνιο υπερηχογραφικό εύρημα κατά τον προγεννητικό έλεγχο με συχνότητα 5-11 περιστατικά ανά 10000 γεννήσεις, αποτελώντας το 4% όλων των ανωμαλιών που αφορούν τον αμφάλιο λώρο. Στην διεθνή βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί περίπου 250 περιστατικά παγκοσμίως. Η διάγνωση του ενδοκοιλιακού ανευρύσματος της ομφαλικής φλέβας (FIUVV) γίνεται όταν η διάμετρος της ενδοκοιλιακής ομφαλικής φλέβας υπερβαίνει τα 9mm, ή όταν αυτή είναι τουλάχιστον 1,5 φορές μεγαλύτερη από την διάμετρο της ενδοηπατικής ομφαλικής φλέβας. Η πιθανότερη αιτία, αλλά και το μοναδικό παθολογοανατομικό εύρημα στην πλειονότητα των περιπτώσεων, είναι η λέπτυνση του τοιχώματος της ομφαλικής φλέβας λόγω εγγενούς αδυναμίας αυτού κοντά στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Το FIUVV έχει συσχετιστεί με κίνδυνο ενδομήτριου θανάτου σε ποσοστό έως και 44% καθώς και με παρουσία χρωμοσωμικών ανωμαλιών στο 12% των περιπτώσεων (τρισωμία 21, 18 και 19, και τριπλοειδία 69, XXX). Ανατομικές ανωμαλίες και εμβρυικός ύδρωπας έχει διαγνωσθεί στο 35% των δημοσιευμένων περιστατικών. Η διάγνωσή του κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης αλλά και η ανάπτυξη θρόμβου εντός αυτού, αποτελούν αρνητικούς προγνωστικούς παράγοντες για την έκβαση της κύησης.
Παρουσίαση περιστατικού: Έγκυος 30 ετών, πρωτοτόκος, με ελεύθερο ιστορικό, προσήλθε στο τμήμα εμβρυομητρικής ιατρικής στις 21 εβδομάδες για προγραμματισμένο έλεγχο β' τριμήνου. Κατά τον έλεγχο ανευρέθη ενδοκοιλιακό κυστικό μόρφωμα διαστάσεων 17x13 mm και ετέθη η υπόνοια εξωηπατικού ανευρύσματος της ομφαλικής φλέβας. Η έγχρωμη Doppler υπερηχογραφία ανέδειξε στροβιλώδη αιματική ροή εντός του σχηματισμού, επιβεβαιώνοντας την αρχική διάγνωση. Δεν διεγνώσθη κάποια άλλη ανατομική ανωμαλία. Λόγω της συσχέτισης του ανευρύσματος της ομφαλικής φλέβας με χρωμοσωμικές ανωμαλίες, διενεργήθηκε αμνιοπαρακέντηση και ο καρυότυπος του εμβρύου ανευρέθη φυσιολογικός, 46, XY. Η κύηση παρακολουθήθηκε με σειρά υπερηχογραφημάτων. Παρατηρήθηκε σταδιακή αύξηση των διαστάσεων του ανευρύσματος, προοδευτική επέκτασή του προς την ηπατική κυκλοφορία, καθώς κι εμφάνιση θρόμβου κατά την 29η εβδομάδα. Λόγω της πιθανολογούμενης συσχέτισης της παρουσίας θρόμβου με αιφνίδιο ενδομήτριο θάνατο, η νοσηλεία της μητέρας κρίθηκε απαραίτητη. Η κύηση τέθηκε σε καθημερινό καρδιοτοκογραφικό και εβδομαδιαίο υπερηχογραφικό έλεγχο και παράλληλα έγινε έναρξη αγωγής με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους. Η παρακολούθηση συνεχίστηκε χωρίς ανησυχητικά ευρήματα έως και την 31η εβδομάδα κύησης, οπότε και πραγματοποιήθηκε τοκετός δια καισαρικής τομής λόγω εμβρυικής δυσχέρειας. Γεννήθηκε ένα νεογνό άρρεν, υγιές, με ΣΒ 1260 gr, το οποίο μεταφέρθηκε στη μονάδα εντατικής παρακολούθησης νεογνών.
Συμπεράσματα: Το ενδοκοιλιακό εξωηπατικό ανεύρυσμα της ομφαλικής φλέβας με ταυτόχρονη παρουσία θρόμβωσης το οποίο διαγιγνώσκεται κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ενδομητρίου θανάτου (ποσοστό ενδομήτριου θανάτου μέχρι και 80%). Με βάση το παρόν περιστατικό φαίνεται οτι σε περιπτώσεις όπου αυτό δεν συνοδεύεται από χρωμοσωμικές ή συγγενείς ανωμαλίες, η εντατική παρακολούθηση της κύησης σε νοσοκομειακό περιβάλλον μπορεί να αποτρέψει τον αιφνίδιο εμβρυικό θάνατο. Η επέκταση του ανευρύσματος προς την ηπατική κυκλοφορία, καθώς κι η ανάπτυξη θρόμβου με επακόλουθο τη μειωμένη αιματική ροή δια της ομφαλικής φλέβας, ενδέχεται να αποτελούν δυο βασικές επιπλοκές οι οποίες οδηγούν σε δυσμενές περιγεννητικό αποτέλεσμα. Η διάγνωση τους καθιστά απαραίτητη την εντατική ενδονοσοκομειακή παρακολούθηση της κύησης και την άμεση ιατρική επέμβαση επί ενδείξεων εμβρυικής δυσχέρειας. Η χρήση ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους δεν έδειξε να προσφέρει κάποιο όφελος.

ΕΡ-48. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΕΠΙΠΩΜΑΤΙΚΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ ΜΕ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ- ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙΝΟΤΟΜΟΥ ΤΕΧΝΙΚΗΣ

Ποντικάκη Α.[1], Ψαράκης Μ.[1], Κουτσούμπας Β.[2], Κοσμάς Ι.[1], Σηφάκης Σ.[1], Ρελάκης Κ.[1]

[1]Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική1 & Κλινική Γενικής Χειρουργικής, [2]Πανεπιστημιακού Νοσοκομίου Ηρακλείου Κρήτης

Εισαγωγή και σκοπός: Ο προδρομικός πλακούντας (ΠΠ) αποτελεί μια δυνητικά απειλητική για ζωή μαιευτική επιπλοκή με αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας στη διάρκεια της κύησης, του τοκετού αλλά και στην περίοδο λοχείας. Η μαιευτική υστερεκτομή εξακολουθεί να αποτελεί τελικό μέσο αντιμετώπισης ανεξέλεγκτης αιμορραγίας από προδρομικό πλακούντα με πολλαπλές διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές. Παρουσιάζουμε περιστατικό κύησης 3ου τριμήνου με διάγνωση πρόσθιου επιπωματικού ΠΠ που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με καινοτόμο τεχνική και διατήρησης της μήτρας.

Παρουσίαση περιστατικού: Αφορά σε γυναίκα 35 χρόνων, Ιτόκος (ΠΚΤ), σε κύηση 25+2 εβδ. με υπερηχογραφική διάγνωση προσθιοπίσθιου επιπωματικού πλακούντα με πλήρη συμμετρική επικάλυψη του έσω τραχηλικού στομίου. Η MRI κάτω κοιλίας την 31η εβδ. κύησης έδειξε ευμεγέθη πρόσθιο επιπωματικό πλακούντα που καλύπτει πλήρως το έσω τραχηλικό στόμιο & εκτείνεται οπισθίως μέχρι 6εκ. από το έσω τραχηλικό στόμιο, χωρίς διήθηση της ουροδόχου κύστης ή έτερων δομών. Η γυναίκα έλαβε τοκολυτική και σχήμα κορτικοστεροειδών. Μεταγγίστηκε λόγω χαμηλού αιματοκρίτη. Παρέμεινε ασυμπτωματική χωρίς κολπική αιμόρροια. Οδηγήθηκε σε επείγουσα ΚΤ σε ηλικία κύησης 32+5 εβδ. λόγω συσπάσεων και ευαισθησίας ουλής. Μετά τοποθέτηση ουρητηρικών καθετήρων και γενική αναισθησία έγινε τομή μέση υψηλή κάθετη υπερυπομφάλιος στο δέρμα και τομή μέση υψηλή κάθετη στη μήτρα χωρίς κατάσπαση της κυστεομητρικής πτυχής. Ακολούθησε ο τοκετός του νεογνού, απολινώθηκε ο λώρος και ο πλακούντας παρέμεινε αδιατάρακτος στη θέση του. Μετά από προσωρινή αιμόσταση του τραύματος της μήτρας με θυριδωτές λαβίδες, έγινε αμφοτερόπλευρα διατομή και απολίνωση των στρογγύλων συνδέσμων, διαχωρισμός των πετάλων του πλατέος συνδέσμου και διατομή και απολίνωση του κυρίως κλάδου (προσθίου- ανιόντος στελέχους) των μητριαίων αγγείων. Στη συνέχεια έγινε πολύ προσεκτική απομάκρυνση του πλακούντα, συρραφή της μήτρας σε δύο στρώματα και τοποθετήθηκαν μεμονωμένα ράμματα σε κατιόντες κλάδους μητριαίων αγγείων αμφοτερόπλευρα. Ακολούθησε τελικοτελική συρραφή των κολοβωμάτων των στρογγύλων συνδέσμων και σύγκλειση των προηγούμενα διανοιχθέντων πετάλων του πλατέος συνδέσμου. Η ανάνηψη της ασθενούς ήταν ομαλή, δεν απαιτήθηκε μετάγγιση ούτε μεταφορά στη ΜΕΘ και η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Παρακολούθηση της αιμάτωσης της μήτρας πραγματοποιήθηκε την 5η ΜΤΧ με υπερηχογράφημα και την 10η ΜΤΧ με MRI καθώς και 6 και 12 εβδομάδες μετά.

Συμπεράσματα: Η μέθοδος διατήρησης της μήτρας με χειρουργική απολίνωση μεμονωμένα του πρόσθιου κλάδου των μητριαίων αγγείων είναι αποτελεσματική σε περιστατικά με ΠΠ. Η βελτιστοποίηση της τεχνικής απαιτεί εφαρμογή σε μεγαλύτερο αριθμό περιστατικών, όπως και σε περιπτώσεις με ανώμαλη πρόσφυση πλακούντα. Πιθανά η κατά περίπτωση τροποποίηση της τεχνικής με απόξεση του κατώτερου τοιχώματος της μήτρας, με κατάσπαση της κυστεομητρικής πτυχής για το ενδεχόμενο απολίνωσης κατιόντων κλάδων μητριαίων αγγείων επί αιμορραγίας καθώς και η συνεργασία με επεμβατικούς ακτινολόγους επί ανεξέλεγκτης αιμορραγίας να καταστήσει τη μέθοδο καθολικά αποτελεσματική.

ΕΡ-49. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΙΚΡΟΔΙΠΛΑΣΙΑΣΜΟΥ 22Q11.2: ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

Σηφάκης Σ.[1], Φιορέντζης Σ.[1], Αναγνωστοπούλου Κ.[2], Κέλλυ Τ.[3], Ποντικάκη Α.[1], Κοντός Χ.[2], Καρδαρά Κ.[2], Μαντάς Ν.[1], Σκλαβούνου Ε.[2]
[1]Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο
[2]Genomedica, Εργαστήρια Μοριακής Βιολογίας και Γενετικής, Πειραιάς
[3]KARYO, Εργαστήριο Μοριακής Βιολογίας και Γενετικής, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Μικροελλείψεις στην περιοχή 22q11.2 του χρωμοσώματος 22 σχετίζονται με το σύνδρομο DiGeorge, ένα σύνδρομο με καλά χαρακτηρισμένο φαινότυπο. Την τελευταία δεκαετία σε εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου αναγνωρίστηκαν μικροδιπλασιασμοί στην περιοχή DiGeorge που στη συνέχεια θεωρήθηκαν μεταλλάξεις (και όχι πολυμορφισμοί) και δημιούργησαν τη βάση για τον καθορισμό ενός νέου γενετικού συνδρόμου με την ονομασία «σύνδρομο μικροδιπλασμού 22q11.2. Παρά την παρουσία κοινών φαινοτυπικών χαρακτηριστικών το νέο αυτό σύνδρομο έχει πλέον διαφοροποιηθεί κλινικά από το σύνδρομο DiGeorge. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι χαρακτηρίζεται από μειωμένη διεισδυτικότητα και ευρέως φάσματος φαινότυπο που μπορεί να είναι απόλυτα ή σχεδόν φυσιολογικός ή να σχετίζεται με ανωμαλίες του καρδιαγγειακού ή/και του ουρογεννητικού συστήματος, ήπια (αλλά χαρακτηριστική) δυσμορφία και μετρίου ή σοβαρού βαθμού νοητική υστέρηση. Η πρόγνωση και το προσδόκιμο επιβίωσης παραμένουν ακαθόριστα ακόμα και μεταξύ φορέων-μελών της ίδιας οικογένειας. Η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων είναι οικογενούς (συνηθέστερα μητρικής) προέλευσης αλλά έχουν καταγραφεί και de novo περιπτώσεις.
Παρουσίαση περιπτώσεων: Παρουσιάζουμε την προγεννητική διάγνωση τεσσάρων (δύο οικογενών και δύο de novo) περιπτώσεων μικροδιπλασιασμού της 22q11.2. Η ανίχνευση έγινε με τις μεθόδους MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe amplification) και FISH (Fluorescence in situ Hybridization). Στις τρεις περιπτώσεις οι κυήσεις συνεχίστηκαν μετά από γενετική συμβουλευτική στα ζευγάρια. Στις δύο από αυτές δεν υπήρχαν παθολογικά ευρήματα σε διαδοχικά υπερηχογραφήματα ενώ στην μία υπήρχε αυξημένη αυχενική διαφάνεια και κοιλιομεγαλία. Τέλος, έγινε διακοπή κύησης σε μία περίπτωση (με μετάλλαξη πατρικής προέλευσης) τη 14η εβδομάδα, με απόφαση των γονέων.
Συμπεράσματα: Στο σύνδρομο μικροδιπλασιασμού 22q11.2: α) ο προγεννητικός έλεγχος είναι δυσχερής λόγω της σπανιότητας του συνδρόμου και των ειδικών τεχνικών ελέγχου που απαιτούνται β) στη γενετική συμβουλευτική πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν και να τονίζεται το μεγάλο εύρος του φαινότυπου (από απουσία ευρημάτων μέχρι συγγενείς ανωμαλίες και προϊούσα νοητική υστέρηση) γ) η παρακολούθηση των παιδιών μετά τη γέννηση απαιτεί τακτική κλινική αξιολόγηση και εκτίμηση παραμέτρων ψυχοκινητικής ανάπτυξης.

ΕΡ-50. ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΕΜΒΡΥΟΥ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΜΗΤΡΙΑΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΜΕΤΑΞΥ 20-24 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ ΚΥΗΣΗΣ

Πετούσης Σ.[1], Δαγκλής Θ.[2], Μαργιούλα-Σιάρκου Χ.[1], Μαμόπουλος Α.[3], Μαυρογιάννης Γ.[3], Καλογιαννίδης Ι.[4], Παπανικολάου Ε.[4], Πράπας Ν.[5], Ρούσσος Δ.[6]
[1]MSc, PhD (Cand), Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ., [2]Επιστημονικός Συνεργάτης, MSc, PhD, Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ, [3] Επίκουρος Καθηγητής, Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ., [4]Λέκτορας, Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ., [5]Καθηγητής, Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ., [6]Καθηγητής, Διευθυντής Γ' Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

Σκοπός: Η μελέτη της πιθανής συσχέτισης μεταξύ της αντίστασης στις μητριαίες αρτηρίες και του εκτιμώμενου βάρους του εμβρύου κατά το υπερηχογράφημα β' επιπέδου.
Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά τα όλα τα υπερηχογραφήματα β'επιπέδου σε μονήρεις κυήσεις, κατά την περίοδο 2011-2013 σε ένα κέντρο προγεννητικού ελέγχου. Ανασκοπήθηκαν τα επιδημιολογικά και μαιευτικά χαρακτηριστικά των κυήσεων, καθώς και τα υπερηχογραφικά ευρήματα. Συσχετίστηκε ο δείκτης παλμικότητας (pulsatility index, PI) στις μητριαίες αρτηρίες με το εκτιμώμενο βάρος του εμβρύου (EFW) με τη χρήση της στατιστικής μεθόδου συσχέτισης κατά pearson ενώ διερευνήθηκε κατά πόσον η πιθανή συσχέτιση επηρεάζεται από την ηλικία της μητέρας, την εβδομάδα κύησης και τη θέση του πλακούντα.

Αποτελέσματα: Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 1214 υπερηχογραφήματα β'επιπέδου κατά το διάστημα της μελέτης. η μέση τιμή PI των μητριαίων αρτηριών ήταν 1,1 ± 0,3 (εύρος τιμών 0,5-2,4). Το μέσο EFW ήταν 479,2 ± 76,2 (εύρος 287-958 γρ.). Διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική αρνητική συσχέτιση της τιμής pi στις μητριαίες αρτηρίες με το EFW (p<. 001, r= - 0,155). Η συσχέτιση παρέμεινε σημαντική, ανεξάρτητα από την επίδραση της ηλικίας της μητέρας, της εβδομάδας κύησης και της θέσης του πλακούντα (p<. 001).
Συμπέρασμα: Ήδη στις 20-24 εβδομάδες κύησης η αντίσταση στις μητριαίες αρτηρίες σχετίζεται αρνητικά με το εκτιμώμενο βάρος του εμβρύου.

ΕΡ-51. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΠΑΧΟΥΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΑΡΑΘΥΡΟ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗΣ ΤΥΠΟΥ Β ΣΤΑ ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ

Πετούσης Σ.[1,2], Μαργιούλα-Σιάρκου Χ.[1,2], Μηλιάς Σ.[3], Μαυροματίδης Γ.[1], Καλογιαννίδης Ι.[1,2], Χαϊτογλου Κ.[4], Πράπας Ι.[1,2], Ρούσσος Δ.[1], Πράπας Ν.[1,2]

[1]Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, [2]ΙΑΚΕΝΤΡΟ, Κέντρο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, Θεσσαλονίκη, [3]Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, 424 ΓΣΝΕ [4] Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Ιατρικής Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Η συσχέτιση του υπερηχογραφικά προσδιοριζόμενου πάχους ενδομητρίου με την έκφραση των συνολικών υποδοχέων προγεστερόνης τύπου α και β καθώς και των υποδοχέων τύπου β στο ενδομήτριο γόνιμων και υπογόνιμων γυναικών κατά το παράθυρο εμφύτευσης.
Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη ασθενών-μαρτύρων μεταξύ 1-12/2013. Γυναίκες με ιστορικό γέννησης ζώντος νεογνού αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου (ομάδα 1) ενώ οι υπογόνιμες την ομάδα ασθενών (ομάδα 2). Πραγματοποιήθηκε βιοψία ενδομητρικού ιστού 7 ημέρες μετά από τη διαπιστούμενη υπερηχογραφικά ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας και συνοδά προσδιορίστηκε το πάχος ενδομητρίου. Διενεργήθηκε ανοσοϊστοχημεία και προσδιορίστηκε το ποσοστό, η ένταση και ο συνδυασμένος δείκτης έκφρασης h-score των tpr και prb τόσο στα επιθηλιακά όσο και στα στρωματικά κύτταρα. Πραγματοποιήθηκε συσχέτιση τύπου pearson των ανωτέρω παραμέτρων με το πάχος ενδομητρίου.
Αποτελέσματα: Εκ των 30 γυναικών που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου (10 γόνιμες και 20 υπογόνιμες), επιτυχής λήψη ενδομητρικού ιστού υπήρξε σε 7 γόνιμες και 19 υπογόνιμες γυναίκες. το πάχος ενδομητρίου προσδιορίστηκε σε 10. 1 ± 2. 9 mm για την ομάδα 1 έναντι 8. 9 ± 1. 7 για την ομάδα 2 (p=. 25). Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση του πάχους ενδομητρίου τόσο με το h-score (p=. 01, r=0. 59) όσο και με το ποσοστό έκφρασης (p=. 03, r=0. 51) των υποδοχέων τύπου β στα επιθηλιακά κύτταρα στο σύνολο των γυναικών. Παρατηρήθηκε επίσης τάση συσχέτισης του πάχους ενδομητρίου τόσο με το h-score (p=. 10) όσο και με το ποσοστό έκφρασης (p=. 11) των συνολικών υποδοχέων προγεστερόνης στα επιθηλιακά κύτταρα. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση του πάχους ενδομητρίου με καμία από τις παραμέτρους έκφρασης των υποδοχέων στα στρωματικά κύτταρα.
Συμπεράσματα: Το υπερηχογραφικά προσδιοριζόμενο πάχος του ενδομητρίου κατά το παράθυρο εμφύτευσης σχετίζεται σημαντικά με την έκφραση των υποδοχέων προγεστερόνης τύπου β στα επιθηλιακά ενδομητρικά κύτταρα.

NOTES