

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑ: Γεώργιος Χρυσόστομος

ΕΠΙΘΕΤΟ : Πρατίλας

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: Κωνσταντίνος

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: 05.09.1978

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: Greenville, South Carolina, ΗΠΑ

E-mail: georgepratilas978@gmail.com

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ: Εθνικής Αντιστάσεως 7β

ΤΗΛΕΦΩΝΑ: Κινητό +306945542878

Ιατρείου +302310486496

ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΕΩΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ : Διεύθυνση Υγιεινής Νομαρχίας Θεσσαλονίκης

Ημερομηνία 17/2/2004 Αρ. πρωτοκόλλου Γ1/24639

Τίτλοι	Φορέας Χορήγησης	Έτος Κτήσεως
Ιατρική Ειδικότητα Μαιευτικής/Γυναικολογίας	Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας	2012
Πτυχίο Ιατρικής	Ιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης	2003

Επαγγελματικά ασκώ ιδιωτικά τη Μαιευτική και Γυναικολογία με έδρα το Ιατρείο μου που βρίσκεται στην Εθνικής Αντιστάσεως 7β.

Επιπλέον συνεργάζομαι ως εφημερεύων ιατρός στις ιδιωτικές κλινικές της Θεσσαλονίκης: Γενική κλινική, Γένεσις και Άγιος Λουκάς.

Ακαδημαϊκά είμαι επιστημονικός συνεργάτης στη Β' Μαιευτική/Γυναικολογική Κλινική του ΑΠΘ στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Στα πλαίσια των υποχρεώσεών μου πραγματοποιώ κλινικό διδακτικό και ερευνητικό έργο. Παράλληλα διενεργώ και το Ιατρείο μαστού που ανήκει στην παραπάνω κλινική.

Ολοκλήρωσα το εξαμηνιαίο πρόγραμμα εξειδίκευσης – πιστοποίησης του ΚΕΣΥ στους Υπερήχους στη Μαιευτική και Γυναικολογία, το οποίο διεξάγεται στη Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του ΑΠΘ στο Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης και εκκρεμεί η πραγματοποίηση των σχετικών εξετάσεων.

Πρακτικά Εκπαιδευτικά Σεμινάρια

Τίτλος Σεμιναρίου	Φορέας	Έτος Κτήσεως
Balkan Basic Training in Minimal Invasive Gynaecological Surgery	Transylvania University of Brasov	2014
Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO)	American Academy of Family Physicians	2011
10 ^ο Σεμινάριο εκπαιδευτών ALSO-ALSG	Ελληνική Εταιρία Μαιευτικού και Γυναικολογικού Επείγοντος	2011
Πρόγραμμα Εκπαίδευσης στη Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση	Εταιρία Ανασθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής Βορείου Ελλάδος	1999

On-line Σεμινάρια

Τίτλος Σεμιναρίου	Φορέας	Έτος Κτήσεως
Basic Course in Gynecological and Early Pregnancy Ultrasound	FOCUS ON GYNECOLOGY	2012
Endometrial Cancer: Current therapeutic approaches	European Society of Gynaecological Oncology (ESGO)	2012
Plymouth Fetal Monitoring Training System	K2 Medical Systems	2012

ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ

1) Β' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Τίτλος: Επιστημονικός συνεργάτης / Υποψήφιος διδάκτορας

Παρούσα θέση

2) Β' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Τίτλος: Πανεπιστημιακός Υπότροφος

Ημερομηνία έναρξης: 1/9/2014 Ημερομηνία λήξης : 31/08/2015

3) Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Νοσοκομείου Guy's and St Thomas, Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο

Τίτλος: Clinical Fellow

Ημερομηνία έναρξης: 2/12/2012 Ημερομηνία λήξης : 15/06/2013

4) Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Νοσοκομείου Basingstoke and North Hampshire, Basingstoke, Hampshire , Ηνωμένο Βασίλειο

Τίτλος: Clinical Fellow

Ημερομηνία έναρξης: 21/05/2012 Ημερομηνία λήξης : 21/11/2012

5) Β' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Τίτλος: Ειδικευόμενος Ιατρός

Ημερομηνία έναρξης: 03/03/2009 Ημερομηνία λήξης : 20/2/2012

6) Μαιευτική- Γυναικολογική Κλινική Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Δράμας

Τίτλος: Ειδικευόμενος Ιατρός

Ημερομηνία έναρξης: 06/02/2008 Ημερομηνία λήξης: 19/02/2009

7) Β' Χειρουργική Κλινική Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Δράμας

Τίτλος: -Ειδικευόμενος Ιατρός

-Υπεράριθμος Ιατρός

Ημερομηνία έναρξης: 15/04/2005 Ημερομηνία λήξης: 08/01/2007

8) Περιφερικό Ιατρείο Πενταβρύσου, Καστοριά

Τίτλος: Αγροτικός ιατρός - Υποχρεωτική Υπηρεσία Υπαίθρου

Ημερομηνία έναρξης: 14/07/2004 Ημερομηνία λήξης: 11/04/2005

9) Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Καστοριάς, Μαυριώτησης 33, 52100

Τίτλος: Υποχρεωτική Υπηρεσία Υπαίθρου

Ημερομηνία έναρξης: 13/04/2004 Ημερομηνία λήξης : 13/07/2004

10) Ένωση Ποδοσφαιρικών Σωματίων Μακεδονίας , Θεσσαλονίκη

Τίτλος: Υπεύθυνος Πρώτων Βοηθειών

Ημερομηνία έναρξης: 01/09/2002 Ημερομηνία λήξης: 16/08/2003

11) Από 13/02/2007 έως 13/11/2007 πραγματοποίησα τη στρατιωτική θητεία μου ως οπλίτης ιατρός στις διάφορες μονάδες που ήμουν τοποθετημένος.

ΟΜΙΛΙΕΣ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ – ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ

1. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ “ΜΗ ΕΙΔΙΚΟ”.
ΠΟΛΥΤΕΛΕΙΑ Η ΕΡΓΑΛΕΙΟ;

1^ο Πρακτικό Σεμινάριο: «Εισαγωγή στην Απεικόνιση του Μαστού – Hands on Course – Με Πρακτική Εφαρμογή»

8 Οκτωβρίου 2016, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

2. ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

1η Επιστημονική Ημερίδα του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού του ΓΝ «Ιπποκρατείου» Θεσσαλονίκης : “ Ενημέρωση – Πρόληψη – Εκπαίδευση για την Υγεία της Γυναίκας”

16 Απριλίου 2016, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

3. ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΜΑΣΤΟ: ΜΥΘΟΣ Η ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

2ο Κλινικό Σεμινάριο Μαστολογίας: Μαία και Μαστός

5 Μαρτίου 2016, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

4. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ: ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία με Διεθνή Συμμετοχή

24 – 28 Φεβρουαρίου 2016, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

5. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΓΑΛΟΥΧΙΑ

1ο Κλινικό Σεμινάριο Μαστολογίας στη Διαγνωστική Διερεύνηση Παθήσεων Μαστού

3 Απριλίου 2015, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

6. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ

Παθήσεις Μαστού, Διερεύνηση – Διάγνωση – Αντιμετώπιση.

21 Ιουνίου 2014, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

7. Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΝΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ, ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΗΣ Β' Μ/Γ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΑΠΘ

29ο Βορειοελλαδικό Ιατρικό Συνέδριο.

27 – 29 Μαρτίου 2014, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΡΑΣΗ

Στις 26/11/2015 πραγματοποίησα ενημέρωση των μαθητών του Λυκείου Μίκρας πραγματοποιώντας διάλεξη με θέμα: « Πρακτικές Αντισύλληψης»

Στις 29/11/2014 πραγματοποίησα ενημέρωση του κοινού στο Κοινωνικό Ιατρείο «Υγεία» της Ιεράς Μητροπόλεως Νεάπολης και Σταυρούπολης πραγματοποιώντας διάλεξη με θέμα: «Καρκίνος του μαστού. Η έγκαιρη πρόληψη σώζει ζωές.»

ΔΙΔΑΚΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Πραγματοποιώ μάθημα με θέμα « Προγεννητική Φροντίδα» στο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού Θεσσαλονίκης στο πλαίσιο της μετεκπαίδευσης Μαιών και Επισκεπτριών Υγείας μονάδων του ΠΕΔΥ

Παρουσίασα τα κάτωθι θέματα στο πλαίσιο των διακλινικών μαθημάτων που οργάνωσε η Β' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική :

- Πρόκληση τοκετού, 14/01/2015
- Ενδομήτρια επιβράδυνση ανάπτυξης, παρουσίαση περιστατικού και αναφορά στη βιβλιογραφία, 20/1/2012

- Μηνιγγοεγκεφαλοκήλη σε συνδυασμό με μικροκεφαλία, παρουσίαση περιστατικού και αναφορά στη βιβλιογραφία, 9/12/2011
- Αποκόλληση πλακούντα, αναφορά στη βιβλιογραφία, 5/4/2011

Συμμετείχα ως Συνεργάτης στο 34^ο σεμινάριο Advance Life Support in Obstetrics (ALSO) που οργανώθηκε στη Θεσσαλονίκη 11 - 12.2.2012, καθώς και στο 54ο σεμινάριο ALSO που οργανώθηκε στη Θεσσαλονίκη 30 – 31.1.2016, όπου και αξιολογήθηκα με επιτυχία ως **εκπαιδευτής του προγράμματος ALSO**.

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ – ΣΥΓΓΡΑΦΙΚΟ ΕΡΓΟ

1. Pratilas GC, Chatzis P, Panteleris N, Chatzistamatiou K, Zeipiridis L, Dinas K. **Concealed heterotopic pregnancy at 12 weeks, with no coexisting risk factors: Lessons to be learned**. J Obstet Gynaecol Res. 2016 Oct 8. doi:10.1111/jog.13157. [Epub ahead of print]
2. Moga MA, Arvatescu CA, Pratilas GC, Bigiu NF, Dinas K, Burtea V. **The role of gasless laparoscopy in differential diagnosis of acute abdomen**. Hippokratia 2015, 19, 1: 69-72
3. A.Daniilidis, P.Hatzis, G.Pratilas, K.Dinas, A.Loufopoulos. **Laparoscopy in Gynecology - How Why When, Advanced Gynecologic Endoscopy**, Atef Darwish (Ed.),2011, ISBN: 978-953-307-348-4, InTech
4. **Εισαγωγή στη διάγνωση και αντιμετώπιση των παθήσεων του μαστού**, Εκδόσεις Ροτόντα,2014, ISBN: 978-960-6894-64-0 :
 - ο Καρκίνος του μαστού και διατροφή – Μάρθα Αποστολοπούλου, Γεώργιος Πρατίλας
 - ο Παθολογικά ευρήματα κατά την κύηση και τον θηλασμό και αντιμετώπισή τους - Γεώργιος Πρατίλας, Κωνσταντίνος Δίνας
 - ο Ρόλος του φρουρού λεμφαδένα στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού -Κωνσταντίνος Δίνας, Γεώργιος Πρατίλας

ΚΡΙΤΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

Είμαι κριτής άρθρων στο διεθνές περιοδικό : Journal of Ultrasound in Medicine και στο Maternity

Complications and Women's Health Journal

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ – ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ

1. Παθολογία Τραχήλου & Κολποσκόπηση: Παρουσίαση Περιστατικών, 13 – 15 Νοεμβρίου 2015, Ιωάννινα, Ελλάδα

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ 1ης ΚΑΙ 3ης ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

2. 13^ο Πανελλήνιο συνέδριο Μαιευτικής και Γυναικολογίας, 28 – 31 Μαΐου 2015, Βόλος, Ελλάδα

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΕΡΠΗΤΟΪΩΝ (HSV 1-8) ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ HR-HPV(+) ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ. ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.

N.Τσαμπάκης, Μ. Νασιουτζίκη, Π. Χατζής, Α. Δανιηλίδης, Χ. Αρκούδα, Γ. Πρατίλας, Ε. Βαβουλίδης, Κ. Δίνας, Θ. Ταντανάσης, Α. Λουφόπουλος, Θ. Αγοραστός, Ε. Ασημακόπουλος

3. 13^ο Πανελλήνιο συνέδριο Μαιευτικής και Γυναικολογίας, 28 – 31 Μαΐου 2015, Βόλος, Ελλάδα

ΕΤΕΡΟΤΟΠΟΣ ΚΥΗΣΗ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

N. Παντελέρης, Α. Δανιηλίδης, Γ. Πρατίλας, Π. Χατζής, Α. Ελευθεριάδη, Β. Κώστοβα, Α. Σταμκοπούλου, Κ. Δίνας, Ε. Ασημακόπουλος

4. 38th European Congress of Cytology, 27-30 Σεπτεμβρίου 2014, Γενεύη, Ελβετία

THE ROLE OF HPV-RELATED BIOMARKERS IN WOMEN WITH UNTREATED CIN2 LESIONS

M. Nasioutziki, M. Kyrgiou, G. Valasoulis, E. Timamopoulou, P. Chatzis, N. Tsampazis, G. Pratilas, A. Daniilidis, A. Daponte, K. Dinas, E. Paraskevaïdis and A. Loufopoulos

5. 38th European Congress of Cytology, 27-30 Σεπτεμβρίου 2014, Γενεύη, Ελβετία

CLINICAL PERFORMANCE EVALUATION OF P16/KI-67 DUAL STAINED CYTOLOGY IN LONG TERM FOLLOW-UP DATA IN WOMEN WITH ASCUS/LGSIL CYTOLOGY RESULTS

P. Chatzis, M. Nasioutziki, G. Pratilas, N. Tsampazis, A. Daniilidis, D. Tsolakidis, E. Timamopoulou, A. Sotiriadis, K. Dinas, T. Tantanasis and A. Loufopoulos

6. 29ο Βορειοελλαδικό Ιατρικό Συνέδριο 27 – 29 Μαρτίου 2014, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΟΓΚΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΕΚ ΚΟΚΚΙΩΔΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΟΜΟΙΑΖΕΙ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Πρατίλας Γ., Παντελής Α., Κασμάς Σ., Νασιουτζίκη Μ., Δίνας Κ.

7. 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο στη Μαιευτική και Γυναικολογία 17-20 Μαΐου 2012, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΚΥΤΤΑΡΙΑΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΟΥ HPV Ε6/Ε7 MRNA ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΟ HPV-DNA TEST ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ

Τσαμπάκης Ν., Νασιουτζίκη Μ., Δίνας Κ., Στασινού Μ., Πρατίλας Γ., Κυργίου Μ., Ταντανάσης Θ., Παρασκευαΐδης Ε., Λουφόπουλος Α.

8. 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο στη Μαιευτική και Γυναικολογία 17-20 Μαΐου 2012, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΑΤΡΗΣΙΑ ΟΡΘΟΥ ΣΤΙΣ 32 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΚΥΗΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΗ ΣΧΕΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Πρατίλας Γ., Παντελής Α., Κασμάς Σ., Σωτηριάδης Α., Δίνας Κ., Θεοδωρίδης Θ., Ταντανάσης Θ., Γιαννούλης Χ., Λουφόπουλος Α.

9. 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο στη Μαιευτική και Γυναικολογία 17-20 Μαΐου 2012, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΜΑΙΕΣ ΚΑΙ ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΑΠΟ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΚΥΠΡΟ

Δίνας Κ., Κασμάς Σ., Παντελής Α., **Πρατίλας Γ.**, Παπαγγελή Ε., Ζαΐρη Ε., Χατζής Π., Μιχαλάκη Γ., Κυδώνη Ρ., Μοσχάκη Β., Λουφόπουλος Π., Λουφόπουλος Α.

10. 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο στη Μαιευτική και Γυναικολογία 17-20 Μαΐου 2012, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΓΕΝΝΗΣΗ ΝΕΟΓΝΟΥ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ICSI. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κασμάς Σ., Παντελής Α., **Πρατίλας Γ.**, Ταντανάσης Θ., Δίνας Κ., Carcea F., Γιαννούλης Χ., Λουφόπουλος Α.

11. 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο στη Μαιευτική και Γυναικολογία 17-20 Μαΐου 2012, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΓΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΜΑΙΕΣ ΚΑΙ ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΑΠΟ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΚΥΠΡΟ

Δίνας Κ., Κασμάς Σ., **Πρατίλας Γ.**, Παντελής Α., Ζαΐρη Ε., Παπαγγελή Ε., Χατζής Π., Μιχαλάκη Γ., Κυδώνη Ρ., Μοσχάκη Β., Λουφόπουλος Π., Λουφόπουλος Α.

12. 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο στη Μαιευτική και Γυναικολογία 17-20 Μαΐου 2012, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΜΒΡΥΪΚΟΣ ΥΔΡΩΠΑΣ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κασμάς Σ., **Πρατίλας Γ.**, Παντελής Α., Δίνας Κ., Ταντανάσης Θ., Θεοδωρίδης Θ., Carcea F., Στεργιούδας Ι., Λουφόπουλος Α.

13. 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο στη Μαιευτική και Γυναικολογία 17-20 Μαΐου 2012, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΜΕΓΑΚΥΣΤΗ ΣΤΙΣ 12 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΚΥΗΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΗ ΣΧΕΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Πρατίλας Γ., Κασμάς Σ., Παντελής Α., Σωτηριάδης Α., Δίνας Κ., Στεργιούδας Ι., Ταντανάσης Θ., Θεοδωρίδης Θ., Λουφόπουλος Α.

14. 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο στη Μαιευτική και Γυναικολογία 17-20 Μαΐου 2012, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΟΝ ΟΜΦΑΛΙΚΟ ΔΑΚΤΥΛΙΟ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΚΟΛΠΟ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

Παντελής Α., Κασμάς Σ., **Πρατίλας Γ.**, Λαθουράς Κ., Χατζής Π., Δανιηλίδης Α., Καρτσέα Φ., Παπαθανασίου Κ., Λουφόπουλος Α.

15. 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο στη Μαιευτική και Γυναικολογία 17-20 Μαΐου 2012, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΡΑΓΕΙΣΑ ΕΤΕΡΟΤΟΠΗ ΣΑΛΠΙΓΓΙΚΗ ΚΥΗΣΗ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΕΞΑΔΥΜΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΚΥΗΣΗ ΣΥΝΟΔΕΥΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΣΟΒΑΡΗ ΥΠΕΡΔΙΕΓΕΡΣΗ ΩΘΗΚΩΝ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Πρατίλας Γ., Κασμάς Σ., Παντελής Α., Χατζής Π., Δανιηλίδης Α., Δίνας Κ., Carcea F., Γιαννούλης Χ., Λουφόπουλος Α.

16. 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο στη Μαιευτική και Γυναικολογία 17-20 Μαΐου 2012, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΣΟΒΑΡΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΚΙΡΣΟΙ ΑΙΔΟΙΟΥ ΚΑΙ ΚΟΛΠΟΥ ΣΕ ΚΥΗΣΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΗ ΣΧΕΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Πρατίλας Γ., Παντελής Α., Κασμάς Σ., Χατζής Π., Δανιηλίδης Α., Δίνας Κ., Carcea F. Γιαννούλης Χ., Λουφόπουλος Α.

17. 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο στη Μαιευτική και Γυναικολογία 17-20 Μαΐου 2012, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΚΥΗΣΗΣ 7 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ, ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΣΠΕΡΜΑΤΕΥΧΥΣΗ, ΜΕ ΜΕΘΟΤΡΕΞΑΤΗ

Παντελής Α., Πρατίλας Γ., Κασμάς Σ., Χατζής Π., Δανιηλίδης Α., Δίνας Κ., Ταντανάσης Θ., Γιαννούλης Χ., Λουφόπουλος Α.

18. 17th International Meeting of the European Society of Gynaecological Oncology, 11-14 Σεπτεμβρίου 2011, Μιλάνο, Ιταλία

CERVICAL CANCER AND OUR EXPERIENCE OF 11 - YEARS PERIOD IN 2nd DEPARTMENT OF OB/GYN IN ARISTOTLE UNIVERSITY OF THESSALONIKI

K. Lathouras, G. Pratilas, P. Hatzis, N. Papathanasiou, K. Papathanasiou, A. Loufopoulos

18. 17th International Meeting of the European Society of Gynaecological Oncology, 11-14 Σεπτεμβρίου 2011, Μιλάνο, Ιταλία

THE FOLLOW UP OF WOMEN SUFFERING FROM UTERINE CANCER IN 2nd DEPARTMENT OF OB/GYN IN ARISTOTLE UNIVERSITY OF THESSALONIKI

K. Lathouras, **G. Pratilas**, P. Chatzis, N. Papathansiou, K. Papathanasiou, A. Loufopoulos

19. 17th International Meeting of the European Society of Gynaecological Oncology, 11-14 Σεπτεμβρίου 2011, Μιλάνο, Ιταλία

METASTASIS PRESENTING AS PSOAS ABSCESS AFTER TOTAL RADICAL HYSTERECTOMY FOR CERVICAL CANCER

K. Lathouras, **G. Pratilas**, P. Chatzis, I. Stergioudas, N. Papathansiou, K. Papathanasiou, A. Loufopoulos

20. 17th International Meeting of the European Society of Gynaecological Oncology, 11-14 Σεπτεμβρίου 2011, Μιλάνο, Ιταλία

ENDOMETRIAL CANCER AND EXERCISE

I. Mitsakis, M. Mitsakis, K. Lathouras, C. Mitsaki, **G. Pratilas**, A. Anastasiou, K. Sianou, R. Hainoglou, A. Loufopoulos

21. 8th Congress on Women's Health and Disease, 1-3 Σεπτεμβρίου 2011, Κως, Ελλάδα

ANTEPARTUM SINGLE TWIN DEMISE – A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Pratilas G., Lathouras K., Daniilides A., Hatzis P., Kasma S., Dinas K., Loufopoulos A.

22. 8th Congress on Women's Health and Disease 1-3 Σεπτεμβρίου 2011, Κως, Ελλάδα

FIBROSARCOMA – A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Pratilas G., Hatzis P., Lathouras K., Foteinakis I., Kasmas S., Dinas K., Loufopoulos A.

23. 8th Congress on Women's Health and Disease 1-3 Σεπτεμβρίου 2011, Κως, Ελλάδα

MICROCEPHALY COMBINED WITH MENINGOENCEPHALOCELE – A CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE ABOUT POSSIBLE GENETIC FACTORS AND SCREENING TESTS

Pratilas G., Makris V., Lathouras K., Hatzis P., Kasmas S., Athanasiou E., Dinas K., Loufopoulos A.

24. 13th Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society, 23-26 Οκτωβρίου 2010 Πράγα, Τσεχία

UTERUS CHORIOCARCINOMA WITH CERVIX INVASION, A CASE REPORT

E. Karagiannidou, K. Lathouras, M. Tzafettas, **G. Pratilas**, P. Chatzis, A. Karagiannidis, K. Papathanasiou

25. 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρίας Εμβρυομητρικής, 14-16 Μαΐου 2010, Μέτσοβο, Ελλάδα

ΠΡΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ ΤΗΝ 32^Η ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΥΗΣΗΣ ΜΕΤΑ ΤΕΛΕΙΑ ΕΚΤΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΝΟΣ ΕΜΒΡΥΟΥ ΤΗΝ 18^Η ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Λαθουράς Κ., Στεργιούδας Ι., Carcea F., **Πρατίλας Γ.**, Μητσάκης Ι., Γιαννούλης Χ., Τζαφέττας Ι.

26. 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρίας Εμβρυομητρικής, 14-16 Μαΐου 2010, Μέτσοβο, Ελλάδα

ΠΕΡΙΔΕΣΗ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΣΤΟ 2^Ο ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ. ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ Η ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΠΑΡΑΤΑΣΗΣ ΚΥΗΣΗΣ;

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

27. 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ουρογυναικολογίας και Διαταραχών Πυελικού Εδάφους, 19-21 Μαρτίου 2010, Αθήνα

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΟΥΡΟΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΣΥΝΘΕΤΙΚΩΝ ΥΛΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ ΟΥΡΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ

Τζαφέττας Ι., Ταντανάσης Θ., Γιαννούλης Χ., Τσαμπάκης Ν., Λαθουράς Κ., **Πρατίλας Γ.**, Μητσάκης Ι., Δανιηλίδης Α., Παπαθανασίου Κ., Λουφόπουλος Α.

28. 16th International Meeting of the European Society of Gynaecological Oncology, 11-14 Οκτωβρίου 2009, Βελιγράδι, Σερβία

VERIFICATION OF THE ACCURACY OF CERVICAL CYTOLOGY REPORTS IN WOMEN REFERRED FOR COLPOSCOPY

A. Daniilidis, K. Lathouras, I. Koutsos, **G. Pratilas**, K. Papathanasiou

ΣΥΜΕΤΟΧΕΣ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ/ΗΜΕΡΙΔΕΣ

1. “Σύγχρονες απόψεις στη Μαιευτική – Γυναικολογία. Διευρύνοντας τη γνώση αυξάνουμε την ασφάλεια”

19 Νοεμβρίου, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

2. 1^ο Πρακτικό Σεμινάριο: «Εισαγωγή στην Απεικόνιση του Μαστού – Hands on Course – Με Πρακτική Εφαρμογή»

8 Οκτωβρίου 2016, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

3. 2ο Πανελλήνιο Σεμινάριο Ψυχοσωματικής στη Μαιευτική Γυναικολογία. Είναι η σωματική προέκταση της ψυχικής υγείας;

11 Ιουνίου 2016, Θεσσαλονίκη

4. 1^η Επιστημονική Ημερίδα του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού του ΓΝ «Ιπποκρατείου» Θεσσαλονίκης : “ Ενημέρωση – Πρόληψη – Εκπαίδευση για την Υγεία της Γυναίκας”

16 Απριλίου 2016, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

5. 2^ο Κλινικό Σεμινάριο Μαστολογίας: Μαία και Μαστός

5 Μαρτίου 2016, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

6. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία με Διεθνή Συμμετοχή

24-28 Φεβρουαρίου 2016, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

7. Κλινικό Φροντιστήριο με Θέμα « Παθολογικά Προβλήματα σε Ειδικές Κατηγορίες Ασθενών» στο πλαίσιο του 2ου Πανελλήνιου Συνεδρίου Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία με Διεθνή Συμμετοχή

26 Φεβρουαρίου 2016, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

8. 1ο Πρακτικό Σεμινάριο Βασικής Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής στη Γυναικολογία

20 Φεβρουαρίου 2016, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

9. 2^ο Σεμινάριο Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας

18-19 Σεπτεμβρίου 2015, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

10. 1^ο Κλινικό Σεμινάριο Μαστολογίας στη Διαγνωστική Διερεύνηση Παθήσεων Μαστού

3 Απριλίου 2015, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

11. 13ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιευτικής και Γυναικολογίας

28-31 Μαΐου 2015, Βόλος Θεσσαλονίκη

12. Η καισαρική τομή σήμερα

7 Μαρτίου 2015, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

13. 2^ο Θεωρητικό και Πρακτικό Σεμινάριο στη Μαιευτική Υπερηχογραφία

7 Φεβρουαρίου 2015, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

14. 1ο Workshop Περινεϊκής Υπερηχογραφίας. Διευρύνοντας τις δυνατότητες του υπερήχου στην Κλινική & στο Ιατρείο

13 Δεκεμβρίου 2014, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

15. Κολποσκόπηση και Παθολογία Τραχήλου: Ενδιαφέρουσες Κλινικές Περιπτώσεις

13-15 Νοεμβρίου 2014, Ιωάννινα, Ελλάδα

16. Ο Τοκετός Σήμερα. Πού και Πώς

12 Σεπτεμβρίου 2014, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

17. Παθήσεις Μαστού, Διερεύνηση – Διάγνωση – Αντιμετώπιση

21 Ιουνίου 2014, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

18. 29^ο Βορειοελλαδικό Ιατρικό Συνέδριο

27-29 Μαρτίου 2014, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

19. Θεωρητικό & Πρακτικό Σεμινάριο Κολποσκόπησης

8 Μαρτίου 2014, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

20. 1^ο HPV Σεμινάριο της Ελληνικής HPV Εταιρίας

21 Φεβρουαρίου 2014, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

21. Σεμινάριο Κολποσκόπησης και Παθολογίας Τραχήλου της ελληνικής HPV Εταιρίας

21 Φεβρουαρίου 2014, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

22. 6^η Σύνοδος της Ελληνικής εταιρίας Έρευνας και αντιμετώπισης του Ιού των θηλωμάτων(HPV)

21-23 Φεβρουαρίου 2014, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

23. Συγγενείς Ανωμαλίες του Εμβρύου: Προγεννητική Διάγνωση, Αντιμετώπιση, Πρόγνωση

15 Φεβρουαρίου 2014, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

24. 1ο Workshop Περινεϊκής Υπερηχογραφίας

13 Δεκεμβρίου 2014, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

- 25. Μαιευτική – Γυναικολογία Βασισμένη σε Σύγχρονα Επιστημονικά Δεδομένα**
14 – 15 Δεκεμβρίου 2013, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα
- 26. Πρόσφατες εξελίξεις στην Παιδική και Εφηβική Γυναικολογία**
22 - 23 Νοεμβρίου 2013, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα
- 27. London Safety In Maternal Services (SIMS)**
15 Μαρτίου 2013, Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο
- 28. Ethicon Gynecare Laparoscopic Pelvic Floor Symposium**
5 Οκτωβρίου 2012, Basingstoke, Ηνωμένο Βασίλειο
- 29. 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο στη Μαιευτική και Γυναικολογία**
17-20 Μαΐου 2012, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα
- 30. Επιστημονική Εκδήλωση <<Εγκυμοσύνη και Διατροφή >>**
31 Μαρτίου 2012, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα
- 31. 17th International Meeting of the European Society of Gynaecological Oncology,**
11-14 Σεπτεμβρίου 2011, Μιλάνο, Ιταλία
- 32. 8th Congress on Women's Health and Disease,**
1-3 Σεπτεμβρίου 2011, Κως, Ελλάδα
- 33. 5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης,**
1-2 Απριλίου 2011, Αθήνα, Ελλάδα
- 34. Πρόσφατες εξελίξεις και αντιπαραθέσεις στη χειρουργική του πυελικού εδάφους και τη γυναικεία ακράτεια,**
30-31 Οκτωβρίου, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα
- 35. 15^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιγεννητικής Ιατρικής**
18-20 Σεπτεμβρίου 2009, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα
- 36. 8^η Επιστημονική Συνάντηση : Νέες εξελίξεις στην πρόληψη και αντιμετώπιση του γυναικολογικού καρκίνου**
20-22 Μαρτίου 2009, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα
- 37. Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο : Ανωοθυλακιορρηξία & Διαταραχές της Εμμήνου Ρύσεως**
5-7 Δεκεμβρίου 2008, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

38. Καθ' ἑξιν Εκτρώσεις

22-23 Νοεμβρίου 2008, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

39. Πρώιμος και τοπικά προχωρημένος καρκίνος του μαστού και καρκίνος του παχέος εντέρου – ορθού

27 Σεπτεμβρίου 2008, Δράμα, Ελλάδα

40. 7th Congress on Women's Health and Disease,

11-13 Σεπτεμβρίου 2008, Αθήνα, Ελλάδα

41. 3^ο Σεμινάριο: Η γυναικεία ακράτεια και οι βλάβες του πυελικού εδάφους, σύγχρονες απόψεις αντιμετώπισης

22-23 Φεβρουαρίου 2008, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

42. Επιστημονική Διημερίδα: HPV – εμβόλιο από την έρευνα στην εφαρμογή

27-28 Ιανουαρίου 2007, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

43. 4^η Ημερίδα Της ελληνικής Εταιρίας Χειρουργικής Παχέος Εντέρου – Πρωκτού

3 Δεκεμβρίου 2005, Δράμα, Ελλάδα

44. Συνέδριο με θέμα : Προγεννητικός έλεγχος

12-13 Νοεμβρίου 2005, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

45. 14^ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Παιδιατρικής

28 Σεπτεμβρίου 2002, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

46. 6^ο Επιστημονικό Συνέδριο Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδας

12-14 Μαΐου 2000, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΜΕΛΟΣ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΩΝ/ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ ΣΕ ΗΜΕΡΙΔΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

1. 1^ο Πρακτικό Σεμινάριο: «Εισαγωγή στην Απεικόνιση του Μαστού – Hands on Course – Με Πρακτική Εφαρμογή»

8 Οκτωβρίου 2016, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

2. 2ο Κλινικό Σεμινάριο Μαστολογίας: Μαία και Μαστός

5 Μαρτίου 2016, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

3. 1ο Πρακτικό Σεμινάριο Βασικής Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής στη Γυναικολογία, με διεθνή συμμετοχή

20 Φεβρουαρίου 2016, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

4. 1ο Κλινικό Σεμινάριο Μαστολογίας στη Διαγνωστική Διερεύνηση Παθήσεων Μαστού

3 Απριλίου 2015, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

5. Παθήσεις Μαστού, Διερεύνηση – Διάγνωση – Αντιμετώπιση.

21 Ιουνίου 2014, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΜΕΛΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΙΩΝ

Ελληνική Εταιρία Κολποσκόπησης και Παθολογίας Τραχήλου

Ελληνικής Εταιρίας Έρευνας και Αντιμετώπισης του Ιού των Θηλωμάτων (HPV)

European Society of Gynaecological Oncology



ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
OBSTETRIC AND GYNAECOLOGICAL SOCIETY OF THESSALONIKI

1^ο Πρακτικό Σεμινάριο Εισαγωγή στην Απεικόνιση του Μαστού Hands on Course – Με Πρακτική Εφαρμογή

Σάββατο
8.10.2016

«Ιπποκράτειο» Γ.Ν. Θεσσαλονίκης
Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική
Αίθουσα Διδασκαλίας (4ου Ορόφου)
Α' Κτίριο // Κωνσταντινουπόλεως 49

• Στους συμμετέχοντες θα δοθεί δωρεάν το βιβλίο:

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**



Σε συνεργασία

Β' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Α.Π.Θ.

Διευθυντής: Καθηγητής Ε. Ασημακόπουλος

Υπεύθυνος Σεμιναρίου: Επικ. Καθηγητής Κ. Δίνας



Πληροφορίες – Γραμματεία Σεμιναρίου

Αγ. Σοφίας 18, 54622, Θεσσαλονίκη

T: 2310250401, F: 2310250418

E: congress-secretary@voyagertravel.gr , www.voyagertravel.gr

Επιστημονικό Πρόγραμμα

08.15 - 08.30 Προσέλευση - Χαιρετισμοί

08.30 - 09.50 1^ο Session: Εισαγωγή

Προεδρείο

Απόστολος Ζαβός – Θεοχάρης Ταντανάσης - Χρυσούλα Γερανού

08.30 - 08.50 Ανατομία και ακτινοανατομία μαστού

Εισηγητές: Απόστολος Ζαβός - Κική Δαδούλη

08.50 - 09.10 Η σημασία της μαστογραφίας και του υπερηχογραφήματος για τον "μη-ειδικό". Πολυτέλεια ή εργαλείο;

Εισηγητής: Γεώργιος Πρατίλας

09.10 - 09.30 Ασυμμετρία, διαταραχή αρχιτεκτονικής, ευρήματα που δεν φαίνονται στην μαστογραφία. Σημασία της κλινικής εξέτασης ως συμπλήρωμα της μαστογραφίας

Εισηγητής: Κίμων Χατζησταματίου

09.30 - 09.50 Ταξινόμηση κατά BIRADS

Εισηγητής: Κωνσταντίνος Δίνας

09.50 - 11.50 2^ο Session – Μαστογραφία

Προεδρείο

Ευστράτιος Ασημακόπουλος - Λουφόπουλος Αριστοτέλης - Ιωάννης Σώης

09.50 - 10.30 Η μαστογραφία ως απεικονιστική μέθοδος:

- Τεχνική-λήψεις-τρόπος ανάγνωσης
- Αναλογική-Ψηφιακή
- Αξιολόγηση της ποιότητας της μαστογραφίας
- Κατηγορίες ευρημάτων - κατάταξη BIRADS

Εισηγήτρια: Ιωάννης Χρυσογονίδης

10.30 - 11.10 Συσχέτιση εικόνας με ιστολογική εξέταση.

- Καλοήθη ευρήματα
- Κακοήθη ευρήματα
- Video Session

Εισηγητής: Αναστάσιος Λευκόπουλος

11.10 - 11.50 Ειδικές περιπτώσεις:

- Ο μαστός με πρόθεση
- Ο χειρουργημένος μαστός
- Τομοσύνθεση
- Σκιαγραφικά
- Video Session

Εισηγητής: Ιωάννης Χρυσογονίδης

11.50 - 12.10 Διάλειμμα – Καφές

1^η Επιστημονική Ημερίδα Κέντρου Οικογενειακού
Προγραμματισμού Ιπποκρατείου ΓΝ Θεσσαλονίκης

«Ενημέρωση – Πρόληψη – Εκπαίδευση
για την υγεία της γυναίκας»



**16 Απριλίου
2016**

Πρόγραμμα Ημερίδας

«Ιπποκράτειο» ΓΝ Θεσσαλονίκης
Αμφιθέατρο «Π.Μεταξά»

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ - ΣΑΒΒΑΤΟ 16 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2016**Χώρος διεξαγωγής: Αμφιθέατρο «Π.Μεταξά»****09:00 – 11:00****1^η ΣΥΝΕΔΡΙΑ:****Η σημασία της πρόληψης για τη γυναίκα ανάλογα με την ηλικία**

Προεδρείο: Ταντανάσης Θεοχάρης, Σωτηριάδης Αλέξανδρος, Άγγελου Φωτεινή, Δημητριάδης Χαράλαμπος

- Η αντισύλληψη στην εφηβεία
Ομιλητής: Δανιηλίδης Άγγελος
- Προγεννητική φροντίδα
Ομιλητής: Πρατίλας Γεώργιος
- Μαστός: Προληπτικός έλεγχος
Ομιλητής: Χατζής Παναγιώτης
- Πρόληψη γυναικολογικού καρκίνου
Ομιλητής: Χατζησταματίου Κίμωνας
- Η Θεραπεία της ορμονικής υποκατάστασης «σήμερα»
Ομιλητής: Κούρτης Ανάργυρος

11:00 – 11:30**ΔΙΑΛΕΞΗ****«Η σεξουαλικότητα ως αναπόσπαστο κομμάτι του εαυτού μας»**

Ομιλήτρια: Πέγιου Αγγελική

Συντονισμός: Carcea Fausto

11:30 – 12:00**ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ****12:00 – 14:00****2^η ΣΥΝΕΔΡΙΑ:****Οικογενειακός Προγραμματισμός:****Παρόν και μέλλον στην Ελλάδα του 2016**

Προεδρείο: Θεοδοσιάδου Αικατερίνη, Κασάμπαλη Ανθούλα, Γερωνυμάκη Μαρία

- Σχεδιασμός, οργάνωση και στόχοι λειτουργίας των Κ.Ο.Π.
Η λειτουργία του Κ.Ο.Π του ΓΝΘ «Ιπποκρατείου»
Ομιλήτρια: Μιχαλάκη Γαρυφαλλιά
- Η λειτουργία του Κ.Ο.Π. στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Ομιλήτρια: Ντούλα Μαρία
- Η λειτουργία του Κ.Ο.Π. στην περιφέρεια
Ομιλήτρια: Βλαχοπούλου Σταματία
- Πρόγραμμα Σεξουαλικής Αγωγής στα σχολεία Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης από το Κ.Ο.Π. του «Ιπποκρατείου» ΓΝΘ
Ομιλήτρια: Κυργιαφίνη Γεωργία
- Η ρόλος της Μαιάς στην πληροφόρηση της μητέρας και της έφηβης κόρης
Ομιλήτρια: Κυδώνα Ρεγγίνα

Συμπεράσματα - Προτάσεις



Οργάνωση:

**Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική
Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης**

Διευθυντής: Καθηγητής Ευστράτιος Ασημακόπουλος

Υπεύθυνος Ημερίδας: Επ. Καθηγητής Κωνσταντίνος Δίνας

Υπό την αιγίδα των:



Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης



Ελληνικής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρείας



Μαιευτικής Γυναικολογικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης



Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών - Μαιευτών Θεσσαλονίκης

2^ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΑΣ: ΜΑΙΑ & ΜΑΣΤΟΣ



ΘΑ ΧΟΡΗΓΗΘΟΥΝ ΜΟΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΓΕ

Δωρεάν συμμετοχή

Σάββατο 5 Μαρτίου 2016

Κέντρο Διάδοσης Ερευνητικών Αποτελεσμάτων (ΚΕ.Δ.Ε.Α)

ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ Ι, ΙΣΟΓΕΙΟ

3ης Σεπτεμβρίου, Πανεπιστημιούπολη, Θεσσαλονίκη

Σάββατο, 5 Μαρτίου 2016

13.50 - 14.10 Μητρικός θηλασμός: Υποστηρικτικές ενέργειες Ιδιωτικής Κλινικής
Εισηγήτρια: **Αντωνία Καραγλάνη**

14.10 - 14.30 Ψυχολογική Υποστήριξη της γυναίκας με προβληματικό θηλασμό
Εισηγήτρια: **Μαρία Μπουρουντζόγλου**

14.30 - 15.00 Διάλειμμα - Ελαφρύ γεύμα

15.00 - 16.00 5ο Session – Ειδικές περιπτώσεις I

Προεδρείο:

Θ. Ταντανάσης, Ά. Δανιηλίδης, Φ. Άγγου

15.00 - 15.20 Παθολογικά ευρήματα από τον μαστό κατά την κύηση και θηλασμό και αντιμετώπισή τους
Εισηγητής: **Παναγιώτης Χατζής**

15.20 - 15.40 Θηλασμός και προστατευτική δράση στον μαστό: Μύθος ή πραγματικότητα;
Εισηγητής: **Γιώργος Πρατίλας**

15.40 - 16.00 Νεότερες εξελίξεις στον προληπτικό έλεγχο του πληθυσμού (νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες, αντιμετώπιση ομάδων υψηλού - χαμηλού κινδύνου)
Εισηγητής: **Κωνσταντίνος Δίνas**

16.00-16.10 Επίλογος - Συμπεράσματα - Απονομή πιστοποιητικών παρακολούθησης



2^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΜΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

2nd PANHELLENIC CONGRESS
ON CONTINUING EDUCATION
IN INTERNAL MEDICINE
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ
INTERNAL MEDICINE SOCIETY
OF NORTHERN GREECE



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
HELLENIC PROFESSIONAL
UNION OF INTERNISTS



24-28/2/2016
Makedonia Palace
Θεσσαλονίκη

Υπό την αιγίδα:



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ
ΥΓΕΙΑΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ &
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ
(ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ - ΘΡΑΚΗΣ)



ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
Σχολή Επιστημών Υγείας
Τμήμα Ιατρικής



ΙΑΤΡΙΚΟΣ
ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Οργάνωση - Γραμματεία:

 **free spirit**
Getting you there!

Τελικό Πρόγραμμα
& Βιβλίο Περιλήψεων



Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2016

ΑΙΘΟΥΣΑ ΚΑΛΛΙΟΡΙ

14.30 - 16.00

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

«Παθολογικά προβλήματα σε ειδικές κατηγορίες ασθενών»

Συντονιστές: Ε. Ασημακόπουλος, Μ. Σιών, Κ. Γεωργεφένδης

- Εγκυμοσύνη: Γ. Πρατίλας
- Πριν και μετά από χειρουργική επέμβαση: Α. Ξάνθης
- Εξερχόμενοι από ΜΕΘ μετά από παρατεταμένη νοσηλεία: Ε. Τερζή
- Κατά τη νοσηλεία σε κέντρο αποκατάστασης: Ε. Μούζα

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΙΩΝ

14.30 - 16.00

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (POSTER) II
(AA16-AA33)

Πρόεδροι:

Α. Κουνανής, J. Rudolf (AA16-AA17-AA18-AA19-AA20-AA21)

Γ. Μπομπότης (AA22-AA23-AA24-AA25)

Β. Λεκάκης (AA26-AA27-AA28-AA29-AA30)

Γ. Σαββόπουλος (AA31-AA32-AA33)

AA16 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΛΗΤΤΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ (2012-2015)

Δρίκος Ι.¹, Σαχινίδης Α., Βάσση Ι.

¹ Κέντρο Υποδοχής και Αλληλεγγύης Δήμου Αθηναίων (ΚΥΑΔΑ)

AA17 ΑΚΡΑΤΕΙΑ. ΕΝΑ ΜΕΙΖΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER

Παπακωνσταντίνου Α.^{1,3}, Λαζάρου Ι.^{2,3}, Τσολάκη Μ.^{2,3}

¹ Β' Χειρουργική Κλινική, «Γ.Ν. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

² Γ' Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική, «Γ.Ν. Παπανικολάου», Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

³ Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

AA18 ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΑΝΤΙΪΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΛΗΤΤΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Δρίκος Ι.¹, Σαχινίδης Α., Βάσση Ι.

¹ Κέντρο Υποδοχής και Αλληλεγγύης Δήμου Αθηναίων (ΚΥΑΔΑ)

AA19 ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΤΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ

Τζιόμαλος Κ.¹, Γκουγκουρέλας Ι.², Σαραντόπουλος Α.², Μπεκιάρη Ε.², Ράπτης Ν.¹, Μακρή Ε.¹, Τσέλιος Κ.², Παντούρα Μ.², Χατζητόλιος Α.Ι.¹, Μπούρα Π.²

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Κλινικής Ανοσολογίας, Β' Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη



Υπό την αιγίδα της:
Ελληνικής Μαιευτικής
& Γυναικολογικής Εταιρείας



Οργάνωση:
Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική
Αριστοτελείου Πανεπιστημίου
Θεσσαλονίκης
Διευθυντής: Καθηγητής Ε. Ασημακόπουλος
Υπεύθυνος Σεμιναρίου: Επ. Καθηγητής Κ. Δίνας



10 ΚΛΙΝΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΜΑΣΤΟΥ

Παρασκευή
3 Απριλίου 2015

Ξενοδοχείο Makedonia Palace, Θεσσαλονίκη

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Δωρεάν συμμετοχή

Περιορισμένος αριθμός συμμετεχόντων (40 άτομα).
Θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας

Πληροφορίες- εγγραφές:

Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
Τηλ.: 2310 892130-1, e-mail: evachasioti@hotmail.com

ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ 3 ΜΟΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΓΕ

13.00- 14.00 5^ο SESSION: ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Προεδρείο:

Θ. Ταντανάσης, Γ. Μαυροματίδης, Κ. Δίνας

13.00-13.15

MRI

Εισηγήτρια:

Πέγκυ Παπαδοπούλου

13.15-13.30

**ΒΙΟΨΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΜΑΣΤΟΥ:
FNA-CORE BIOPSY-OPEN BIOPSY**

Εισηγητές:

**Ευάγγελος Πετσατώδης
Κωνσταντίνος Δίνας**

13.30-13.45

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ
ΚΑΙ ΓΑΛΟΥΧΙΑ**

Εισηγητής:

Γεώργιος Πρατίλας

13.45-14.00

**ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΕ ΟΜΑΔΑ ΥΨΗΛΟΥ
ή ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Εισηγητής:

Παναγιώτης Χατζής

14.00

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΛΗΞΗ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ
ΑΠΟΝΟΜΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ**



Β' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική
Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Επιστημονική Ημερίδα: **Παθήσεις Μαστού**

Διερεύνηση
Διάγνωση
Αντιμετώπιση

ΚΕΔΕΑ

21 Ιουνίου 2014

Θεσσαλονίκη

Πρόγραμμα

- 14.30 - 15.15** **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**
ΚΥΗΣΗ - ΘΗΛΑΣΜΟΣ
Προεδρείο: **Ε. Διαμαντή, Α. Μαρόπουλος, Θ. Ταντανάσης**
- 14.30 - 14.45 Φυσιολογικές μεταβολές στην κύηση - Βασικές αρχές θηλασμού
Κ. Θεοδοσιάδου
- 14.45 - 15.00 Συνήθη προβλήματα θηλασμού
Κ. Γραμματικού
- 15.00 - 15.15 Παθολογικά ευρήματα από το μαστό κατά την κύηση και τον θηλασμό και αντιμετώπισή τους
Γ. Πρατίλας
- 15.15 - 15.30** **ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**
- Νεότερες εξελίξεις στον προληπτικό έλεγχο του πληθυσμού (νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες, αντιμετώπιση ομάδων υψηλού - χαμηλού κινδύνου)
Α. Λουφόπουλος, Κ. Δίνas
- 15.30** **Λήξη ημερίδας - Απονομή πιστοποιητικών παρακολούθησης**



ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1928

29^ο

Βορειοελλαδικό Ιατρικό Συνέδριο

με Πανελλήνια Συμμετοχή

"Η Ιατρική στην Εποχή της Κρίσης"

27-29

Μαρτίου 2014

Θεσσαλονίκη

Grand Hotel Palace

Χορηγούνται 15 μόρια
Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης
(C.M.E. CREDITS)

Τελικό Πρόγραμμα

090 Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ FNAC ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ, ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΗΣ Β' Μ/Γ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΑΠΘ

Πρατίλας Γ.Χ., Νασιουτζίκη Μ., Παντελής Α., Κασμάς Στ., Δίνας Κ.

Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Οι κατευθυντήριες οδηγίες καθορίζουν πως οι ασθενείς με βλάβες μαστών πρέπει να αντιμετωπίζονται με ένα τριπλό σύστημα αξιολόγησης που περιλαμβάνει κλινική, απεικονιστική, και μικροσκοπική εκτίμηση της βλάβης. Στο σκέλος της μικροσκοπικής εκτίμησης η κυτταρολογία μετά αναρρόφησης με λεπτή βελόνα (Fine needle aspiration cytology-FNAC) αμφισβητήθηκε στο παρελθόν αλλά και στο παρόν. Όμως όλο και πιο συχνά σήμερα γίνονται αναφορές για την αξία που έχει η FNAC, ιδίως σε ένα περιβάλλον με περιορισμένους πόρους υγείας.

Σκοπός: Η διερεύνηση του ρόλου της FNAC στη διαχείριση βλαβών του μαστού ως εναλλακτική εξέταση στο σήμερα θεωρούμενο gold standard: την κλασσική βιοψία βελόνης (needle core biopsy-NCB)

Υλικό και Μέθοδοι: Προκαταρκτική ανάλυση δεδομένων από σχετικό πρωτόκολλο της κλινικής σε εξέλιξη. Αφορά 48 περιστατικά με βλάβες μαστού, όπου πραγματοποιήθηκε FNAC και έγινε συσχέτιση με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το follow up τους-παρακολούθηση, NCB, χειρουργική αφαίρεση. Αναδρομή στη σχετική βιβλιογραφία και τις σχετικές κατευθυντήριες οδηγίες.

Αποτελέσματα: Ήταν ενθαρρυντικά μέχρι τώρα. Τα καλοήθη-C2(22,3%) και πιθανά καλοήθη-C3(11,2%) δείγματα τέθηκαν σε παρακολούθηση χωρίς κλινική ή απεικονιστική επιδείνωση μέχρι τώρα. Στις περιπτώσεις πιθανής-C4(15%) και διαγνωσμένης κακοήθειας-C5(48%) έγινε συσχέτιση με τα παθολογοανατομικά ευρήματα (NCB, χειρουργικό παρασκεύασμα) όπου υπήρχε 100 % συμφωνία. Τα μη ικανοποιητικά δείγματα-C1(3,5%) διερευνήθηκαν με NCB.

Συμπεράσματα: Η FNAC μπορεί να αποτελέσει εξέταση πρώτης γραμμής στο σκέλος της μικροσκοπικής εκτίμησης. Είναι μέθοδος οικονομική, εύκολα εκτελέσιμη και φιλική προς τον ασθενή. Μπορεί να διαχωρίσει επιτυχώς και εύκολα τις καλοήθεις παθήσεις από τις κακοήθεις, χωρίς περεταίρω κόστος ή άγχος στον ασθενή. Παρόλα αυτά χρειάζεται γνώση των περιορισμών και των αδυναμιών της μεθόδου. Δεν παρέχει πληροφορίες για την κυτταρική αρχιτεκτονική του ιστού από όπου λήφθηκε το δείγμα και είναι σημαντική η εμπειρία του κυτταρολόγου στην σωστή ερμηνεία των δειγμάτων. Σε περιπτώσεις αμβιβόλων αποτελεσμάτων τα περιστατικά χρήζουν παραπέρα διερεύνησης με την NCB.

Concealed heterotopic pregnancy at 12 weeks, with no coexisting risk factors: Lessons to be learned

Georgios C. Pratilas¹, Panagiotis Chatzis¹, Nikolaos Panteleris¹, Kimon Chatzistamatiou¹, Leonidas Zeipiridis² and Konstantinos Dinas¹

¹Second Department of Obstetrics and Gynecology, Aristotle University of Thessaloniki, Ippokrateio Hospital of Thessaloniki, and ²First Department of Obstetrics and Gynecology, Aristotle University of Thessaloniki, Papageorgiou Hospital of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

Abstract

A woman presented at the gynecological emergency clinic with severe lower abdominal pain. Even though she reported normal menses and had no risk factors for ectopic pregnancy, pregnancy test was positive and vaginal sonogram indicated heterotopic pregnancy at 12 weeks of gestation, with rupture of the ectopic pregnancy. Laboratory results indicated significant blood loss, and emergency laparotomy with salpingo-oophorectomy was performed. The intrauterine pregnancy continued uneventfully. Interestingly, the previous month the patient had also undergone investigation for vague abdominal pain and anemia. This case, apart from being very interesting because of the rarity of naturally occurring heterotopic pregnancy, shows how a number of factors in patient management and investigation, when combined with rare and uncommon conditions, can lead to incorrect diagnosis with the associated implications for patient safety. This case therefore demonstrates the need for improved patient care and outcome.

Key words: concealed, heterotopic, investigation, management, rupture.

Introduction

Heterotopic pregnancy is a rare condition that can often pose a diagnostic problem, especially when occurring in spontaneous conception. By definition, heterotopic pregnancy occurs when intrauterine pregnancy coexists with ectopic pregnancy. The frequency of heterotopic pregnancy in spontaneous conception is reported as 1:30 000.¹ Furthermore, assisted reproductive techniques (ART) can raise this to 1:100.^{2,3} Normally, the ectopic pregnancy is located in the fallopian tube (in >95% of cases).⁴ Other more uncommon implantation sites include the cervix, interstitial segment of the fallopian tube, scar from prior cesarean section, uterine myometrium, ovary and peritoneal cavity.⁵ Complications of heterotopic pregnancy include rupture of the ectopic pregnancy and miscarriage of the intrauterine

pregnancy after treatment for the ectopic one.⁶ Management of these cases includes expectant management, surgical management, sonography-guided embryo aspiration, with varying outcome reported,⁶ and sonography-guided reduction with sodium chloride injection of the ectopic pregnancy,⁷ even though, at advanced gestational age, surgical management is usually mandated. Given that heterotopic pregnancy is actually an ectopic pregnancy with a simultaneous intrauterine one, heterotopic and ectopic pregnancies share the same risk factors.⁸ Recognized risk factors for heterotopic pregnancy are previous tubal surgery, previous ectopic pregnancy, *in utero* diethylstilbestrol exposure, previous genital infection, infertility, current smoking, intrauterine device use, and ART.⁹ We describe such a case with the added complications of being concealed and relatively advanced. Furthermore, we discuss how and

Received: December 4 2015.

Accepted: August 8 2016.

Correspondence: Dr Georgios C. Pratilas, Second Department of Obstetrics and Gynecology, Aristotle University of Thessaloniki, Ippokrateio Hospital of Thessaloniki, 226 Delfon Street, Thessaloniki 54655, Greece. Email: georgepratilas978@gmail.com

why such a case can remain undiagnosed, up to presentation with acute abdominal pain. Written informed consent was obtained from the patient for publication of this case report and accompanying images.

Case Report

A 35-year-old G1P0 woman presented at the gynecological emergency department with severe lower abdominal pain. She had regular menses, no past medical history, and, when questioned for previous tubal surgery, previous ectopic pregnancy, *in utero* diethylstilbestrol exposure, genital infection, infertility, smoking, use of intrauterine device or ART, she had none of these risk factors. In contrast, the previous month she had been investigated for atypical abdominal pain and anemia. During clinical examination, palpation of the lower abdomen, as well as bimanual examination, were extremely painful. Speculum examination indicated dark bloody discharge from a closed cervical os. She was feeling unwell although she had normal vitals. Urine pregnancy test and full blood count (FBC) were requested. Fast abdominal scan in the emergency room showed a live intrauterine pregnancy estimated to be around 11 weeks. A provisional diagnosis of threatened miscarriage was made, and transvaginal sonogram ordered immediately.

Transvaginal sonogram showed a heterotopic pregnancy with an intrauterine fetus at 11 weeks 5 days according to crown–rump length (CRL) and a live ectopic fetus with the same CRL (Fig. 1). A significant amount of abdominal free fluid and blood clots were also visualized, and thus rupture of the ectopic pregnancy was

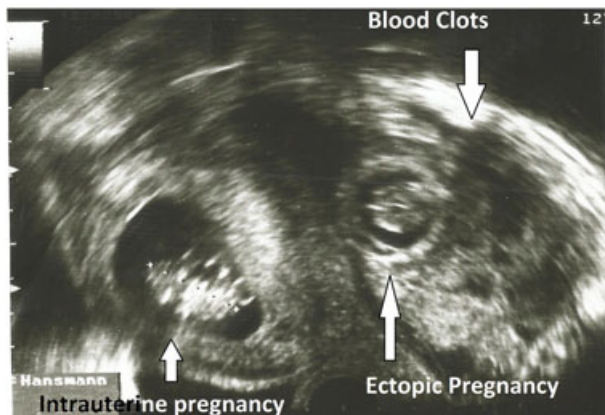


Figure 1 Transvaginal sonogram showing ruptured heterotopic pregnancy.

diagnosed. Despite normal vital signs, on FBC hematocrit/hemoglobin (Ht/Hb) was 25.4%/7.9 gr/dl, with normal platelet count and clotting mechanism. Due to the low Hb, patient distress and the significant amount of free fluid on transvaginal sonogram, decision was made to proceed with emergency laparotomy.

During the procedure a significant amount of blood was found in the abdomen (approx. 1000 mL), as well as an ectopic pregnancy on the right ovary. The ovary was also strongly adhered to the surrounding organs, making the procedure challenging. The ovary was mobilized with blunt dissection (Fig. 2) and oophorectomy performed (Fig. 3). Hemostasis was difficult due to the traumatized peritoneum, and was carried out using a combination of diathermy, sutures and hemostatic gauges. The patient was transfused with 2 units of red blood cells and 1 unit of fresh frozen plasma.

Postoperatively, recovery was uneventful and the patient was discharged on postoperative day 6, after normal first trimester screening scan and booking of pregnancy appointments. On follow up 2 weeks after discharge, the pregnancy was ongoing and normal.

Discussion

It is interesting that the present patient was unaware of her advanced pregnancy, and had no risk factors for ectopic or heterotopic pregnancy. The previous month the patient had undergone abdominal X-ray and ultrasound and, 2 days prior to that, colonoscopy. All tests were normal. When asked about contraception methods she reported the withdrawal method and condoms.



Figure 2 Mobilization of the ovary with the ectopic pregnancy.

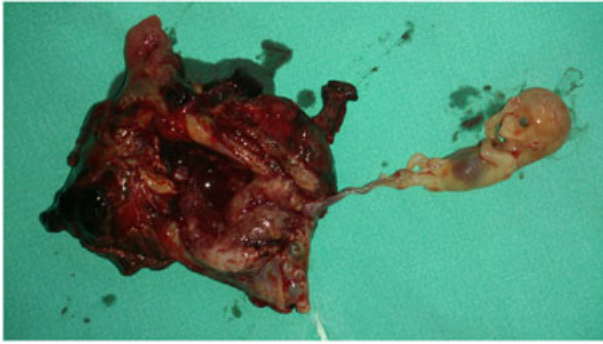


Figure 3 Ovarian ectopic pregnancy: surgical specimen.

The significance of this case, apart from its rarity, is that it shows how routine medical management and investigation can lead to false assumptions and even dangerous situations.

Being distressed, the patient initially reported regular menses. Postoperatively and after further discussion, she mentioned that during the past 3 months she had regular but shorter and lighter menses than usual. Based on that fact and on her unawareness of a possible pregnancy during the investigation for anemia and abdominal discomfort, no pregnancy test was requested, because this is not routine under such conditions.¹⁰ Abdominal scan has low sensitivity in the imaging of the female reproductive organs,¹¹ and the operator could be biased when the examination is performed for generalized vague abdominal pain and ordered by a gastroenterologist.

It should be noted that even though training in gynecological ultrasound emphasizes that the adnexa should always be visualized, visualization of intrauterine pregnancy can, often incorrectly, lead the differential diagnosis away from pathologies of the adnexa and from ectopic pregnancy, especially on abdominal scan.^{12,13}

Another point is that often the stressful conditions of the emergency setting can negatively affect communication between the patient and the medical provider and interfere with history taking.¹⁴ In this case the initial management was correctly based on clinical presentation, even though vital signs were not indicative of significant deterioration.

Even though laparoscopy is the suggested method for surgical management of ectopic pregnancy, this applies to a hemodynamically stable patient; in the case of instability, the most expedient method of surgery should be applied, and in many cases it is laparotomy.¹⁵ Despite not being hemodynamically unstable, the patient was clinically unwell, and sonographically had a significant amount of abdominal fluid (blood); the fastest and safest

surgical management was therefore laparotomy, and thus was the selected method of treatment.

On review of management of heterotopic pregnancy on PubMed, most published articles involve case reports or case series that incorporate more or less a brief literature review. No structured reviews or meta-analyses were identified. One interesting publication involved 64 cases of heterotopic pregnancy that were managed expectantly, surgically, or with sonography-guided ectopic embryo aspiration.⁶ The conclusion was that transabdominal sonography-guided embryo aspiration had the best maternal outcome and the lowest miscarriage rate, whereas surgical management had the highest miscarriage rate and expectant management the worst maternal outcome. That study also noted, however, a possible weakness of the first method: its efficacy depends on the location of the ectopic gestational sac, and should be attempted only when the ectopic sac is clearly visualized and safely accessible. Also, this method applies to stable patients without rupture and usually in early pregnancy. A similar method is reduction of the ectopic pregnancy with sodium chloride injection. Even though there is a report on the successful use of this method in a second trimester pregnancy,⁷ it still requires a hemodynamically stable patient, clear access to the ectopic pregnancy and a person qualified to perform this kind of procedure. As for the method of expectant management, based on reports, it may be considered as a solution in a stable patient with an early heterotopic pregnancy in which the ectopic pregnancy involves no heart function or visible fetal pole, and requires very close observation. Generally the usual method of management, referred in most published case reports, is surgical management, and preferably, when possible, by laparoscopy. This method also appears to be the only option when rupture of the ectopic pregnancy has occurred and the patient is hemodynamically unstable. As with every operation, there are risks of complications as bleeding, infection, damage to abdominal organs and vessels, deep vein thrombosis and pulmonary embolism. In addition to these, and more commonly occurring in such cases, is miscarriage, reported to occur in around 15% of surgically managed cases.⁶ This was also the issue in the present case: the patient was bleeding and unstable and thus the only option was surgical management. As for possible complications, miscarriage had not occurred at follow up, and no other common surgery-related complications were noted.

It is essential for doctors of every specialty to offer pregnancy test to every woman of reproductive age irrespective of the reason for the visit and the menses

history, before proceeding with any medical investigation or intervention. History taking is very important, and should be carried out calmly and methodically, as much as is permissible, in the emergency setting. Clinical presentation should be taken into account even in the setting of other normal findings. Regarding sonography, intrauterine pregnancy does not exclude ectopic pregnancy, and the adnexa should be thoroughly inspected. Finally, this case proves once more that rare and unlikely medical cases do occur, and thus vigilance is important.

Acknowledgment

The authors thank Helen Athanasiadis for assistance in language modification and revision of this work.

Disclosure

The authors declare no conflicts of interest.

Author contributions

All authors read and approved the final version of the manuscript.

References

1. Gavindarajan MJ, Rajan R. Heterotopic pregnancy in natural conception. *J Hum Reprod Sci* 2008; **1**: 37–38.
2. Raziel A, Friedler S, Herman A, Strassburger D, Maymon R, Ron-el R. Recurrent heterotopic pregnancy after repeated in-vitro fertilization treatment. *Hum Reprod* 1997; **12**: 1810–1812.
3. Levine D. Ectopic pregnancy. *Radiology* 2007; **245**: 385–397.
4. Oron G, Tulandi T. A pragmatic and evidence-based management of ectopic pregnancy. *J Minim Invasive Gynecol* 2013; **20**: 446.
5. Chukus A, Tirada N, Restrepo R, Reddy NI. Uncommon implantation sites of ectopic pregnancy: Thinking beyond the complex adnexal mass. *Radiographics* 2015; **35**: 946–959.
6. Li JB, Kong LZ, Yang JB *et al.* Management of heterotopic pregnancy: Experience from 1 tertiary medical center. *Medicine (Baltimore)* 2016; **95**: e2570.
7. Yeh J, Aziz N, Chueh J. Nonsurgical management of heterotopic abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol* 2013; **121**: 489–495.
8. Talbot K, Simpson R, Price N *et al.* Heterotopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2011; **31**: 7–12.
9. Lozeau AM, Potter B. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Am Fam Physician* 2005; **72**: 1707–1714.
10. Ira E, Mayer HH. Abdominal pain during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 1998; **27**: 1–36.
11. Mendelson EB, Bohm-Velez M, Joseph N, Neiman HL. Gynecologic imaging: Comparison of transabdominal and transvaginal sonography. *Radiology* 1988; **166**: 321–324.
12. Espinosa PM, Alcantar Mendoza MA. Heterotopic pregnancy: Report of a case and review of literature. *Ginecol Obstet Mex* 1997; **65**: 482–486.
13. Salomon LJ, Alfirevic Z, Bilardo CM *et al.* ISUOG practice guidelines: Performance of first-trimester fetal ultrasound scan. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; **41**: 102–113.
14. Tsiga E, Panagopoulou E, Sevdalis N, Montgomery A, Benos A. The influence of time pressure on adherence to guidelines in primary care: An experimental study. *BMJ Open* 2013; **3**: 1–6.
15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The Management of Tubal Pregnancy*, guideline no. 21. 2010.

The role of gasless laparoscopy in differential diagnosis of acute abdomen

Moga MA¹, Arvatescu CA¹, **Pratilas GC²**, Bigiu NF¹, Dinas K², Burtea V¹

¹Faculty of Medicine, Transilvania University of Brasov, Brasov, Romania

²Second Department of Obstetrics and Gynecology, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

Abstract

Background: The diagnosis of acute abdomen in the emergency setting, still remains a challenging problem. In these cases timely diagnosis and management is of great importance, while the anesthetic risk is high. The combination of the risk of an open laparotomy and the relative high likelihood of negative findings when performed, creates the need for a better approach. The alternative actually exists since 1911 when Eruheim made the first gasless laparoscopy. The aim of this study is to put back into the spotlight, gasless laparoscopy in the differential diagnosis of acute abdomen and to underline the advantages of this simple, cheap and very useful technique, especially in patients that require prompt diagnosis and have relative or absolute contraindications to general anesthesia or pneumoperitoneum.

Methods: This study included 49 patients that were managed with gasless laparoscopy for the diagnosis of acute abdomen, from 2011 to 2013. Two techniques were used: the mechanical lift of the anterior abdominal wall and the LapVision device.

Results: From the 49 patients included in the study, 41 were diagnosed with gasless laparoscopy while in eight the results were uncertain or there wasn't any pathology involved. With both techniques used, sample of the intraperitoneal fluid or biopsy could be obtained.

Conclusion: The gasless technique for laparoscopy is an extremely useful mean of diagnosis in emergency conditions, or for patients with contraindications to undergo laparoscopy by pneumoperitoneum. Requiring only local or regional anesthesia, this technique could easily find application in diagnosis and treatment, while avoiding unnecessary laparotomies. Hippokratia 2015, 19 (1): 69-72.

Keywords: Laparoscopy, gasless laparoscopy, emergency, contraindications

Corresponding Author: Assistant Professor Nicusor Florin Bigiu, MD, Department of Fundamental, Clinical and Preventive Disciplines, Faculty of Medicine, Transilvania University of Brasov, 56 N. Nalcescu str., 500019 Brasov, Romania, tel: +40723351033, e-mail: nicusorbigiu@yahoo.com

Introduction

The differential diagnosis of acute abdomen remains a complex clinical issue because, on one hand the patient involved could be already compromised and the time available for diagnosis limited, and on the other hand due to frequent lack of diagnostic means [computed tomography (CT), magnetic resonance imaging (MRI), ultrasonography (US)]. In such cases, diagnostic laparoscopy may solve the differential diagnostic problem. There are, however, patients where pneumoperitoneum is contraindicated (head trauma, brain tumors, etc.). In these patients, gasless laparoscopy could be a valuable alternative.

Gasless laparoscopy is the laparoscopic procedure in which, instead of pneumoperitoneum, the operational space in the abdomen is created by various mechanical means that raise the abdominal wall.

The method is not novel, but is currently revalorized in the above described context, and used more frequently. The idea of gasless laparoscopy belongs to Eruheim who

described it in 1911. In 1985 Muhe achieved the first laparoscopic cholecystectomy without pneumoperitoneum. Currently, this technique is used in emergency surgery, especially in debilitated patients and in gynecological cases with uncertain diagnosis.

Material and Methods

Three hospitals were included in this study: Hospital of Obstetrics and Gynecology "I.A.Sbarcea" of Brasov, Children's Hospital of Brasov and Emergency Hospital Roman, where 49 gasless laparoscopic procedures were performed during the period 2011-2013.

For these 49 procedures, two methods were used: the mechanical lift of the anterior abdominal wall (laparolift) and the LapVision system (Pajunk GmbH, Geisingen, Germany). Laparolift can be performed in many ways by instruments that, while fixed to the operating table, raise the abdominal wall¹. We chose a sui-generis alternative,

Table 1. Indications for gasless laparoscopy and number of cases for each indication.

Indication	Total Number	Laparolift	LapVision
Difficulty of differential diagnosis between medical and surgical acute abdomen	19	8	11
Assumption of mesenteric ischemia	3		3
Septic shock with suspected peritonitis	4	4	
Difficulty in the differential diagnosis between pelviperitonitis from appendicular and genitals causes	16	8	8

in which an incision is made about 2 cm from the base of the navel, the abdominal wall is afterwards raised with two Kocher clamps and the laparoscope is introduced in the abdominal cavity. The other method uses a trocar system with a balloon around the end of an "optical trocar" which is introduced into the peritoneal cavity. Then, the balloon is inflated and a 3.5 mm laparoscope is introduced through that trocar, obtaining a view window through the balloon in the abdomen. Regarding the anesthesia used in gasless laparoscopy, it can be either regional or local anesthesia. All our cases were performed solely under local anesthesia by injecting 1% solution of lidocaine (10 mg/ml, 20 mls), layer by layer, on the anterior abdominal wall, at the site of incision.

The study included 32 women and 17 men aged 16-84 years, including the following age groups: <20 years old: 8 patients, 20-40: 14 patients, 40-60: 20 patients, >60: 7 patients.

The indications for the procedures are summarized in Table 1. In total, gasless laparoscopy was performed in 22 patients using the abdominal wall lifting method while in 27 patients using the LapVision system.

Final diagnoses were established in 41 patients and are presented in detail in Figure 1, while in eight patients no obvious cause was identified or existed. Of these eight

cases without diagnosis, five involved multiple trauma with symptoms of acute abdomen, in which we could not identify any pathological findings by gasless laparoscopy. The other three cases involved intense abdominal pain, in older patients, with severe neurological and cardiological problems, in whom mesenteric ischemia was suspected, but was eventually excluded, without revealing though any obvious cause for the pain.

Treatment followed in each case, depended on the diagnosis and is presented on Table 2. Based on our experience and local guidelines applied, gasless laparoscopy is currently in use in our institutions only for diagnostic purposes and this results in managing these cases either with gas laparoscopy or with laparotomy. It is though under consideration, once our experience is advanced, to use this method for therapeutic applications in the future. Regarding the eight patients in which laparoscopy was inconclusive: three were managed conservatively and further investigations were performed, while in the five cases of multiple injury with abdominal pain, gasless laparoscopy established that the pain was not caused by internal trauma, needed to be treated surgically, allowing in this way conservative management, with good results, thus avoiding unnecessary exploratory laparotomy.

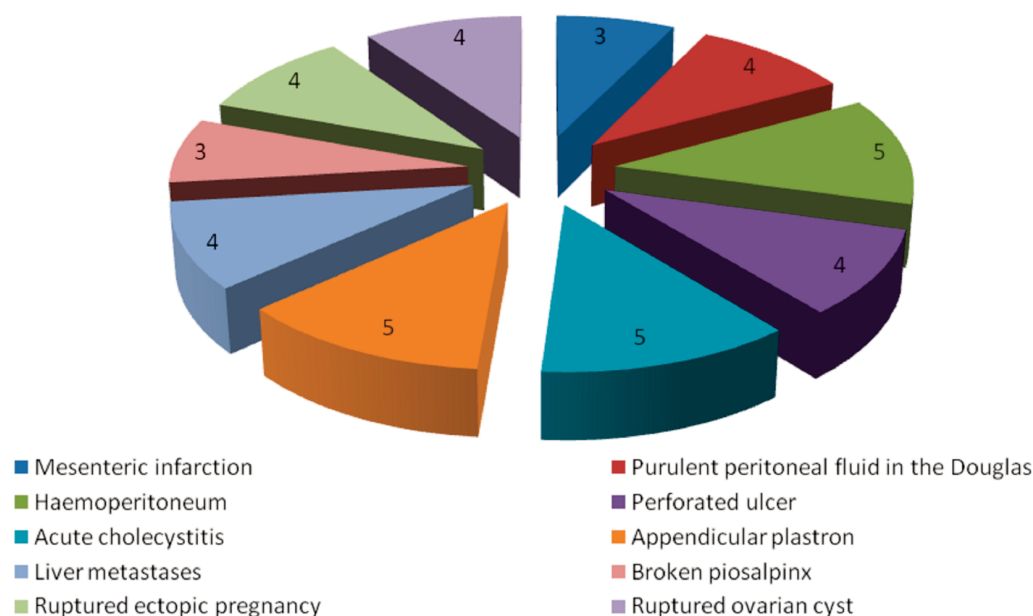
**Figure 1.** Number of cases diagnosed by gasless laparoscopy as distributed based on their diagnosis.

Table 2. Treatment based on diagnosis made by gasless diagnostic laparoscopy. In parentheses is the number of cases.

Diagnosis	Type of treatment
Mesenteric infarction (3)	Small bowel resection
Purulent fluid (4)	Treated as pelvic inflammation disease
Traumatic hemoperitoneum (3 splenic ruptures, 2 cases of mesenteric rupture)	Appropriate surgical management by laparotomy
Perforated ulcer (4)	Laparotomy
Cholecystic plastrons (5)	Laparoscopic management
Appendicular plastrons (5)	Laparoscopic management (3) Laparotomy (2)
Liver metastasis (4)	Biopsies taken
Ruptured pyosalpinx (3)	Laparotomy
Ruptured ectopic pregnancy (4)	Laparoscopic management (2) Laparotomy (2)
Ruptured ovarian cyst (4)	Laparoscopic management (3) Laparotomy (1)

Discussion

The use of gasless laparoscopy has a number of advantages resulting from the lack of side effects and complications caused by the creation of pneumoperitoneum by CO₂.

Regarding the issue of gasless laparoscopic surgery, the available studies in the literature are relatively few and the largest series published are comparable to ours. In a larger study, Paolucci *et al*¹ studied the gasless method in a group of 54 patients that underwent laparoscopic surgery achieving: 37 cholecystectomies, 5 diagnostic laparoscopies, 3 appendectomies, 5 cystectomy and 4 biopsies of liver metastases. This author and others¹⁻⁶ used exclusively the laparolift method, with the LapVision variant not being mentioned. An interesting study by Koivusalo *et al*, showed that gasless versus classical laparoscopy offers advantages in terms of postoperative recovery: nausea and vomiting were decreased by 62%, pain by 50% and patients were discharged 7 hours earlier⁷. Also a study of Ge *et al*, in 100 cases of appendectomies performed by gasless laparoscopy showed significantly decreased hospital costs⁸.

Both gasless systems have the advantage of avoiding general anesthesia, requiring only local or regional anesthesia. Also, both allow the use of any ordinary tools for aspiration and drainage, making the technique cheap and easy to implement.

LapVision system has the additional advantage that it does not exert traction on the abdominal wall⁹ which results in reduced pain, its flexible trocar can be left in place for drainage, or for the possibility of an easy second look laparoscopy, and additionally the system allows the performance of biopsies through the biopsy channel attached to the trocar.

Gasless laparoscopy performed by both methods has some disadvantages as well. First of all, the view is somewhat inadequate, especially in the lateral and inferior quadrants. Distension of the abdominal wall with the laparolift method is in a pyramid like shape that creates the effect of a tent and most importantly, can be painful¹⁰. In

the obese patients or those with a thick abdominal wall, achieving gasless laparoscopy is difficult.

Complications related to the blind insertion of the Veress needle and the first trocar can theoretically be avoided, since the open approach technique is used instead. It has to be mentioned though that neither this technique is free of complications. Thus in gasless laparoscopy, all described entry related complications can occur.

Post-operative complications are commonly related to the abdominal incision and are similar to the complications of classic surgery: parietal hematoma, infection at the incision site and dehiscence. In our study, there were five cases of infection at the site of the incision (three cases of pelviperitonitis and two of perforated ulcer) and one case of parietal hematoma. All cases with incision infections were managed by antibiotics and local treatment, while the hematoma was managed by drainage.

Also, in our study two intraoperative complications occurred, that involved bleeding after hepatic biopsy with the LapVision system. They were managed conservatively, with drainage and good post-operative outcomes.

Specific to the laparolift system, increased post-operative pain of the anterior abdominal wall was observed, caused by the mechanical lift. Especially in six cases treated this way, the postoperative pain was very intense and high doses of painkillers were required. In two of these patients, pain was reported at the trocar site 3 weeks after surgery.

The purpose of diagnostic gasless laparoscopy, as a last resort in an acute abdomen case, is to reveal a pathognomonic finding (hemoperitoneum, purulent peritoneal fluid, changes of color or size of the bowel) that would justify surgery, especially in patients with high anesthetic and / or surgical risks¹¹.

Basically, the target patients for this type of investigation are:

1. Critical patients with major anesthetic risk,
2. Patients with contraindications to capnoperitoneum / pneumoperitoneum (absolute or relative)¹²:
 - Intracranial hemorrhage^{13,14},
 - Major cardiac decompensation,
 - Septic shock,
3. Patients with acute abdomen, traumatic or not, where diagnosis is uncertain, in the setting of^{13,14}:
 - Critical general condition,
 - Rapid deterioration of vital signs,
 - Unavailability of other diagnostic means: CT, MRI, US.

In these patients, diagnostic gasless laparoscopy that identifies hemoperitoneum should be followed by laparotomy.

Conclusions

Gasless laparoscopy is a useful method for the differential diagnosis of acute abdomen causes in cases of extreme graveness and urgency. Use of this technique, allows clarification of the diagnosis and also acquisition of the necessary information to determine the appropriate therapeutic approach. In this way unnecessary laparo-

tomies can be avoided. Another advantage is that this method uses only local or regional anesthesia, which makes it possible to be performed easily, even on the emergency department setting. In addition, the simplicity of the method makes it economically feasible.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

References

1. Paolucci V, Gutt CN, Schaeff B, Encke A. Gasless laparoscopy in abdominal surgery. *Surg Endosc.* 1995; 9: 497-500.
2. Banting S, Shimi G, Vander Velpen G, Cuschieri A. Abdominal wall lift. Low-pressure pneumoperitoneum laparoscopic surgery. *Surg Endosc.* 1993; 7: 57-59.
3. Holzman M, Shar K, Richards W. Hypercarbia during carbon dioxide insufflation for therapeutic laparoscopy: a note of caution. *Surg Laparosc Endosc.* 1992; 2: 11-14.
4. Lee PC, Lai PS, Yang CY, Chen CN, Lai IR, Lin MT. Gasless laparoscopic technique of wide excision for gastric gastrointestinal stromal tumor versus open method. *World J Surg Oncol.* 2013; 11: 44.
5. Paolucci V, Schaeff B, Gutt CN, Encke A. The gasless laparoscopic cholecystectomy. *Endosc Surg Allied Technol.* 1995; 3: 76-80.
6. Larsen JF, Ejstrup P, Kristensen JU, Svendsen F, Redke F, Pedersen V. Randomized comparison of conventional and gasless laparoscopic cholecystectomy: operative technique, postoperative course, and recovery. *J Gastrointest Surg.* 2001; 5: 330-335.
7. Koivusalo AM, Kellokumpu I, Lindgren L. Gasless laparoscopic cholecystectomy: comparison of postoperative recovery with conventional technique. *Brit J Anesth.* 1996; 77: 576-580.
8. Ge B, Zhao H, Chen Q, Jin W, Liu L, Huang Q. A randomized comparison of gasless laparoscopic appendectomy and conventional laparoscopic appendectomy. *World J Emerg Surg.* 2014; 9: 3.
9. Paolucci V, Schaeff B. Laparoscopic surgery. Paolucci V, Schaeff B (eds). *Laparoscopia gasless in chirurgia e ginecologia. Tecniche diagnostiche ed operative.* CIC Edizioni Internazionali, Rome, 1996: 55-70.
10. Nicolau AE. *Chirurgia laparoscopica de urgenta.* Eds. I. N. Coresi, Bucuresti, 2004, 27-40.
11. Demetriades D, Velmahos G. Technology-driven triage of abdominal trauma: the emerging era of nonoperative management. *Annu Rev Med.* 2003; 54: 1-15.
12. D'Urbano C, Fuentès Guiró F, Sampietro R. [Gasless laparoscopic cholecystectomy using retractor of the abdominal wall]. *G Chir.* 1996; 17: 121-124.
13. Vezakis A, Davies D, Gibson JS, Moore MR, Shah H, Larvin M, et al. Randomised comparison between low-pressure laparoscopic cholecystectomy and gasless laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc.* 1999; 13: 890-893.
14. Josephs LG, Este-McDonald JR, Rosiello AP, Birkett DH, Hirsch EF. Changes in intracranial hemodynamics during standard pneumoperitoneum for laparoscopy. American Association for the Surgery of Trauma, Fifty-third Annual Meeting, New Orleans, Louisiana, September 22-25, 1993.

PUBLISHED BY

INTECH

open science | open minds

World's largest Science,
Technology & Medicine
Open Access book publisher



2800+
OPEN ACCESS BOOKS



96,000+
INTERNATIONAL
AUTHORS AND EDITORS



89+ MILLION
DOWNLOADS



BOOKS
DELIVERED TO
151 COUNTRIES

AUTHORS AMONG
TOP 1%
MOST CITED SCIENTIST



12.2%
AUTHORS AND EDITORS
FROM TOP 500 UNIVERSITIES



Selection of our books indexed in the
Book Citation Index in Web of Science™
Core Collection (BKCI)

Chapter from the book *Advanced Gynecologic Endoscopy*

Downloaded from: <http://www.intechopen.com/books/advanced-gynecologic-endoscopy>

Interested in publishing with InTechOpen?
Contact us at book.department@intechopen.com

Laparoscopy in Gynecology - How Why When

A.Daniilidis, P.Hatzis, G.Pratilas,

P.D.Loufopoulos and K.Dinas

*University Department Of Obstetrics And Gynecology,
Aristotle University Of Thessaloniki,
Greece*

1. Introduction

Laparoscopy is a surgical procedure that has been used widely in medicine over 30 years. The faster recovery time, the minimizing of pain, hospitalization and the better aesthetic result are some of the advantages which made laparoscopy very popular among patients and surgeons. Also some technical parameters such as the magnification offered by the endoscope during the procedure and the small risk of complications resulted to the wide use of laparoscopic surgery in gynecology. Laparoscopy has gained a leading role and appears to be the gold standard method for a quiet wide range of gynecologic procedures such as tubal ligation, removal of ovarian cyst or adnexa, treatment of ectopic pregnancy, hemorrhagic rupture of a cyst, exploration of chronic pelvic pain, sterility, treatment of endometriosis, removal of fibromyomata , hysterectomy, and lately for treatment of pelvic organ prolapses, urinary incontinence and even in gynecologic cancers. Despite the advantages of laparoscopic procedures, they do not come without risk and complications for the patient. As with laparotomy there is always danger for deep vein thrombosis, inflammation and creation of adhesions. It should be noted though that compared to laparotomy there is a higher risk of injury to the major blood vessels positioned in the pelvis and the urinary system, and that is why patients considered to be subjected to laparoscopy should be carefully chosen.

2. Limitations of laparoscopy

In the case of patient selection previous abdominal surgery is the most common reason to exclude a laparoscopic approach, because of the risk of adhesions. For the same reason, patients that have a medical history of appendicitis , rupture of ectopic pregnancy, rupture of an ovarian cyst, or pelvic inflammatory disease should be selected very carefully. Also morbid obese patients (BMI >45) are in a higher risk group for laparoscopy. This is firstly because of the increased adipose tissue, so initial access to the peritoneal cavity is more difficult and also there is a need for longer trocar ports and instruments, and secondly because obese patient will have greater peak airway pressures and often cannot sustain prolonged Trendelenberg position.

3. Instruments used

As with all laparoscopic procedures the basic tool used is the endoscope-laparoscope. There are many variations in diameter size : 10 mm, 5 mm, and even 2 mm ,and laparoscopes with a 0 or 30 degrees angle of view. Trocars of 5mm and 10mm are usually used in order to gain access and insert instruments into the peritoneal cavity. Veress needle is the preferred method of a lot of surgeons in creating the pneumoperitoneum , but there are also optical-access trocars available for the same task. As with all laparoscopic procedures we use an CO2 endoflator to provide the gas needed to create the pneumoperitoneum and an imaging unit that is generally composed of a light source, a camera head that attaches to the endoscope, it's camera control unit and an display screen. While performing the operation there are a lot of different instruments that can be used (IMAGE 1). Concerning the manipulation of tissue there are different kind of forceps: dissecting and grasping, single or double action, traumatic or atraumatic depending on the design of the distal tip. The same variety can be found in scissors, with them having straight or curved blades, with some of them being also serrated, as well as the hook-like scissors. The next basic set of tools are those used to perform electrosurgery, and they consist of unipolar tools in the shape of needle, hook or spatula shaped electrodes, and of bipolar forceps and scissors. Alternative methods to electrosurgery are the use of laser and ultrasound dissection and coagulation systems. Other tools used are suction and irrigation cannulas, aspiration needles, extraction bags, needle holders for intracorporeal suturing techniques and knot tiers for extracorporeal knotting, uterine manipulators and finally morcellator systems for the removal of large tissue specimens like fibroids or the uterus.

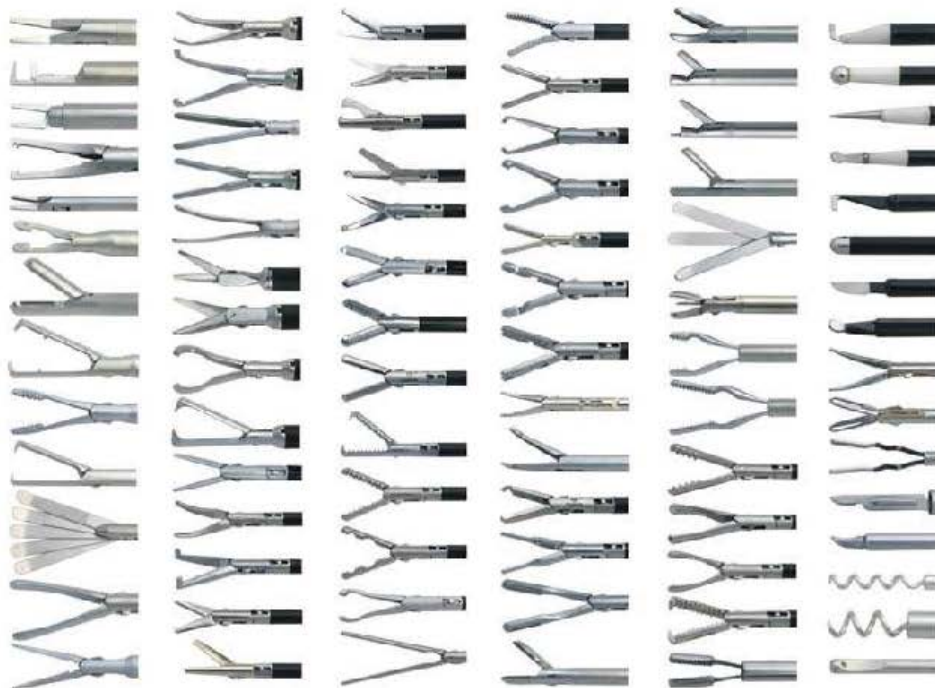


Fig. 1. Instruments for laparoscopy in gynecology

4. Patient preparation, positioning and procedures

In preparation for surgery, bowel preparation is useful as it empties the small intestine, thus facilitating vision and manoeuvrability by flattening the intestinal loops and pushing them out of the way. It must be commented that when the case is associated with an increased risk of intestinal injury, as in endometriosis of the rectovaginal septum or in major adhesiolysis, the bowel preparation must be more complete, similar to that applied prior to major bowel surgery.

Concerning the position of the patient, her arms should be padded and carefully tucked to the side and after the anesthesia and the intubation she is placed in a low lithotomy position (IMAGE 2). The legs are held in position, supported by padded obstetric knee braces or Allen stirrups.

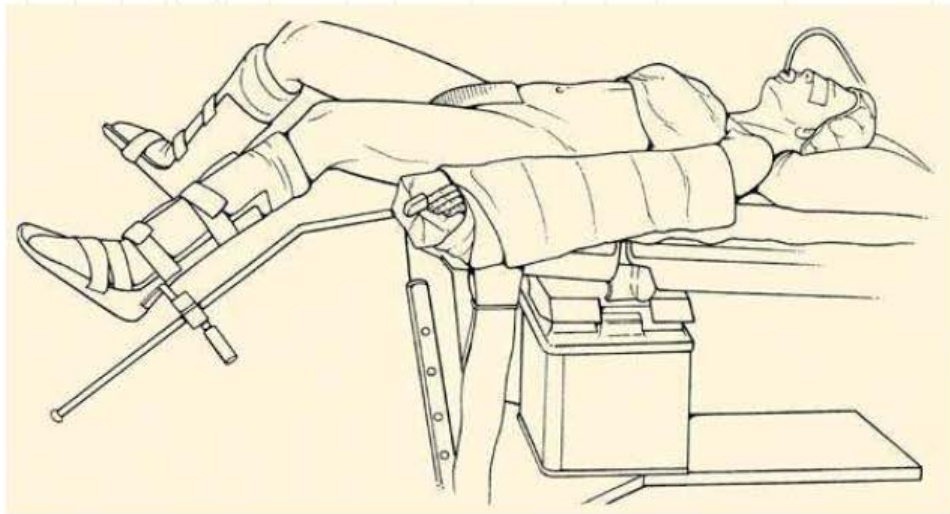


Fig. 2. Position of the patient

Abdominal and vaginal preparation follows, and afterwards a Foley catheter is placed, as is also a uterine manipulator with sterile technique.

The surgeon is placed on the left side of the patient with the first assistant on the right side and the second between the legs to use the manipulator. In cases where the surgeon is left handed he occupies the right side of the patient. The operation begins usually with an intra- or infraumbilical incision from where the Veress needle is inserted creating the pneumoperitoneum. Afterwards the main (10mm) trocar is inserted through the same incision, after removing the Veress needle, and the laparoscope is positioned through it. An alternative is open laparoscopy using a Hasson trocar, and is recommended for patients who have had prior abdominal surgery as it provides safe and easy access to the peritoneal cavity with minimal complications (0.5%). Types of trocars and placement methods are widely variable and are well described in both academic and industry literature. Usually two to three extra trocars (5mm usually or 10mm) are placed for most operative gynaecologic laparoscopic surgeries, two lateral and in some cases one suprapubic (IMAGE 3). The suprapubic port should be placed 3 to 4 cm above the symphysis pubis to avoid bladder injury. The lower

quadrant ports should be placed at the level of the iliac crest lateral to both the rectus muscle and inferior epigastric vessels, which are visible with the laparoscope through the peritoneum.[1]

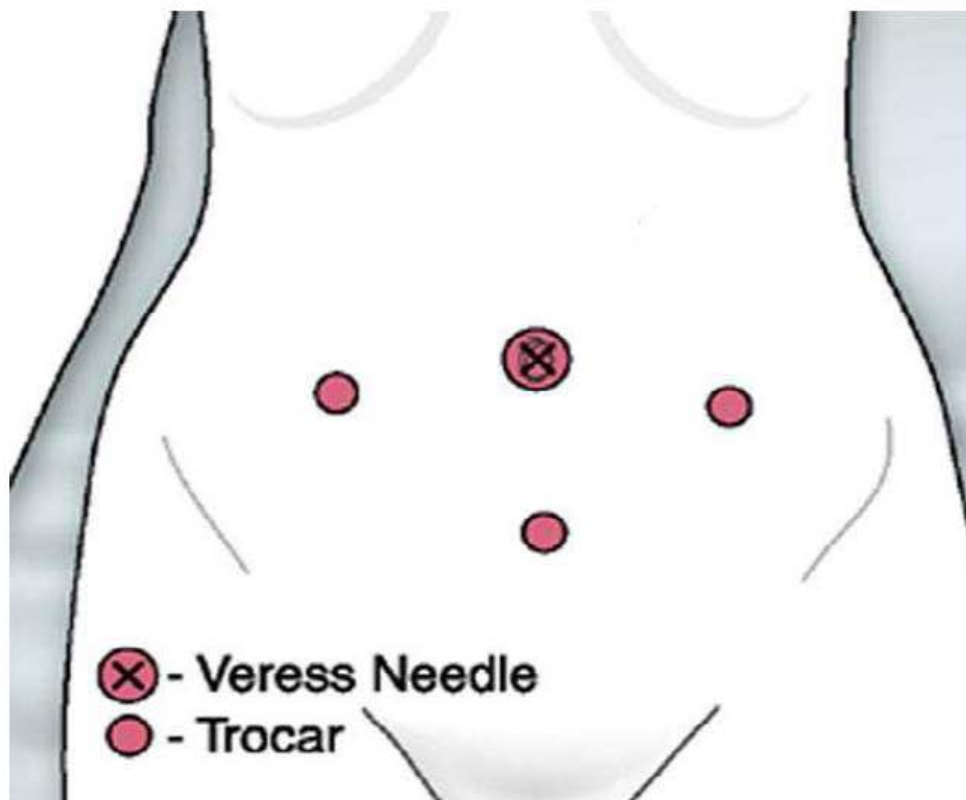


Fig. 3. Position of trocars in gynecologic operations

5. Tubal ligation

Tubal ligation is a popular and reliable method of contraception for women usually over 30 years old who have completed their family (IMAGE 4). The procedure can be executed by creating either one single umbilical port hole, if using an operative laparoscope, or usually by creating two port holes, one umbilical and one suprapubic. The general rules of gynaecological laparoscopic operations apply here also : creation of pneumoperitoneum, use of a manipulator to control the uterus and recognise well the anatomic structures of the adnexa. It is important to accurately recognise the fallopian tube and not to avoid mistaking the round ligament for it. Once recognised there are different methods for ligation : use of bipolar or monopolar current, use of metallic clips or falop ring bands, and resection with the use of sutures to ligate. When complications occur they are most commonly haemorrhage from the fallopian tube or the mesosalpinx, and they rate from 0,1 to 4,6 % . [3-7]. The occurrence of major complications (0,6 %) like vascular injury, bowel perforation

or damage to the genitourinary tract is really rare. It must be commented that depending on the technique used there are different rates of failure with the greater appearing in ligation with bipolar current and the best result when resection is used.[2,3,4]

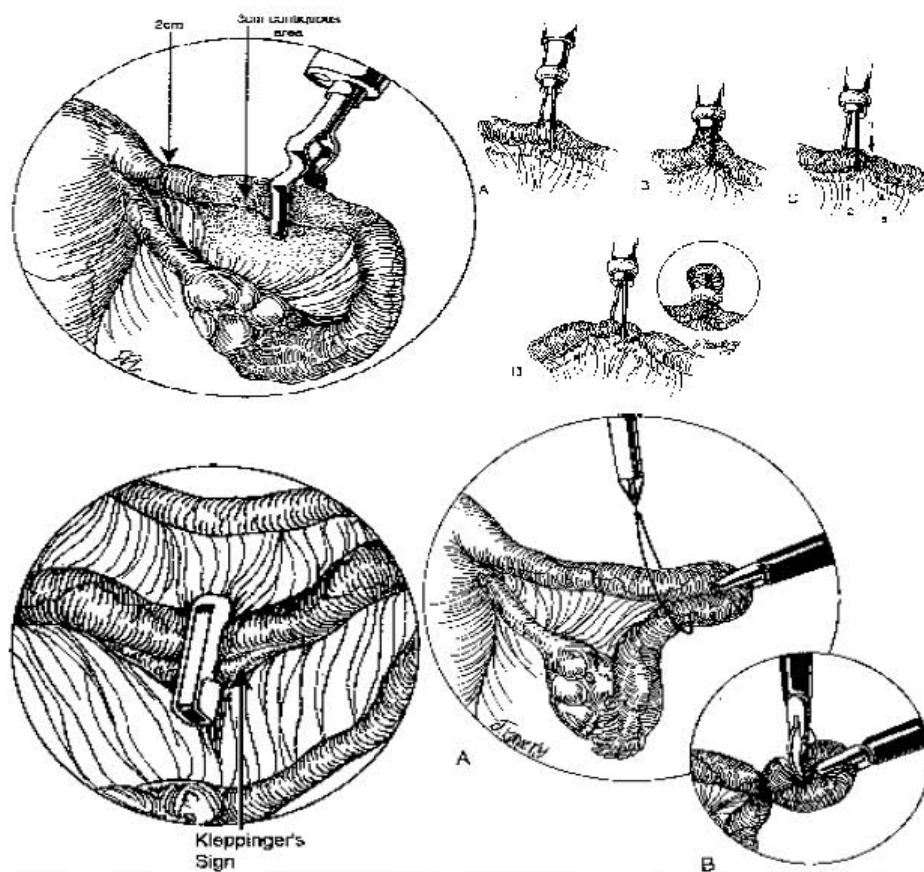


Fig. 4. Tubal ligation

6. Diagnostic laparoscopy

Another area where laparoscopy is thought to be the gold standard method is when performing a diagnostic operation. It is a minimal invasive procedure with the use of one only umbilical port that allows to visualize the lower pelvis in a great extent. Also with the introduction of more than one ports and the use of the proper instruments and technique to treat the problem that is discovered. Diagnostic laparoscopy is used for the investigation of chronic pelvic pain and infertility. In cases of women with chronic pelvic pain, various pathology might be discovered like endometriosis, adhesions, pelvic inflammatory disease, or other kind of urinary tract or bowel pathology. The first three findings are a major factor in the occurrence of female infertility, and can be explored or treated with laparoscopy. [8]

Adhesions are treated by the use of electrosurgery, CO2 laser ablation and if they are in a great proximity to structures like bowel or bladder with the use of dissecting scissors, always taking care not to damage these structures. In the case of pelvic inflammatory disease the fallopian tubes are checked for patency with the infusion of a colour agent like methylene blue from the uterus manipulator and the observation if the colour agent appears from the end of the fallopian tube. In cases of fimbrial phimosi surgical repair can be performed by inserting a closed fine atraumatic grasping forceps into the area of the phimosi and gradually opening its jaws. This manipulation must be done very gently to avoid bleeding. [1]

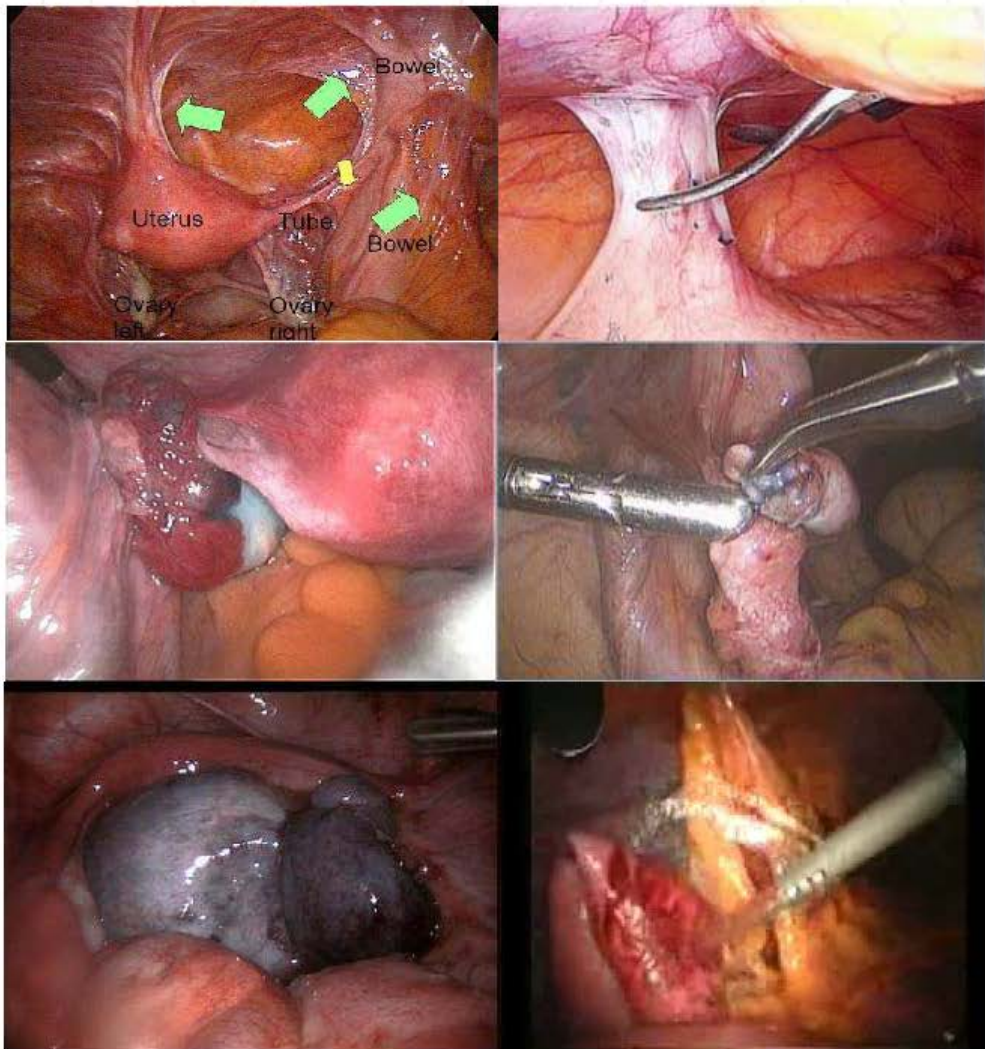


Fig. 4. Findings of diagnostic laparoscopy-adhesions, pid, tubal fimbrosis, ovarian abscess

In the case of tubo-ovarian abscess it can also be treated laparoscopically by perforating the wall of the abscess, then draining it's content with an aspiration device and then irrigating it until the aspirated fluid it completely clear

Endometriosis is described more thorough in the next paragraph and is treated depending on the stage it is. At early stages ablation with current or with CO2 laser is used, or if endometriotic cysts are found they are removed as described in adnexal syrgery.

7. Endometriosis

Endometriosis seems to be responsible for most pathological cases of chronic pelvic pain and also for the highest percentage of cases who are referred with primary and secondary infertility[9]. Laparoscopy holds a special place in the diagnosis of this problem as it is the gold standard diagnostic test in clinical practice for the accurate diagnosis of endometriosis [10]. Compared with laparoscopy, transvaginal ultrasound (TVS) has limited value in diagnosing peritoneal endometriosis, but it is a useful tool to make or exclude the diagnosis of an ovarian endometrioma [11]. At present, there is insufficient evidence to indicate that magnetic resonance imaging (MRI) is a useful test to diagnose or exclude endometriosis compared to laparoscopy [10]. A number of markers for endometriosis have been proposed, and probably the most commonly used is the glycoprotein CA-125, an oncofetal celomic epithelium differentiation antigen. It has been suggested that 35 U/ml could be used as a cut-off serum concentration for CA-125, below which endometriosis is unlikely to be present. Unfortunately CA-125 measurements do not correlate well with either the progression of the disease or the response of endometriosis to treatment. Compared with laparoscopy, measuring serum levels of CA-125 has no value as a diagnostic tool. The test's performance in diagnosing all disease stages is limited, since it has about 28% sensitivity [12]. The test's performance for moderate to severe endometriosis is a bit better with a sensitivity reaching 47% [12].



Fig. 5. Endometriosis

8. Adnexal surgery

It is important in the case of treatment of adnexal pathology, to have a full preoperative evaluation and estimation of the probability of malignancy because the manoeuvres done during laparoscopy could create peritoneal dissemination altering the stage and thus the

afterwards treatment. This evaluation includes bimanual pelvic examination, sonography, a CT scan, a full blood count, tumor markers, and a pregnancy test. Surgery of the adnexa includes ectopic pregnancy and benign cysts and tumors of the ovaries.

In the case of ectopic pregnancy the indicated methods include salpingostomy of salpingectomy. Salpingostomy is done by creating a linear incision on the dilated part of the fallopian tube and then using forceps to remove the ectopic pregnancy tissue. The fallopian tube does not need to be closed afterwards. In some occasions the fallopian tube is totally removed in order to exclude the ectopic pregnancy. It is important to use an irrigation-aspiration system to remove as much blood as possible from the peritoneal cavity in order to avoid adhesions and pain post op.

Another possibility is the removal of the tumor/cyst (hemorrhagic corpus luteum, cystadenoma, teratoma, endometrioma) while maintaining the rest of the ovarian tissue. This is done with careful dissection of the cyst, by using forceps for traction on both the cyst and the ovary and then using scissors, electrosurgery or blunt dissection to separate the cyst from the ovary tissue.

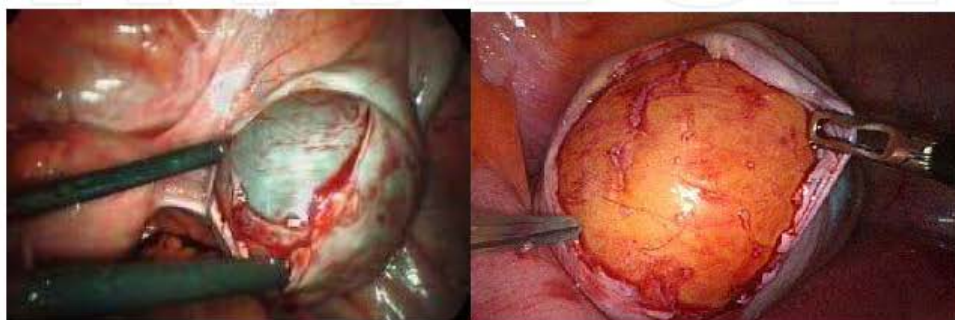


Fig. 6.

In women of older age or if excision of the cyst is not feasible, an alternative is laparoscopic salpingo-oophorectomy. In this case, the ovary is held by an atraumatic or Babcock forceps, the peritoneum is incised lateral to the ovary from the round ligament to the pelvic brim. The ureter is visualized, and the infundibulopelvic ligament is ligated and divided. The remainder of the broad ligament is dissected to the utero-ovarian ligament, which is ligated securely.

In both of the previous cases the dissected tissue is securely placed in an endo bag and is usually removed via a 10 mm trocar port. There are different kinds of cases in this phase of the operation: The cyst being small enough to be removed directly from the trocar port, or the cyst being too large, but then we can aspirate its content through the trocar port, shrinking it enough so it can exit more easily. Lastly, in cases where the cyst is too large and has a great solid portion, we can perform a mini lap by extending the incision of a trocar port and removing it through there. It is important that this is our last step after inspecting carefully the endoperitoneal cavity and irrigating and aspirating any blood, because after the mini lap is performed it is difficult to maintain the pneumoperitoneum any more.

Lastly, laparoscopy can be used for only aspirating the content of cysts, or taking only biopsies with the use of a true-cut sampler. These patients are selected cases where we are almost sure of the mass being benign and have a persistent (about 6 months) unilocular ovarian cyst on ultrasound and desire both ovarian preservation and immediate return to daily activities.

9. Myomectomy

Laparoscopic myomectomy constitutes a satisfying solution especially for women who wish to maintain fertility potential. The technique looks similar to laparotomy and is used in cases of myomas larger than 5 cm. Pedunculated uterine myomata usually are removed safely with either electrosurgery or harmonic scalpel. The removal of subserosal and intramural fibroids seem to be more challenging and requires surgical skills. The uterine incision is performed with electrosurgery and the myoma capsule is dissected in its entirety. Electrosurgery, sharp dissection and laser have been successfully performed for myomectomy. The myometrium should be closed with 0 or 2-0 absorbable suture and the serosa with 4-0 suture. Endometrial cavity's integrity can be evaluated by injecting indigo carmine dye after myomectomy. The results of myomectomy in an oncoming pregnancy or delivery are still under discussion.

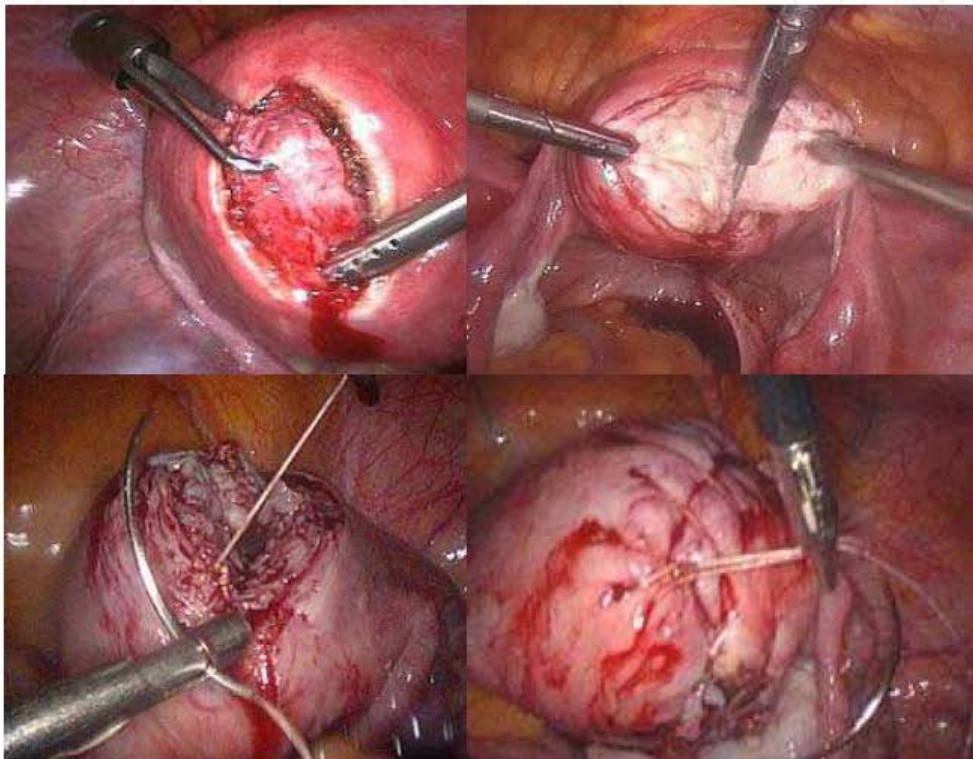


Fig. 7.

10. Hysterectomy

Hysterectomy is the commonest surgical operation in non-pregnant women. Laparoscopy was firstly performed in order to assist vaginal hysterectomy. Laparoscopic assisted vaginal hysterectomy (LAVH) increases the visualization of the upper pelvis and allows difficult operations to be performed, where extended adhesions or large ovaries consist.

Additionally, this technique has been documented by prospective, randomized, multicenter studies to be safer and more efficacious in blood loss, operative complications, postoperative pain and hospital stay than LAVH. Electrosurgical technologies, such as harmonic scalpel, Ligasure, bipolar cautery, have been developed to perform uterine artery ablation safely.

The laparoscopic hysterectomy (LSH) has a significantly shorter operative time than LAVH or total abdominal hysterectomy, shorter hospital stay and fewer complications. Essential supposition is a normal cervical cytology of the patient. Total laparoscopic hysterectomy (TLH) is a similar technique to LSH, which additionally uses a colpotomizer in order to facilitate the vaginal incision. Data by the Cochrane database have analyzed differences between TAH, TVH, and LH. Meta-analysis compared LH to TAH and found LH to be associated with reduced blood loss, shorter hospital stay, more rapid return to normal activity and fewer infections. LH had longer operating times and more frequent injuries of ureter and bladder. No difference between TVH and LH were mentioned.[14-20]

11. Laparoscopy in cancer

Endometrial cancer

Laparoscopic surgery of endometrial cancer involves resection of the uterus, cervix, tubes, ovaries and pelvic and para-aortic lymph nodes. The surgery is both diagnostic (staging) and therapeutic (80% cure). Laparoscopic pelvic and para-aortic lymph node sampling and pelvic cytology are added to the previously described hysterectomy procedures. The operative staging procedure usually includes total extrafascial hysterectomy, bilateral adnexectomy, intraperitoneal exploration, cytological washing and lymphadenectomy. Laparoscopic approach is a longer operation but involves less blood loss, a shorter hospitalization, and fewer intraoperative and postoperative complications.[21-23]

Cervical cancer

Early cervical cancers are treated surgically, by radical abdominal hysterectomy and pelvic lymphadenectomy (RAH). The main difference between RAH and TAH is that during RAH, lymphatic tissue is removed lateral to the uterus. Mobilizing the ureter makes surgeon's movements safer. Lymph nodes usually removed are common iliac, external and internal iliac. A few reports for laparoscopic radical hysterectomy and lymphadenectomy show that it is combined with larger operative time (even for experienced surgeons), less blood loss, fewer complications and a shorter hospital stay.[24,25]

Ovarian cancer

The rate of confirmed malignancy in patients with adnexal masses ranges between 0,3 to 1,2% and the publication of case histories describing undetected ovarian cancers treated by laparoscopy has given rise to criticism of this type of procedure. Ovarian cancer staging includes removal of the affected ovary and fallopian tube, pelvic and para-aortic lymph nodes, infracolic omentectomy, pelvic and subdiaphragmatic washings, and multiple peritoneal biopsies (anterior, posterior, right, and left pelvis; right and left para-colic spaces; beneath the diaphragm; and any suspicious areas). Uterus should be excised except of the cases that patient wishes to maintain fertility potential (only for Ia to Ic stage of disease). Additionally to these, laparoscopy can be performed for checking possible recurrence of disease, especially in cases of women with ovarian cancer who have a moderate elevation in the biomarker CA-125 postoperatively.

12. Training

Training for laparoscopic surgery in gynecologic oncology takes place at most fellowship programs. Dry labs can provide familiarity with instrumentation, practice with pelvic simulators, and, sometimes, realistic teaching with advanced computerized simulators. Porcine labs may allow novice surgeons an opportunity to train and learn to manage surgical complications with the laparoscope. As with most surgical procedures, confidence is gained through mentorship, careful patient selection, and repetition. Laparoscopic techniques are gaining popularity and probably will become the standard of care for endometrial cancer, because the newly trained gynecologic oncologists are well versed in these techniques.

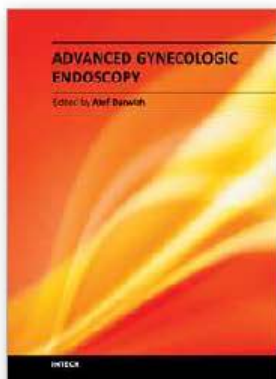
13. Conclusions

Laparoscopic gynecologic surgery has become common place in today's gynecologic practice. As a method it provides many benefits for the patient as a minimal invasive procedure, either it is performed as a purely diagnostic procedure or as a surgical treatment. It is considered the gold standard method for exploring infertility or chronic pelvic pain as the gynecologist can explore with direct view the pelvis and the whole peritoneal cavity without subjecting the patient to the extent trauma of laparotomy. It also has a unique value in the diagnosis of endometriosis as it is the only mean of setting a sure diagnosis through direct view. Today more and more classic gynecologic operations are being replaced by laparoscopy, like tubal ligation, adnexal surgery, myomectomy, hysterectomy, and even cases of gynecologic cancer. Despite the numerous advantages it provides, it should not be considered a panacea, as it remains a surgical procedure and has the risk of complications as every other procedure. It is also important to consider that the first steps of the laparoscopic procedure are done in a "blind" way, so the selection of which patients are suitable for the procedure is something that must be done correctly, excluding patients that might be classified as high risk.

14. References

- [1] Luka Mencaglia, Luka Minelli, Arnaud Wattiez, Manual of gynecological laparoscopic surgery
- [2] Schwartz DB, Wingo PA, Antarsch L, et al. Female sterilization in the United States, 1987. *Fam Plann Perspect* 1989;21:209-12.
- [3] Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, et al. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174: 1161-8.
- [4] Peterson HB, Xia Z, Wilcox L, et al. Pregnancy after tubal sterilization with bipolar electrocoagulation. *Obstet Gynecol* 1999;94:163-7.
- [5] Huber AW, Mueller MD, Ghezzi F, et al. Tubal sterilization: complications of laparoscopy and minilaparotomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007;134:105-9.
- [6] Chaovisitsaree S, Piyamongkol W, Pongsatha S, et al. Immediate complications of laparoscopic tubal sterilization: 11 years of experience. *J Med Assoc Thai* 2004;87:1147-50.
- [7] Jamieson DJ, Hillis SD, Duerr A, et al. Complications of interval laparoscopic tubal sterilization: findings from the United States collaborative review of sterilization. *Obstet Gynecol* 2000;96:997-1002.

- [8] Christopher P. DeSimone, MDa, Frederick R. Ueland, Mda, *Gynecologic Laparoscopy*, Surg Clin N Am 88 (2008) 319-341
- [9] A. Daniilidis & H. Giannoulis & T. Tantanasis & K. Papathanasiou & A. Loufopoulos & J. Tzafettas *Diagnostic laparoscopy, infertility, and endometriosis – 5 years experience* Gynecol Surg DOI 10.1007/s10397-007-0357-7
- [10] Royal College of Obstetricians and Gynecologists (2006) *Greentop guideline no 24. The investigation and management of endometriosis*. RCOG, London
- [11] Moore J, Copley S, Morris J, Lindsell D, Golding S, Kennedy S (2002) *A systematic review of the accuracy of ultrasound in the diagnosis of endometriosis*. Ultrasound Obstet Gynecol 20: 630-634
- [12] Mol BW, Bayram N, Lijmer JG, Wiegerinck MA, Bongers MY, van der Veen F et al (1998) *The performance of CA-125 measurement in the detection of endometriosis: a meta-analysis*. Fertil Steril 70:1101-1118
- [13] Marana R, Busacca M, Zupi E, et al. *Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: a prospective, randomized, multicenter study*. Am J Obstet Gynecol 1999;180:270-5.
- [14] Muzii L, Basile S, Zupi E, et al. *Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy versus minilaparotomy hysterectomy: a prospective, randomized, multicenter study*. J Minim Invasive Gynecol 2007;14:610-5.
- [15] Bojahr R, Raatz D, Schonleber G, et al. *Perioperative complications in 1706 patients after a standardized laparoscopic supracervical hysterectomy technique*. J Minim Invasive Gynecol 2006;13:183-9.
- [16] Milad MP, Morrison K, Sokol A, et al. *A comparison of laparoscopic supracervical hysterectomy versus laparoscopic assisted vaginal hysterectomy*. Surg Endosc 2001;15:286-8.
- [17] El-Mowafi D, Madkour W, Lall C, et al. *Laparoscopic supracervical hysterectomy versus laparoscopic vaginal hysterectomy*. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2004;11:175-80.
- [18] Sarmini OR, Lefholz K, Froeschke HP. *A comparison of laparoscopic supracervical hysterectomy and total abdominal hysterectomy outcomes*. J Minim Invasive Gynecol 2005;12: 121-4.
- [19] Cheung VY, Rosenthal DM, Morton M, et al. *Total laparoscopic hysterectomy: a five-year experience*. J Obstet Gynaecol Can 2007;29:337-43.
- [20] O'Hanlan KA, Dibble SL, Garnier AC, et al. *Total laparoscopic hysterectomy: technique and complications of 830 cases*. JSLS 2007;11:45-53. 340 DESIMONE & UELAND
- [21] Zapico A, Fuentes P, Grassa A, et al. *Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy versus abdominal hysterectomy in stages I and II endometrial cancer: operating data, follow up and survival*. Gynecol Oncol 2005;98:222-7.
- [22] Obermair A, Manolitsas TP, Leung Y, et al. *Total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy for obese women with endometrial cancer*. Int J Gynecol Cancer 2005;15:319-24.
- [23] Malur S, Possover M, Michels W, et al. *Laparoscopic-assisted vaginal versus abdominal surgery in patients with endometrial cancer- a prospective randomized trial*. Gynecol Oncol 2001;80:239-44.
- [24] Frumovitz M, Reis R, Sun C, et al. *Comparison of total laparoscopic and abdominal hysterectomy for patients with early-stage cervical cancer*. Obstet Gynecol 2007;110:96-102.
- [25] Ghezzi F, Cromi A, Ciravolo G, et al. *Surgicopathologic outcome of laparoscopic versus open radical hysterectomy*. Gynecol Oncol 2007;106:502-6.



Advanced Gynecologic Endoscopy

Edited by Dr. Atef Darwish

ISBN 978-953-307-348-4

Hard cover, 332 pages

Publisher InTech

Published online 23, August, 2011

Published in print edition August, 2011

The main purpose of this book is to address some important issues related to gynecologic laparoscopy. Since the early breakthroughs by its pioneers, laparoscopic gynecologic surgery has gained popularity due to developments in illumination and instrumentation that led to the emergence of laparoscopy in the late 1980's as a credible diagnostic as well as therapeutic intervention. This book is unique in that it will review common, useful information about certain laparoscopic procedures, including technique and instruments, and then discuss common difficulties faced during each operation. We also discuss the uncommon and occasionally even anecdotal cases and the safest ways to deal with them. We are honored to have had a group of world experts in laparoscopic gynecologic surgery valuably contribute to our book.

How to reference

In order to correctly reference this scholarly work, feel free to copy and paste the following:

A.Daniilidis, P.Hatzis, G.Pratilas, K.Dinas and A.Loufopoulos (2011). Laparoscopy in Gynecology - How Why When, Advanced Gynecologic Endoscopy, Dr. Atef Darwish (Ed.), ISBN: 978-953-307-348-4, InTech, Available from: <http://www.intechopen.com/books/advanced-gynecologic-endoscopy/laparoscopy-in-gynecology-how-why-when>

INTeCH
open science | open minds

InTech Europe

University Campus STeP Ri
Slavka Krautzeka 83/A
51000 Rijeka, Croatia
Phone: +385 (51) 770 447
Fax: +385 (51) 686 166
www.intechopen.com

InTech China

Unit 405, Office Block, Hotel Equatorial Shanghai
No.65, Yan An Road (West), Shanghai, 200040, China
中国上海市延安西路65号上海国际贵都大饭店办公楼405单元
Phone: +86-21-62489820
Fax: +86-21-62489821

Κωνσταντίνος Δ. Δίνας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Περιεχόμενα

1. Εμβρυολογία-ανατομία & διαμαρτίες διάπλασης του μαστού Άγγελος Δανιηλίδης, Δημήτριος Μπαλαούρας, Κωνσταντίνος Δίνας	1
2. Καρκίνος μαστού: Επιδημιολογία και παράγοντες κίνδυνου Νικόλαος Τσαμπάκης, Κωνσταντίνος Δίνας	9
3. Καρκίνος του μαστού και διατροφή Μάρθα Αποστολοπούλου, Γεώργιος Πρατίλας	35
4. Κυτταρολογικός Προληπτικός Έλεγχος για τον Καρκίνο του Μαστού Μαρία Νασιουτζίκη	43
5. Μαστογραφία: Ενδείξεις, κατάταξη, και ερμηνεία αποτελεσμάτων Χρυσούλα Γερανού	51
6. Διερεύνηση Εξεργασιών του Μαστού με Υπερήχους Κυριακή Δαδούλη	61
7. Μαγνητική τομογραφία (MRI) μαστού: Ενδείξεις, κατάταξη, ερμηνεία αποτελεσμάτων Πέγκυ Παπαδοπούλου	75
8. Βιοψία παθολογίας μαστού: FNA - Core Biopsy - Open Biopsy Ιωάννης Αθ. Χρυσονογίδης	89
9. Κλινική εξέταση των μαστών Δ. Τσολακίδης	99
10. Η συμβολή της αυτοεξέτασης και της κλινικής εξέτασης του μαστού στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού Σταμάτιος Κασμάς, Κωνσταντίνος Δίνας	111
11. Μασταλγία Αθανάσιος Παντελής, Κωνσταντίνος Δίνας	119
12. Καλοήθεις παθήσεις του μαστού Κωνσταντίνος Δίνας, Παναγιώτης Χατζής	127

13. Διαγνωστική προσέγγιση ασθενούς με ψηλαφητό εύρημα ή έκκριση από τη θηλή του μαστού Κωνσταντίνος Δίνας, Κίμων Χατζησταματίου	141
14. Μαστολογικοί προβληματισμοί σε γυναίκες που υποβάλλονται σε πρωτόκολλα διέγερσης ωοθηκών Λεωνίδας Ζεπειρίδης	151
15. Γενετική προσέγγιση κληρονομικής προδιάθεσης καρκίνου του μαστού: ποιος πρέπει να ελέγχεται, πώς και πότε Ιωάννης Παπουλίδης	159
16. Αντιμετώπιση γυναικών με γενετικές μεταλλάξεις. Προληπτική μαστεκτομία – ωοθηκεκτομία. Πού, πότε, γιατί; Κωνσταντίνος Δίνας, Αθανάσιος Παντελής	165
17. Φυσιολογικές μεταβολές του μαστού στην εγκυμοσύνη και τη γαλουχία- Βασικές αρχές θηλασμού Αικατερίνη Θεοδοσιάδου	171
18. Συνήθη προβλήματα στον θηλασμό, αίτια και αντιμετώπιση Κωνσταντίνα Γραμματικού	183
19. Παθολογικά ευρήματα κατά την κύηση και τον θηλασμό και αντιμετώπιση τους Γεώργιος Πρατίλας, Κωνσταντίνος Δίνας	189
20. Ο θηλασμός και η προστατευτική δράση του στον καρκίνο Παναγιώτης Χατζής, Κωνσταντίνος Δίνας	209
21. Καρκίνος μαστού - προκαρκινωματώδεις βλάβες μαστού: ταξινόμηση - σταδιοποίηση Κίμων Χατζησταματίου, Κωνσταντίνος Δίνας	221
22. Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης και καρκίνος του μαστού Αλέξανδρος Σωτηριάδης	237
23. Νεότερα δεδομένα στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού Κωνσταντίνος Δίνας, Σταμάτιος Κασμάς	245
24. Ο ρόλος του φρουρού λεμφαδένα στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού Κωνσταντίνος Δίνας, Γεώργιος Πρατίλας	253
25. Ψυχολογικοί παράγοντες και καρκίνος του μαστού Εύχαρις Παναγοπούλου, Ευαγγελία Τσίγκα	263



Ελληνική Εταιρεία Παθολογίας Τραχήλου και Κολποσκόπησης

Σε συνεργασία με:

HeCPA Group

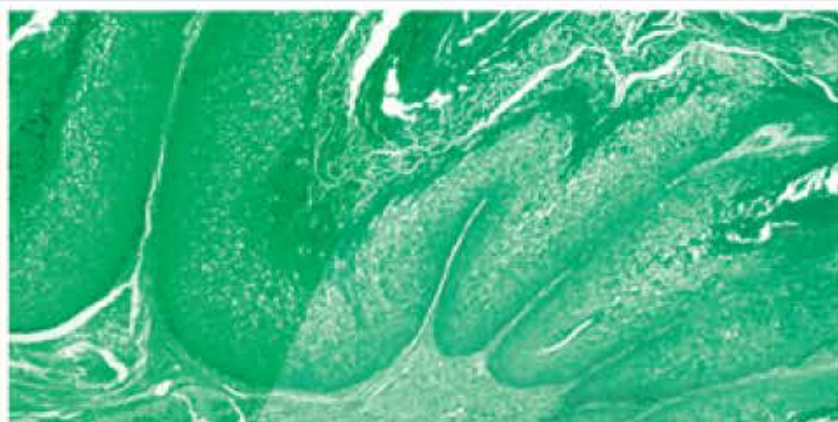
Hellenic Cervical Pathology Academic Group

Ελληνική Ακαδημαϊκή Ομάδα Μελετών Παθολογίας Τραχήλου

Ελληνική Εταιρεία

Κλινικής Κυτταρολογίας

sed Learning



Problem Ba

Παθολογία Τραχήλου & Κολποσκόπηση:

Κυτταρολογία - Βιοδείκτες - Κολποσκόπηση
Ιστολογία & περαιτέρω διαχείριση

Παρουσίαση Περιστατικών

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, Ξενοδοχείο Du Lac

13-15 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2015

<http://www.hsccp-ioannina.gr>



12.00-13.00

1^η ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Προεδρείο: Β. Μαλάμου-Μήτση, Θ. Βρεκούσης

Παρουσίαση Περιστατικών:

- Π. Καρακίτσος, Ι. Παναγιωτίδης, Α. Παππάς
- Cochrane Μετααναλύσεις / Life Style Cervical Cancer Risk-HeCPA Group
Α. Αθανασίου, Μ. Παρασκευαΐδη,
Γ. Βαλασούλης, Μ.Ε. Αναφορίδου,
Ν. Τσάγκας, Ρ. Bennett, Ε. Παρασκευαΐδης,
Μ. Κύργιου
- Κ. Δίνας, Π. Χατζής, Ν. Τσαμπάκης,
Μ. Νασιουτζίκη, Ε. Βαβουλίδης, Γ. Πρατίλας,
Α. Δανιηλίδης, Α. Λουφόπουλος
- Α. Παπακωνσταντίνου
- Π. Μήκου, Ε. Δημοπούλου

13.00-14.00

2^η ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Προεδρείο: Α. Λουφόπουλος, Μ. Γονίδη,
Φ. Στατηροπούλου

Παρουσίαση Περιστατικών:

- Π. Καρακίτσος, Ι. Παναγιωτίδης, Α. Παππάς
- Α. Παπακωνσταντίνου
- Μ. Νασιουτζίκη, Ν. Τσαμπάκης, Π. Χατζής,
Δ. Μηλιαράς, Χ. Αρκούδα, Ε. Βαβουλίδης,
Α. Δανιηλίδης, Δ. Τσολακίδης, Κ. Δίνας,
Α. Λουφόπουλος
- Ε. Μπιλιράκης, Ι. Μπούσιος,
Σ. Παπαβασιλείου, Ε. Τσιάμπα
- Π. Μήκου, Ε. Δημοπούλου
- Γ. Αντωνάκης

14.00-15.00

3^η ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Προεδρείο: Μ. Νασιουτζίκη, Γ. Βαλασούλης,
Γ. Μαρκάκης

Παρουσίαση Περιστατικών:

- Π. Καρακίτσος, Ι. Παναγιωτίδης, Α. Παππάς
- Α. Παπακωνσταντίνου
- Κ. Δίνας, Π. Χατζής, Ν. Τσαμπάκης,
Μ. Νασιουτζίκη, Ε. Βαβουλίδης, Γ. Πρατίλας,
Α. Δανιηλίδης, Α. Λουφόπουλος
- Γ. Μιχαήλ
- Ε. Μπιλιράκης, Ι. Μπούσιος,
Σ. Παπαβασιλείου, Ε. Τσιάμπα

HJOG

VOLUME 15, SUPPLEMENT 1, MAY 2015

ISSN: 2241 - 9276

An Obstetrics and Gynecology
International Journal

Book of Abstracts

13th
**Congress of the
Hellenic Society
of Obstetrics
and
Gynecology**

May 28 - 31 2015
Thessaly Conference
Center, Volos

www.13obgyn2015.gr



Official Journal of the Hellenic
Society of Obstetrics & Gynecology

www.hjog.org

AA-024**Τραχηλικές νεοπλασίες σε έδαφος κύησης**

Ε. Αλαμάνου, Χ. Κατσέτος, Σ. Νηφάκου, Μ. Ασκοξυλάκη, Π. Μεσσαρόπουλος, Μ. Κατσούλης
Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, «Τζάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος σε συχνότητα καρκίνος σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Σήμερα πιστεύουμε πως ο βασικός αιτιολογικός παράγοντας για τη νόσο είναι η μόλυνση από HPV. Η φυσική ιστορία της HPV λοίμωξης είναι η υποκλινική HPV λοίμωξη με 80% πιθανότητα αυτόματης υποστροφής και 20% να μεταπέσει στην παθολογική κατάσταση CIN1 (χαμηλού βαθμού δυσπλασία). Η κατάσταση αυτή έχει 50% πιθανότητα για αυτόματη υποστροφή και 15% πιθανότητες η δυσπλασία να εξελιχθεί σε CIN2-3(υψηλού βαθμού δυσπλασία).

Σκοπός: Η παρουσίαση δύο περιστατικών εγκύων πρώτου τριμήνου με παθολογικό Test-Pap κατά τον προγεννητικό έλεγχο, ύποπτο για πλακώδες καρκίνωμα και η περαιτέρω διεκπεραίωσή τους μέχρι το πέρας της κύησης.

Υλικό και Μέθοδος: Έγκυος 37 ετών με ηλικία κύησης 12 εβδομάδων και έγκυος 34 ετών 13 εβδομάδων αντίστοιχα, προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία της Μ/Γ κλινικής του νοσοκομείου μας. Στα πλαίσια του προγεννητικού ελέγχου, κατά την λήψη του Test-pap προκύπτει ύποπτη εικόνα για πλακώδες καρκίνωμα. Η κολποσκοπική εικόνα ήταν για την μεν 37χρονη HGSIL ενώ για την 34χρονη CIN3. Η θεραπευτική αντιμετώπιση που αποφασίστηκε ήταν κωνοειδής εκτομή του τραχήλου και για τις δύο περιπτώσεις και περίδεση τραχήλου μόνο στην περίπτωση της εγκύου με την κολποσκοπική εικόνα CIN3.

Αποτελέσματα: Η ιστολογική εξέταση μετά την κωνοειδή εκτομή ανέδειξε για την μεν 37χρονη CIN2-3 ενώ στην 34χρονη επιβεβαίωσε την CIN3 βλάβη. Και οι δύο γυναίκες κατάφεραν να ευοδώσουν μία ομαλή κύηση και να γεννήσουν με φυσιολογικό τοκετό περί την 38 εβδομάδα υγιή νεογνά.

Συμπεράσματα: Η διαφορά στην θεραπευτική προσέγγιση των δύο αυτών περιπτώσεων έγκειται στην περίδεση του τραχήλου που επιλέχτηκε να γίνει μόνο στην περίπτωση της εγκύου με την CIN3 βλάβη. Υπολογίζεται πως η αύξηση του βαθμού του κώνου συσχετίζεται με σημαντική αύξηση του κινδύνου για πρόωρο τοκετό, με εκτιμώμενη αύξηση 6% για κάθε πρόσθετο χιλιοστό εξαίρεσης ιστού. Στις δικές μας αυτές περιπτώσεις υπήρξε αίσιο πέρας της κύησης και τελικά τίθεται το ερώτημα κατά πόσο η περίδεση του τραχήλου σε τέτοια περιστατικά προσθέτει μεγαλύτερη ασφάλεια έναντι του κινδύνου του πρόωρου τοκετού.

AA-025**Περίπτωση βλεννώδους κυσταδενώματος σε λεχώνα**

Μ. Ασκοξυλάκη, Π. Μεσσαρόπουλος, Σ. Νηφάκου, Ε. Αλαμάνου, Χ. Κατσέτος, Μ. Κατσούλης
Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, «Τζάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

Εισαγωγή/Σκοπός: Τα βλεννώδη κυσταδενώματα είναι επιθηλιακοί όγκοι των ωοθηκών που περιέχουν βλεννώδες υγρό. Η συχνότητα των κύστεων των ωοθηκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι κάτω από 5%, και οι περισσότερες από αυτές είναι καλοήθειες. Οποίσοι γιγαντιαίοι κυσταδενώματα απαντώνται σπάνια, σε ένα ποσοστό μικρότερο του 1%. Η συστολή είναι η πιο κοινή και σοβαρή επιπλοκή των κύστεων των ωοθηκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ιδιαίτερα κατά το πρώτο τρίμηνο. Υπάρχει κίνδυνος να διαρραγούν τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης όσο και την ώρα του τοκετού αλλά και την περίοδο της λοχείας. Σκοπός μας είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού, γυναίκας σε κύηση με ευμεγέθους κυσταδένωμα, η οποία δεν παρουσίασε καμία επιπλοκή σχετιζόμενη με τον κυστικό όγκο ούτε κατά τη διάρκεια της κύησης αλλά ούτε και κατά την περίοδο της λοχείας.

Υλικό και Μέθοδος: Νεαρή γυναίκα 24 ετών προσήλθε στο μαιευτήριο του νοσοκομείου μας έχοντας γεννήσει στην οικία της με φυσιολογικό τοκετό ένα υγιές νεογνό βάρους 2750 gr. Οποίσοι τις επόμενες ημέρες που παρέμεινε στο νοσοκομείο διαπιστώθηκε παραμένουσα διάταση της κοιλιάς. Οι απεικονιστικές εξετάσεις που πραγματοποιήθηκαν ανέδειξαν έναν ευμεγέθους κυστικό όγκο που καταλάμβανε όλη την κοιλία της ασθενούς και μικρή αύξηση του καρκινικού δείκτη Ca 125. Η γυναίκα αποφάσισε να χειρουργηθεί πέντε μήνες μετά τον τοκετό σε τακτική βάση. Αποφασίστηκε η διερευνητική λαπαροτομία, όπου ανεδείχθη ευμεγέθους κυστικό μόρφωμα 7 Kgr και διαστάσεων 30x28x12 cm στην αριστερή ωοθήκη, όπου εξαιρέθηκε πλήρως μαζί με την αριστερή σάλπιγγα και πάρθηκε βιοψία τμήματος της δεξιάς ωοθήκης. Η παθολογοανατομική έκθεση αποκάλυψε την ύπαρξη βλεννώδους κυσταδενώματος μεικτού ιστολογικού τύπου (ενδοτραχηλικού-εντερικού) εστιακά άτυπου με ακέραια κάψα, ενώ η δεξιά ωοθήκη ήταν φυσιολογική.

Συζήτηση: Αρκετές περιπτώσεις βλεννώδων κυσταδενωμάτων έχουν περιγραφεί βιβλιογραφικά κατά τη διάρκεια της κύησης, τα οποία αφαιρέθηκαν λαπαροσκοπικά με συνέχιση της κύησης είτε αφαιρέθηκαν κατά τη διάρκεια τοκετού με καισαρική τομή. Μία μόνο περίπτωση αναφέρεται σε φυσιολογικό τοκετό νεογνού με υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη ωστόσο ενώ κατά την περίπτωση της λοχείας στη βιβλιογραφία υπάρχει αναφορά σε επιπλοκές του κυστικού όγκου.

Συμπεράσματα: Στη δική μας περίπτωση η ασθενής κατάφερε να φέρει σε πέρας την κύηση και να γεννήσει με φυσιολογικό τοκετό και να οδηγηθεί σε χειρουργική εξαίρεση του όγκου 5 μήνες μετά χωρίς να αναφέρει καμία επιπλοκή παρά το μεγάλο μέγεθος της κυστικής μάζας.

AA-026

Ανίχνευση ερπητοϊών (HSV 1-8) σε γυναίκες HR-HPV(+) από το Ιατρείο Κολποσκόπησης και Παθολογίας Τραχήλου Πανεπιστημιακής Κλινικής. Πρόδρομα αποτελέσματα

Ν. Τσαμπάκης¹, Μ. Νασιουτζίκη², Π. Χατζής¹, Α. Δανιηλίδης¹, Χ. Αρκούδα¹, Γ. Πρατίλας¹, Ε. Βαβουλίδης², Κ. Δίνας¹, Θ. Ταντανάσης², Α. Λουφοπούλου¹, Θ. Αγοραστός¹, Ε. Ασημακόπουλος¹

¹ Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

² Εργαστήριο Μοριακής Κλινικής Διαγνωστικής Κυτταρολογίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή/Σκοπός: Είναι γνωστή η σχέση της εμμένουσας HR-HPV λοίμωξης με την τραχηλική καρκινογένεση. Παράλληλα, ενδιαφέρον αποκτάει η μελέτη συν-παραγόντων που φαίνεται να ευνοούν την δράση του HPV. Σε αυτόν τον τομέα διερευνάται ο πιθανός ρόλος των ερπητοϊών. Η μελέτη αυτή αφορά την συνύπαρξη HR-HPV και ερπητοϊών σε διάφορα επίπεδα βλαβών στον τράχηλο.

Υλικό και Μέθοδος: 59 HR-HPV(+) ThinPrep κυτταρολογικά δείγματα γυναικών, μετά από χρήση CLARTHPV2 (Genomica), ελέγχσαν με ENTHERPEX (Genomica) για ανθρσπινους ερπητοϊούς (HSV 1-8) και 3 συχνότερους εντεροϊούς (Coxsackievirus, Poliovirus, Enterovirus). Οι γυναίκες προέρχονταν από το τμήμα Παθολογίας Τραχήλου της Β-ΜΓ Κλινικής.

Αποτελέσματα: Από τις γυναίκες με αρνητική κυτταρολογία (n=6) υπήρξε 1 θετική (στέλεχος HHV-5(CMV)), δηλαδή ποσοστό 16,6%. Από τις γυναίκες με LSIL κυτταρολογία (n=20), με ιστολογική επιβεβαίωση στις 16, ανιχνεύθηκαν 3 θετικές (15%) (στέλεχη HHV-5, HHV-7 και HHV-2/HHV-4). Στις γυναίκες με HSIL κυτταρολογία (n=22), με ιστολογική επιβεβαίωση στις 19, βρέθηκαν 5 θετικές (22,7%) (στέλεχη HHV-2, HHV-4, HHV-5, HHV-5 και HHV-7). Από τα 3 περιστατικά καρκίνου (SCC ή μικρο-διηθητικό) ανιχνεύθηκε το στέλεχος HHV-4 σε 1 (33,3%). Στις γυναίκες με δυσπλασία/διηθητικό καρκίνο (ιστολογικά επιβεβαιωμένα) HHV ανιχνεύεται στο 22,2% ενώ στο σύνολο των γυναικών της μελέτης το ποσοστό είναι 19,6%. Στα LSIL περιστατικά με HHV+ κατά τον επανέλεγχο σε 1 έτος δεν παρατηρήθηκε καμία εξέλιξη της βλάβης. Από τα HSIL δείγματα με HPV 16/18+ (n=18), στα 2 ανιχνεύθηκαν ερπητοϊοί (11,1%). Το ποσοστό ανίχνευσης HHV σε non-16/18HR-HPV (n=12) ήταν 16,6%. Αντιστοίχως, στα LSIL δείγματα με HPV 16/18+ (n=11), ερπητοϊός ανιχνεύθηκε σε 1 δείγμα (9,1%), ενώ σε non-16/18HR-HPV (n=9) το ποσοστό ήταν 22,2%.

Συμπεράσματα: Η ανίχνευση των ερπητοϊών δεν φαίνεται να συσχετίζεται με την ταυτόχρονη παρουσία των πλέον ογκογόνων στελεχών (HPV16, HPV18) τόσο στις χαμηλόβαθμες όσο και στις υψηλόβαθμες αλλοιώσεις εκτός από τις περιπτώσεις SCC. Η ανίχνευση των ερπητοϊών στις χαμηλόβαθμες αλλοιώσεις, δεν φαίνεται να συμβάλλει σε τυχόν επιδείνωση της βλάβης. Στο σύνολο των δειγμάτων της μελέτης (γυναίκες με HR-HPV λοίμωξη) φαίνεται να υπερισχύει η παρουσία του HHV-5 (CMV). Τέλος, το συνολικό ποσοστό ανίχνευσης των ερπητοϊών σε HR-HPV γυναίκες (19,6%), που παραπέμπονται/παρακολουθούνται στο τμήμα της κλινικής μας, με τάση κατανομής τους ανάλογα με την βαρύτητα της βλάβης, θέτει το ερώτημα ενός πιθανού υποβοηθητικού ρόλου των ερπητοϊών (HSV 1-8) στον μηχανισμό της τραχηλικής καρκινογένεσης. Προς τούτο, απαιτείται η αξιολόγηση μεγαλύτερου αριθμού περιστατικών.

AA-027

Γονιδιακή τυποποίηση HPV σε THINPREPPAPTEST με κυτταρολογική διάγνωση ASCUS και LSIL

Ε. Θώδου¹, Μ. Κουμπάρου², Χ. Βενέτης², Δ. Καμινάρη², Ε. Μακρή²

¹ Ιδιώτης Κυτταρολόγος, Βόλος

² Ιδιώτης Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Βόλος

Σκοπός: Διερεύνηση του ρόλου της τυποποίησης HPV στη διαχείριση των Τεστ Παπανικολάου με διάγνωση ASCUS και LSIL.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 569 κολποτραχηλικά δείγματα THINPREP γυναικών 17 έως 67 ετών με κυτταρολογική διάγνωση ASCUS και LSIL. Η διερεύνηση του HPV έγινε με τη μέθοδο CEIVD γονιδιακής τυποποίησης HPVCLINICALARRAYSGENOTYPING (GENOMICA). Η μέθοδος βασίζεται στον πολλαπλασιασμό του DNA με PCR και ακολουθεί τυποποίηση 49 στελεχών του ιού HPV υψηλού (hr) και χαμηλού κινδύνου (lr) με την τεχνική των μικροσυτοιχιών. Η ανάγνωση του αποτελέσματος γίνεται αυτοματοποιημένα με ειδικό αναλυτή.

Αποτελέσματα: HPV ανιχνεύτηκε σε 122/270 (45,1%) ASCUS, και 279/299 (93,3%) LSIL. Στελέχη hrHPV ανιχνεύθηκαν σε 98/122 (80,3%) ASCUS και σε 235/279 (84,2%) περιπτώσεις LSIL. Πολλαπλή λοίμωξη hrHPV ανιχνεύτηκε σε 38/122 (31,14%) ASCUS και 107/279 (38,35%) LSIL. Παρόμοιοι HPV τύποι ανιχνεύθηκαν στις δύο ομάδες. Σε ASCUS οι συχνότεροι hrHPV ήταν οι HPV 51 και HPV 53 (24,73%) και κατόπιν HPV 16 (15,5%), HPV 18 (11,4%), HPV 66 (10,6%), ενώ συχνότερος lrHPV ήταν ο τύπος 6 (13,9%). Σε LSIL προηγείτο ο HPV 53 (24,73%), ακολουθούμενος από τους HPV 16 (18,9%), HPV 51 (17,20%), HPV 31 και HPV 66 (13,6%), ενώ ο συχνότερος lr ήταν ο HPV 6 (15%).

Συμπεράσματα: Στην παρούσα μελέτη περίπου στο ήμισυ των περιπτώσεων ASCUS ανιχνεύτηκε γονιδίωμα HPV, κυρίως hrHPV τύποι. Είναι σαφές ότι η εξέταση HPV τυποποίησης είναι καθοριστική για τη διαλεύκανση αμφίβολων κυτταρολογικών αποτελεσμάτων και την επιλογή των ασθενών που χρειάζονται κολποσκόπηση. Δεδομένου ότι οι hrHPV τύποι παρουσιάζουν διαφορετική ογκογενετική δυναμική και πολλαπλές λοιμώξεις από hrHPV πιθανά έχουν χειρότερη πρόγνωση, η γνώση του ακριβούς προφίλ της λοίμωξης συμβάλλει σημαντικά στη διαχείριση του LSIL. Επιπλέον στο N. Μαγνησίας οι hrHPV 53, 51 είναι συχνοί και δεν καλύπτονται από τα εμβόλια. Επομένως, η συνέχιση του τακτικού κυτταρολογικού προληπτικού ελέγχου είναι επιβεβλημένη.



 [ΟΡΓΑΝΩΣΗ & ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ](#) [ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ](#) ▾ [ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ](#) ▾ [E-POSTERS](#) [ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ](#) [ΧΟΡΗΓΟΙ & ΕΚΘΕΤΕΣ](#)

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ 19: Μαιευτική - Γυναικολογία III

 [Επιστροφή](#)

 [EA-154](#) | *Ετερότοπος κύηση - Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού*
[Ν. Παντελέρης](#), [Α. Δανηλίδης](#), [Γ. Πρατίλας](#), [Π. Χατζής](#), [Α. Ελευθεριάδη](#), [Β. Κώστοβα](#), [Α. Σταμκοπούλου](#), [Κ. Δίνας](#), [Ε. Ασημακόπουλος](#)

cytopathology



BAC Journal of the British Association for Cytopathology (formerly the British Society for Clinical Cytology and the National Association of Cytologists)

Abstracts of the 38th European Congress of Cytopathology
Geneva, Switzerland
27 - 30 September 2014

patients with III-IV stages with positive staining p53-mut had only 19.4% compared with 87.5% survival rates in patients with p53 negative tumors ($p < 0.05$).

Conclusion: In a multivariate analysis, positive p53-mut staining was associated with poor survival together with residual tumor size < 2 cm, DNA aneuploidy, number cells in G2+M phase $> 15\%$.

P7-9

CLINICAL PERFORMANCE EVALUATION OF P16/KI-67 DUAL STAINED CYTOLOGY IN LONG-TERM FOLLOW-UP DATA IN WOMEN WITH ASCUS/LGSIL CYTOLOGY RESULTS

P. Chatzis, M. Nasioutziki, G. Pratilas, N. Tsampazis, A. Daniilidis, D. Tsolakidis, E. Timamopoulou, A. Sotiriadis, K. Dinas, T. Tantanasis and A. Loufopoulos

Dept. 2nd Obstetrics and Gynaecology Hippokraton Hospital, Molecular Cytopathology Laboratory, Medical School University of Thessaloniki, Greece

Introduction: Our aim was to evaluate the clinical performance of p16/ki67 dual-stained cytology test as a triage marker in women with borderline/mild dyskariotic cervical samples in detecting high-grade lesions. It is also reported that p16/ki67 positive lesions are more likely to progress than negative ones.

Materials and methods: 236 women with ASCUS or LGSIL LBC ThinPrep (Cytoc Hologic) smears who referred to colposcopy, were tested for p16/ki67 dual staining (Cintec Plus, Roche), including women with a negative HR HPV test or a positive HR HPV test (Clart-2 HPV, Genomica) at baseline. Long-term follow-up data of this referral population were conducted every 6 months for 4 ½ years, including histological evaluation.

Results: HR HPV testing revealed a sensitivity of 95%, a NPV of 98% and a specificity of 55% in detecting CIN3+ lesions in a cohort of women with ASCUS/LGSIL at baseline. On the contrary, p16/ki67 dual-staining demonstrated a higher sensitivity of 100%, a NPV of 100% and a specificity of 65% in detecting CIN3+ in the same population. Similar results were revealed in women with ASCUS/LGSIL at baseline in detecting CIN2+. In HR HPV positive but p16/ki67 negative cases, no CIN3+ lesions were found during the 4 ½ follow-up period. Additionally, cumulative risk for CIN2+ was estimated to be 3.8% in the same period.

Conclusion: The clinical use of p16/ki67 as a triage marker for ASCUS/LGSIL is safe in detecting CIN2/3+ lesions and reduces the referral rates for colposcopy, unlike the HR HPV testing. Follow-up examination for ASCUS/LGSIL women with negative p16/ki67 could be probably performed safely within 2 years.

P7-10

COMPARISON OF THIN-PREP® MANUAL SCREENING AND THIN-PREP IMAGING SYSTEM® FOR DIAGNOSTIC ACCURACY IN CERVICAL CYTOLOGY

O. D. Colakkadioglu and S. Erkilic

Department of Pathology, Medical Faculty, Gaziantep University, Gaziantep, Turkey

Introduction: Cervical cancer is one of the most common malignancies in women. Pap test is a simple, safe, reliable and cost effective procedure as a first line choice for the diagnosis and management of cervical lesions.

In this study, we aimed to compare the diagnostic accuracy between Thin Prep manual (TPM) screening and Thin Prep Imaging System (TIS).

Materials and Methods: Manually screened 1300 Thin-Prep smears were rescreened with TIS. Results were compared with the results of manual screening and the results of the 290 smears which have following biopsies that confirmed their diagnosis histopathologically.

Results: Statistical analysis revealed a significant difference between the sensitivity of TPM and TIS (TIS: 94.1, TPM: 62.7). There was no statistically difference between their specificity (TIS: 99.5, TPM: 99.1).

The high number of slides that were rejected by TIS because of excessive blood, poor cellularity and air bubbles limits the availability of the system. The darker staining of nuclei, optimized for TIS, may be misinterpreted as hyperchromatic by unexperienced pathologists or cytotechnicians.

Besides some disadvantages, TIS is a very helpful method in daily practice. Screening time was decreased by %40–60 per slide in negative samples which results in a significant reduction in work load.

Conclusion: According to our results TIS is a very effective, easy and reliable method for reporting cervicovaginal Thin Prep slides.

P7-11

PREVALENCE OF EPITHELIAL LESIONS AND PENILE HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION (HPV) IN PARTNERS OF WOMEN WITH CERVICAL EPITHELIAL LESIONS

J. da Costa, J. G. Dias, V. A. de Melo, A. C. de Freitas, P. D. Gurgel, B. S. Chagas, R. Fackouri and L. Quintans Júnior

Federal University of Pernambuco-Brazil, Recife, Brasil

Objective: To determine the association of epithelial lesions and penile human papillomavirus (HPV) infection among women with human papillomavirus induced cervical epithelial lesions and their partners.

Methods: A cross-sectional study involved 82 partners of women with cervical lesions induced by human papillomavirus being examined by peniscopy, cytology and genotyping and a systematic review with meta-analysis with methodological analysis by STROBE Initiative.

Results: Positive peniscopy 100%, koilocytosis 76.8%, and positive viral DNA 14%. HPV types: 16, 31 and 33. There was a significant association between the presence of penile injury and the time of contact with the partner $p = 0.02$. The authors included 29 stud-

Results: 1039 patients had ASC. 435 (40%) were HR-HPV positive. 275 (44.8%) were women under 35 years and 132 (31.8%) over this age.

HR-HPV and p16/Ki67 were positive in 97 (20.9%) cases. 67 (24.5%) were women under 35 yrs and 30 (22.7%) over this age.

Biopsy was performed in 60 (7%) cases; 48 in < 35 yrs with 2 H-SIL and 19 L-SIL cases. Over 35 yrs there were 5 H-SIL and 7 L-SIL.

Conclusions: In cytological ASC, HR-HPV and p16/Ki67 testing enabled selection of women at risk of developing cervical cancer.

The number of biopsies in women under 35 yrs is relevant.

The H-SIL found in ASC cases justifies the study in ACS patients < 35 yrs.

P7-33

COMPARATIVE STUDY OF CERVICAL CYTOLOGY COLLECTED BY TWO METHODS: WITHOUT AND WITH SPECULUM LUBRICANT

F. Mundim, F. Nunes, G. Giarola, Y. Juliano and C. Hueb

Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre - MG, Brasil

Introduction: Cancer of the cervix is one of the most frequent causes of death in the female population in Latin America and the world. A Pap smear is a manual method performed to the identification pre-malignant lesions. The most common reason cited by women for not doing speculum examination routine is pain during the performance. Between attempts to minimize the discomfort and attract women to the examination, the use of vaginal speculum lubrication seems to be good alternative. The aim of study was to compare the obtained cytological smears by two methods without and with lubricant.

Materials and Methods: A prospective study of pap smears was performed in women in the public health service of Pouso Alegre city, Brazil, between the period June 2013 to March 2014. 2 samples from each patient were collected (without and with lubricant) and respectively two slides made by Papanicolaou staining, being analyzed blindly by a pathologist.

Results: 104 cases was performed, with a median age of 32 years. Squamous cells were found in all slides, without and with lubrication. Glandular cells to the McNemar test showed a value = 1.0 and Kappa = 9.80 ($p = 0.0001$); The values for metaplastic cells were McNemar = 0.5 and Kappa = 9.81 ($p = 0.0001$) and for analysis of pathological microorganisms McNemar test revealed a kappa = 0.5 and = 9.64 ($p = 0.0001$).

Conclusion: Cytological analysis showed no differences between the techniques without and with lubrication. This number confirms the findings in the literature, in other words, neutrality interference of lubricants on the cytology results.

P7-34

IMPROVEMENT OF CONVENTIONAL CYTOLOGICAL PAP SMEARS

V. Najdanovic-Mandic

Health Centre, Zajecar, Serbia

Introduction: This paper presents the methodology of decreasing the inadequate and improving the cytological smears taken during

cervical cancer screenings with conventional cytology in circumstances where there is no primary prevention (HPV vaccination), no routine HPV testing, and no advanced technology.

The **method** used is retrospective research and medical documentation analysis employed in the last three years regarding the women who were screened, and those who underwent biopsy because their PAP tests were suspicious of pathological changes.

The **results** are the following: 5,985 women underwent screening in the given period. In 2010, 2,436 women were screened and there were 90 biopsies (3.69%). In 2011 and 2012, there were 3,549 screens and the number of biopsies decreased to 91 (2.56%). Of these 3,549 women, 650 (18.31%) were treated before PAP smears were taken because their clinical findings had pointed to infective and inflammatory vaginitis.

We can **conclude** that it would be more useful for both patients and doctors if the women with infective and inflammatory symptoms are treated before taking PAP smears as this would reduce inadequate and false positive findings and consequently the number of biopsies.

P7-35

THE ROLE OF HPV-RELATED BIOMARKERS IN WOMEN WITH UNTREATED CIN2 LESIONS

M. Nasioutziki, M. Kyrgiou, G. Valasoulis, E. Timamopoulou, P. Chatzis, N. Tsampazis, G. Pratilas, A. Daniilidis, A. Daponte, K. Dinas, E. Paraskevaides and A. Loufopoulos

Dept. 2nd Obstetrics and Gynaecology Hippokraton Hospital, Molecular Cytopathology Laboratory, Medical School University of Thessaloniki, Greece

Introduction: Treatment for women with CIN2 lesions, despite the fact that a significant proportion regresses spontaneously, may cause clinical implications. Our aim was to identify whether HPV-related biomarkers could safely predict the likelihood of regression.

Materials and methods: 112 histologically proven CIN2 young women were under close surveillance in three University Hospitals every 6 months for a 24-months period. LBC thinprep (HOLOGIC) samples were collected prior to colposcopy and tested for HPV genotyping (CLART HPV2, GENOMICA), E6/E7 mRNA by NASBA (NUCLISENS EASYQ) or flow cytometry (INCELLDX), p16/ki67 (ROCHE) and microspectroscopy. Follow-up data on cytology, colposcopy, histology and molecular markers were conducted in relation to outcomes of CIN2 lesions as progression, persistence, regression rates. The sensitivity, specificity, PPV and NPV were calculated based on biomarkers' combinations.

Results: During the 24-months period of follow-up, 31% of 112 women were treated, 17% missed an examination at least once, 70% of non 16 HR HPV and 50% of HPV 16, regressed spontaneously to low-grade or normal findings. No invasive lesions were detected. Young age, LSIL cytology or colposcopy, small lesions on colposcopy and HPV subtype other than 16, were related to a high regression rate. Among the HPV-related biomarkers, HPV DNA test showed high sensitivity, while the combination of NASBA mRNA and p16/ki67 revealed high specificity.

Conclusion: A significant proportion of CIN2 lesions in young women regress spontaneously. Combinations of HPV-related biomarkers appear to have efficient accuracy in predicting CIN2 lesions more likely to regress. This could allow a personalized management, without overtreatment for low risk women.



ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1928

29^ο

Βορειοελλαδικό Ιατρικό Συνέδριο

με Πανελλήνια Συμμετοχή

"Η Ιατρική στην Εποχή της Κρίσης"

27-29

Μαρτίου 2014

Θεσσαλονίκη

Grand Hotel Palace

Χορηγούνται 15 μόρια
Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης
(C.M.E. CREDITS)

Περιλήψεις Ανακοινώσεων

P15 ΟΓΚΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΕΚ ΚΟΚΚΙΩΔΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΟΜΙΑΖΕΙ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Πρατίλας Γ., Παντελής Α., Κασμάς Στ., Νασιουτζίκη Μ., Δίνας Κ.

Β' Μαιευτική/Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Ο όγκος εκ κοκκιωδών κυττάρων (granular cell tumor- GCT) του μαστού αποτελεί το 5% με 8% όλων των GCT που εμφανίζονται στον ανθρώπινο οργανισμό. Συνήθως εμφανίζεται σε προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Μιμείται τα κλινικά και απεικονιστικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του μαστού, πράγμα που καθιστά τη διαφορική διάγνωση αρκετά δύσκολη.

Σκοπός: Να μοιραστούμε την εμπειρία μας στην διερεύνηση και αντιμετώπιση ενός τέτοιου περιστατικού.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζουμε την περίπτωση μιας 32χρονης που προσήλθε στο Ιατρείο μαστού λόγω ανεύρεσης όγκου μαστού σε αυτοψηλάφηση. Κατά τον κλινικό και τον απεικονιστικό έλεγχο δόθηκε η εντύπωση καρκίνου του μαστού. Πραγματοποιήθηκε διερεύνηση με αναρρόφηση με λεπτή βελόνη (Fine Needle Aspiration) που έδωσε ανεπαρκές υλικό. Ακολούθησε κλασσική βιοψία με βελόνα (Needle Core Biopsy). Στα πλαίσια της παρουσίασης του περιστατικού πραγματοποιήθηκε και έρευνα στη σχετική βιβλιογραφία.

Αποτελέσματα: Η NCB έδωσε ως αποτέλεσμα καλοήθες GCT. Ακολούθησε χειρουργική εκτομή του όγκου που επιβεβαίωσε την NCB. Η ανοσοϊστοχημεία έδωσε θετική αντίδραση στους δείκτες S100 και NSE.

Συμπεράσματα: Το GCT του μαστού συνήθως είναι καλοήθες και προέρχεται από κύτταρα του Schwann. Ελάχιστες περιπτώσεις κακοήθειας συναντούνται και αποτελούν το 1-2% των περιπτώσεων. Συχνά μιμείται κακοήθεια μαστού λόγω των κλινικών χαρακτηριστικών του(εισολκή θηλής/δέρματος ,ανώμαλη υφή) αλλά και της παρόμοιας απεικόνισής του. Η οριστική διάγνωσή του πραγματοποιείται με NCB και ανοσοϊστοχημεία. Για την διάκριση καλοήθους/κακοήθους GCT έχουν προταθεί 6 ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά. Σε αποκλεισμό κακοήθειας η τυπική αντιμετώπιση περιλαμβάνει παρακολούθηση ή εκτομή, ενώ σε επιβεβαίωση είναι όμοια με αυτή του καρκίνου του μαστού. Σε τέτοιες περιπτώσεις η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία δεν φαίνεται να είναι αποτελεσματικά προ ή μετεγχειρητικά.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ &
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ

www.12obgyn2012.mdcongress.gr

12^Ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ στη ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ

17-20 ΜΑΪΟΥ 2012

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ | ΜΕΓΑΡΟ ΜΟΥΣΙΚΗΣ

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

ΑΑ (001-366)



ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΚΥΤΤΑΡΙΑΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΟΥ HPV E6/E7 MRNA ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΟ HPV-DNA TEST ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ (ΑΑ-20)

Τσαμπάκης Ν.¹, Νασιουτζίκη Μ.¹, Δίνας Κ.¹, Στασινού Μ.², Πρατίλας Γ.¹, Κύργιου Μ.², Ταντανάσης Θ.¹, Παρασκευαΐδης Ε.², Λουφόπουλος Α.¹

¹ Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης,

² Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Καθώς η προκαλούμενη από HPV, ογκογενετική μετατροπή βασίζεται στην υπερέκφραση των E6/E7 ογκογονιδίων, το E6/E7 m-RNA έχει προταθεί ως ένας πιο ειδικός δείκτης τραχηλικής δυσπλασίας και καρκίνου από ότι το HPV-DNA test, σε προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου μειώνοντας τα ψευδώς θετικά κλινικά αποτελέσματα.

Σκοπός: Η εκτίμηση της χρησιμότητας δοκιμασιών ανίχνευσης HPV m-RNA σε σύγκριση με δοκιμασίες ανίχνευσης HPV-DNA στην διαχείριση περιστατικών που παραπέμπονται για κολποσκόπηση σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο.

Υλικά και μέθοδος: 623 γυναίκες 21-65 ετών προγράμματος πληθυσμιακού ελέγχου δύο αστικών περιοχών έλαβαν ένδειξη για κολποσκόπηση. Νέα δείγματα (Thin Prep) εξετάστηκαν κυτταρολογικά, ταυτόχρονα με HPV-DNA test (CLART-2 HPV, Genomica) και με OncoTect Assay (IncellDx). Μεταξύ άλλων προσδιορίστηκε η ευαισθησία και ειδικότητα των δύο δοκιμασιών αναφορικά με την ανίχνευση ιστολογικά επιβεβαιωμένων υψηλόβαθμων αλλοιώσεων (CIN2+).

Αποτελέσματα: Η PPV του ποσοπικού προσδιορισμού του HPV E6/E7 m-RNA των κυττάρων ήταν 85%, σαφώς μεγαλύτερη από το HPV-DNA test (52%). Η ειδικότητα του mRNA testing στην ανίχνευση κυτταρολογικών ASCUS+ ευρημάτων ήταν 98%, ενώ για την ανίχνευση ιστολογικά επιβεβαιωμένων CIN2+ αλλοιώσεων το ποσοστό ήταν 88%. Τα αντίστοιχα ποσοστά για το HPV-DNA test ήταν 92% και 42% αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Είναι σαφείς οι ανώτερες επιδόσεις της δοκιμασίας ανίχνευσης E6/E7 mRNA σε σύγκριση με την δοκιμασία HPV-DNA. Η διαφορά τους μεγαλώνει αναφορικά με την ειδικότητα για ανίχνευση υψηλόβαθμων αλλοιώσεων (CIN2+). Η επιβεβαίωση των ευρημάτων κατά την ολοκλήρωση της συνεχιζόμενης αυτής μελέτης θα υπογράμμιζε την κλινική χρησιμότητα της παραπάνω δοκιμασίας ως δείκτη τραχηλικής νόσου που, σε συνδυασμό με την κυτταρική μορφολογία, θα ήταν χρήσιμο εργαλείο διαλογής των γυναικών που παραπέμπονται.

**ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΣΕ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΑ (ΑΑ-21)**

Χλιάρια Ε.¹, Ευαγγελινός Δ.¹, Κατσιμπουρλιά Ε.², Υφαντίδου Α.², Κεσίδου Ν.³, Σκαφιδά Π.¹

¹ Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής¹, ² Μικροβιολογικό Εργαστήριο Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής², ³ Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής³

Σκοπός: Παρουσιάζεται η περίπτωση εγκύου με θετικά για τοξόπλασμα IgG και IgM αντισώματα στο Γ.Ν.Χ.

Παρουσίαση περιστατικού: Το περιστατικό αφορά ασθενή 31ετών, δευτεροτόκο, πρώην χρήστρια ναρκωτικών ουσιών που επισκέπτεται για πρώτη φορά το Μ/Γ Ιατρείο του Γ.Ν.Χαλκιδικής στις 27/7/2011 σε ηλικία κύησης 16 εβδομάδων. Από το μαιευτικό ιστορικό προκύπτει μία αυτόματη αποβολή 1ου τριμήνου(2003), ένας φυσιολογικός τοκετός ενός ζώντος εμβρύου (2004), μία διακοπή κύησης στον 5ο μήνα λόγω θετικών ΤοχοΙ IgG και Τοχο IgM καθώς και ανίχνευση DNA του Toxoplasma gondii με τη δοκιμασία PCR σε δείγμα αμνιακού υγρού(2006). Ακολούθησε θεραπεία με σπαραμκίνη. Έπονται δύο αυτόματες αποβολές 1ου τριμήνου (2009-2010). Όσον αφορά την παρούσα κύηση, κατά τον προγεννητικό έλεγχο ανευρίσκονται θετικά IgG και IgM αντισώματα του παρασίτου στον ορό αίματος της εγκύου. Ακολουθεί έλεγχος συνάφειας (avidity test) και διαπιστώνεται υψηλή συνάφεια που αποδεικνύει παλαιά λοίμωξη. Σε ηλικία κύησης 19 εβδομάδων διενεργείται αμνιοπαρακέντηση. Στο αμνιακό υγρό δεν ανιχνεύεται το DNA του παρασίτου. Σε ορολογικές εξετάσεις που ακολούθησαν, οι τίτλοι των αντισωμάτων δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές, σε σχέση με τα προηγούμενα δείγματα, με αποτέλεσμα η πρωτοπαθής λοίμωξη να εντοπίζεται στο παρελθόν.

Συμπεράσματα: Ο έλεγχος των αντισωμάτων της τοξοπλάσμωσης αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του προγεννητικού ελέγχου. Όταν ανευρίσκονται θετικά αντισώματα απαιτείται προσεκτική παρακολούθηση και σωστή καθοδήγηση της εγκύου σε ότι αφορά την εργαστηριακή προσέγγιση της τοξοπλάσμωσης, διότι παλαιά μόλυνση της μητέρας είναι δυνατόν να οδηγήσει σε μόλυνση του εμβρύου στην περίπτωση αναζωπύρωσης της νόσου, λόγω ανοσοκαταστολής της μητέρας. Η αμνιοκέντηση είναι η πιο αξιόπιστη μέθοδος για να αποκλείσει την πρόσφατη λοίμωξη.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΥΣΜΗΝΟΡΡΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΑΣ - ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ (2007-2011) (ΑΑ-43)

Καλαμπαλίκης Γ., Φιλίππου Π., Ψαράκης Α., Παπαδόπουλος Σ., Μπάκα Μ., Καλλιντέρη Χ., Κάκκος Α.
Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Γ.Ν.Νίκαιας-Πειραιά "Άγιος Παντελεήμων"

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της δυσμηνόρροιας, η οποία απασχολεί πολλές γυναίκες, κάποιες από τις οποίες έχουν ανάγκη αγωγής.

Υλικό και μέθοδοι: Στα Ιατρεία της Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής προσήλθαν 228 γυναίκες, λόγω πυελικού άλγους κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως. Πολλές γυναίκες ανέφεραν συνοδά συμπτώματα, όπως ναυτία, εμμέτους και διαρροϊκές κενώσεις. Η διάγνωση ήταν δυσμηνόρροια, αρχικά, και, στη συνέχεια, από την παρακολούθηση των γυναικών και το λεπτομερειακό έλεγχο τέθηκε η διάγνωση της πρωτοπαθούς (122 γυναίκες, 53,5%) και της δευτεροπαθούς δυσμηνόρροιας (106 γυναίκες, 46,5%). Με βάση την ηλικία, οι γυναίκες χωρίστηκαν σε τρεις υποομάδες: η υποομάδα Ι περιλάμβανε γυναίκες, ηλικίας 12-22 ετών, η υποομάδα ΙΙ γυναίκες, ηλικίας 23-42 ετών και η υποομάδα ΙΙΙ γυναίκες, 43-52 ετών. Για τη διάγνωση της δυσμηνόρροιας έγιναν οι ακόλουθες εξετάσεις: Γυναικολογική εξέταση, ορμονικός έλεγχος, υπερηχογράφημα των έσω γεννητικών οργάνων, διαγνωστική λαπαροσκόπηση σε υπόνοια ύπαρξης ενδομητρίωσης, έλεγχος νεοπλασματικών δεικτών σε υπόνοια νεοπλασίας και ψυχιατρική εξέταση, όπου κρίθηκε απαραίτητο.

Αποτελέσματα: Στην υποομάδα Ι διαπιστώθηκε, κυρίως, πρωτοπαθής δυσμηνόρροια (77%) και, σε μικρότερο ποσοστό, δευτεροπαθής δυσμηνόρροια (23%). Αντίθετα, στις υποομάδες ΙΙ και ΙΙΙ διαπιστώθηκε δευτεροπαθής δυσμηνόρροια σε ποσοστά 91% και 100%, αντίστοιχα. Η θεραπεία στην πρωτοπαθή δυσμηνόρροια περιλάμβανε αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη, ενώ στη δευτεροπαθή δυσμηνόρροια έγινε αντιμετώπιση της γενεσιουργού αιτίας και χορήγηση αναλγητικών, σπασμοληπτικών και αντισπασμοληπτικών φαρμάκων.

Συμπέρασμα: Η δυσμηνόρροια αποτελεί σύμπτωμα, από το οποίο πάσχουν πολλές γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Πρέπει να αντιμετωπίζεται με σοβαρότητα, δεδομένου ότι, σε υψηλό ποσοστό γυναικών, υποκρύπτεται σοβαρή αιτία. Η αντιμετώπιση της εξασφαλίζει καλή ποιότητα ζωής στην ομάδα αυτή των γυναικών, που ταλαιπωρείται, σχεδόν, κάθε μήνα.

ΑΤΡΗΣΙΑ ΟΡΘΟΥ ΣΤΙΣ 32 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΚΥΗΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΗ ΣΧΕΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (ΑΑ-44)

Πρατύλας Γ., Παντελής Α., Κασμάς Σ., Σωτηριάδης Α., Δίνας Κ., Θεωδορίδης Θ., Ταντανάσης Θ.,
Γιαννούλης Χ., Λουφόπουλος Α.

Β' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Παρουσιάζουμε το περιστατικό μιας γυναίκας, της οποίας το κύημα στις 32 εβδομάδες εμφάνισε διάταση του εντέρου και μετά τη γέννηση του διαπιστώθηκε ατρησία ορθού, καθώς και ανασκόπηση στη βιβλιογραφία.

Περιστατικό: Μια 32χρονη δευτεροτόκος προσήλθε για τον υπερηχογραφικό έλεγχο του τρίτου τριμήνου στις 31+6 εβδομάδες κύησης. Ο προγεννητικός έλεγχος του πρώτου τριμήνου ήταν φυσιολογικός, ενώ ο υπερηχογραφικός έλεγχος στις 11, 16 και 22 εβδομάδες δεν απεικόνισε εμφανείς συγγενείς ανωμαλίες. Στον έλεγχο αυτόν διαπιστώθηκε σημαντική διάταση του εντέρου του. Άλλες εμφανείς ανατομικές ανωμαλίες δεν απεικονίστηκαν. Βάσει της εικόνας αυτής τέθηκε η υπόνοια ατρησίας του ορθού.

Έκβαση: Στις 38+5 εβδομάδες κύησης, μετά από αυτόματη έναρξη, πραγματοποίησε ένα ανεπίπλεκτο τοκετό, γεννώντας αγόρι βάρους σώματος 2900 γραμμάρια. Κατά τον έλεγχο του από τους νεογνολόγους διαπιστώθηκε ατρησία ορθού τέσσερα εκατοστά από τον πρωκτό και έγινε παραπομπή σε παιδοχειρουργούς.

Συζήτηση: Η ατρησία του ορθού είναι η πιο συχνή συγγενής ανωμαλία του ορθού με συχνότητα 4 στις 10000 γεννήσεις. Διακρίνεται σε υψηλή, μέση και χαμηλή. Έχει περιγραφεί να εμφανίζεται ως μέρος 50 συνδρόμων τουλάχιστον και κυρίως στο VACTERL σύνδρομο (Vertebral anomalies, Anal atresia, Cardiac anomalies, Tracheoesophageal fistula or Esophageal atresia, Renal/urinary anomalies, Limb defect). Στη μελέτη EUROCAT με 1425 περιστατικά ατρησίας ορθού το 36% εμφανίζονταν μεμονωμένα και το 64% συνοδευόμενο και από άλλες διαμαρτίες, ενώ 10% αφορούσε υψηλή και 90% χαμηλή. Σε ατρησίες ορθού έχει περιγραφεί η διαπίστωση της διάτασης εντέρου στο πρώτο τρίμηνο, στη συνέχεια η εξαφάνιση και η επανεμφάνιση της στο τρίτο. Η ατρησία ορθού στη παρούσα φάση παρόλα αυτά έχει χαμηλή συχνότητα προγεννητικής διάγνωσης, μόλις στο 8,2% και τα περισσότερα σχετικά άρθρα της βιβλιογραφίας είναι παρουσιάσεις μεμονωμένων περιστατικών.

Συμπέρασμα: Παρότι η άμεση υπερηχογραφική απεικόνιση της ατρησίας του ορθού είναι εξαιρετικά δυσχερής, είναι σημαντικό μια απεικονιζόμενη διάταση του εντέρου να θέτει την υπόνοια ύπαρξης αυτής. Παραπέρα, σε διαπιστωμένες διαμαρτίες της σπονδυλικής στήλης, καρδιάς, νεφρών, οισοφάγου και άκρων, να υπάρχει εγρήγορση για πιθανή συνύπαρξη ατρησίας ορθού. Άξιο λόγου είναι πως, η εμφάνιση διάτασης εντέρου στο πρώτο τρίμηνο της κύησης και η μετά εξαφάνιση αυτής, φαίνεται να είναι δείκτης για την ύπαρξη της ατρησίας.

ΑΤΥΠΑ ΠΟΛΥΠΟΙΔΗ ΑΔΕΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ (ΑΑ-45)

Γιαννούλης Γ.¹, Θωμάκος Ν.¹, Ροδολάκης Α.¹, Πρωτοπαπάς Α.¹, Σωτηροπούλου Μ.², Χαϊδόπουλος Δ.¹, Βλάχος Γ.¹, Αντσακλής Α.¹

¹ Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα, ² Τμήμα Παθολογοανατομικής, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα

Σκοπός: Τα άτυπα πολυποειδή αδενομυώματα (ΑΠΑ) αντιπροσωπεύουν υπερπλαστικές βλάβες της μήτρας που χαρακτηρίζονται από ταυτόχρονη υπερπλασία των αδένων και του μη σαρκοματώδους ινομυωματώδους στρώματος. Είναι σπάνιες βλάβες και παρουσιάζουν ένα ευρύ μορφολογικό φάσμα. Παρουσιάζουμε μια σειρά 11 περιπτώσεων που αντιμετωπίστηκαν στην Α' Πανεπιστημιακή Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Γ.Ν.Αλεξάνδρα.

Υλικά και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη των περιπτώσεων ΑΠΑ που αντιμετωπίστηκαν στο νοσοκομείο μας την τελευταία δεκαετία και μελέτη των κλινικών και παθολογοανατομικών χαρακτηριστικών τους.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Εντοπίστηκαν 11 ασθενείς που εμφάνισαν ΑΠΑ (4 άτοκες, 9 προεμμηνοπαυσιακές, 2 μετεμμηνοπαυσιακές), ηλικίας 25 έως 68 ετών (μέσος όρος 41 έτη). Δέκα εντοπίστηκαν στο σώμα της μήτρας και ένας στον ενδοστράχηλο. Ιστολογικά αποτελούνταν από σύνθετους διακλαδιζόμενους αδένες με διακριτές εστίες μετάπλασης, οι οποίες ξεχωρίζαν με διασταυρούμενες δεσμίδες ινομυωματώδους στρώματος. Το στρώμα στις περισσότερες περιπτώσεις αποτελείτο από λείες μυϊκές ίνες σε ευρείες δέσμες ή από μίγμα ινώδους ιστού με λεία μυϊκά κύτταρα. Οι επιθηλιακές μιτώσεις ήταν σπάνιες ή απύσυχες. Επιπρόσθετα εντοπίστηκαν τμήματα παραγωγικού, ανώμαλα παραγωγικού και εκκριτικού ή υπερπλαστικού ενδομητρίου (μία περίπτωση από το καθένα). Σε δύο περιπτώσεις συνυπήρχε ενδομητριοειδές αδενοκαρκίνωμα grade I με ελάχιστη διήθηση του μυομητρίου. Όλες οι ασθενείς είναι εν ζωή με μέση διάρκεια παρακολούθησης τους 61 μήνες (3-117 μήνες) μετά τη διάγνωση. Η ιστογένεση του ινομυωματώδους στρωματικού στοιχείου των ΑΠΑ θα μπορούσε να αποδοθεί σε εκτεταμένη «ινομυωματώδη μετάπλαση» των ενδομητρικών ή ενδοτραχηλικών στρωματικών κυττάρων. Παράγοντες που σχετίζονται με τα ιστοτρογόντα πιθανά να συμβάλλουν στην ανάπτυξη των ΑΠΑ.

ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΜΑΙΕΣ ΚΑΙ ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΑΠΟ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΚΥΠΡΟ (ΑΑ-46)

Δίνας Κ., Κασμάς Σ., Παντελής Α., Πρατίλας Γ., Παπαγγελή Ε., Ζαΐρη Ε., Χατζής Π., Μιχαλάκη Γ., Κυδώνα Ρ., Μοσχάκη Β., Λουφόπουλος Π., Λουφόπουλος Α.

Β' Μαιευτική - Γυναικολογική κλινική Α.Π.Θ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα και συχνότερα αίτια νοσηρότητας και θνητότητας στις γυναίκες μετά την 4-5η δεκαετία ζωής. Η πορεία της νόσου εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο γίνεται η διάγνωση, γεγονός που καθιστά εξαιρετικά σημαντική την πρόληψη και την έγκαιρη αντιμετώπιση. Για το σκοπό αυτό έχει καθιερωθεί η διενέργεια μαστογραφίας μετά την ηλικία των 40 ετών ενώ για την περιοδική αυτοεξέταση του μαστού τα δεδομένα είναι αντικρουόμενα. Έτσι, παρότι η αυτοεξέταση μαστού δεν συμπεριλαμβάνεται σε επίσημες κατευθυντήριες οδηγίες εντούτοις ουστείνεται η πρώτη σε γυναίκες ηλικίας άνω των είκοσι ετών οι οποίες θα πρέπει παράλληλα να ενημερώνονται για τους περιορισμούς και τα ωφέλη της αυτοεξέτασης. Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκαν οι απόψεις και οι πρακτικές σε θέματα αυτοεξέτασης μαστού Μαιών και Φοιτητριών Μαιευτικής από Ελλάδα και Κύπρο.

Υλικό και μέθοδοι: Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη διανομή και συμπλήρωση ερωτηματολογίου κατά τη διάρκεια του Πανελληνίου Συνεδρίου Μαιών - Μαιευτών που έγινε στη Θεσσαλονίκη το 2010. Στη μελέτη συμμετείχαν 223 Μαιές και 142 Φοιτήτριες Μαιευτικής. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (έκδοση 17.0; Inc., Chicago, IL).

Αποτελέσματα: Τα ποσοστά συμμετοχής στη μελέτη ήταν 91.0% (223/245) για τις Μαιές και 86.1% (142/165) για τις Φοιτήτριες Μαιευτικής. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στον τρόπο εξέτασης (αντίθετο χέρι για κάθε μαστό) και τα κλινικά ευρήματα τα οποία θα πρέπει να εξετάζονται (όγκοι, έκκριση από τη θηλή, σκληρία δέρματος). Υπήρξε όμως σημαντική διαφορά στη συχνότητα αυτοεξέτασης (52.5% και 45.4% μηνιαίως στις Μαιές και Φοιτήτριες αντίστοιχα), στο ποσοστό που εξετάζονταν σπανιότερα από μια φορά το χρόνο (14% και 27% αντίστοιχα), στη μέρα του κύκλου που γίνεται η εξέταση (32.1% και 28.1% στις πρώτες μέρες μετά την εμμηνόρροια αντίστοιχα) και στη συχνότητα εξέτασης της μασχαλιαίας κοιλότητας (57.1% και 43.2% αντίστοιχα). Επιπλέον, μεγαλύτερο ποσοστό Μαιών σε σχέση με Φοιτήτριες απάντησε το 40ο έτος ως ηλικία έναρξης διενέργειας μαστογραφίας (70.2% και 59.2% αντίστοιχα) ενώ λιγότερες Μαιές δήλωσαν ότι η μαστογραφία μπορεί να προκαλέσει προβλήματα υγείας. Σχεδόν όλες οι Μαιές και όλες οι Φοιτήτριες (99.1% και 100%) απάντησαν ότι Μαιές θα πρέπει να συμμετέχουν σε προγράμματα πρόληψης καρκίνου του μαστού.

Συμπεράσματα: Το ποσοστό αυτοεξέτασης ήταν 52.5% για τις Μαιές και 45.4% για τις Φοιτήτριες, ποσοστά που γενικά συμ-

Συμπέρασμα: Γάγγλιο είναι μία κυστική διόγκωση που συνήθως εμφανίζεται στη ράχη του καρπού. Είναι δυνατόν σπανιότερα να εμφανιστεί και στην παλαμιαία επιφάνεια της πηχεοκαρπικής ή βάσης των δάχτυλων αλλά τότε είναι πολύ μικρότερο σε μέγεθος. Η ακριβής αιτία τους δεν είναι γνωστή. Φαίνεται ότι η υπερβολική χρήση του χεριού οδηγεί σε τοπική εκφύλιση των συνδέσμων και στη συνέχεια στη ανάπτυξη του γαγγλίου. Ο ασθενής παραπονιέται περισσότερο για τοπική διόγκωση και σπάνια για πόνο. Στην ψηλάφηση το ογκίδιο, μέγεθος συνήθως φουντουκιού, είναι σκληρό, ανώδυνο ή ελαφρά επώδυνο στην πίεση. Η εμφάνισή του κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν είναι συχνή και συνίσταται στην συντηρητική αντιμετώπισή του.



ΓΕΝΝΗΣΗ ΝΕΟΓΝΟΥ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ICSI. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ (ΑΑ-53)

Κασμάς Σ., Παντελής Α., Πρατίλας Γ., Ταντανάσης Θ., Δίνας Κ., Καρτσέα Φ., Γιαννούλης Χ., Λουφρόπουλος Α.
Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Α.Π.Θ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Ο αριθμός των νεογνών που γεννιούνται με τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής συνεχώς αυξάνει και λαμβάνει σημαντικές διαστάσεις ειδικά στις Δυτικές Χώρες. Η εμφάνιση συγγενών ανωμαλιών στα νεογνά αυτά οδήγησε στη διερεύνηση της αιτίας αλλά και του είδους των ανωμαλιών που εμφανίζονται συχνότερα.

Περιγραφή περίπτωσης: έγκυος 35 ετών με διδύμο κύηση κατόπιν ICSI, διανύουσα την 34η εβδομάδα κύησης εισάγεται στο τμήμα εμβρυομητρικής ιατρικής λόγω πρόωρων συσπάσεων. Το ατομικό και το οικογενειακό ιστορικό ήταν ελεύθερα ευρημάτων και η πορεία της κύησης ήταν ομαλή με φυσιολογική ανάπτυξη και των δύο εμβρύων. Από τον υπέρηχο του δεύτερου τριμήνου βρέθηκε απλασία του δεξιού κάτω άκρου από την μεσότητα της κνήμης και κάτω. Στην έγκυο διενεργήθηκε καισαρική τομή στις 37 εβδομάδες και 1 ημέρα λόγω έναρξης τοκετού όπου διαπιστώθηκε επιπλέον συνδακτυλία του δείκτη, μέσου και παράμεσου δακτύλου του αριστερού άνω άκρου, υποπλασία του παράμεσου δακτύλου του δεξιού άνω άκρου και.... ενώ στο άλλο νεογνό δεν διαπιστώθηκαν συγγενείς ανωμαλίες. Ακολούθησε κλινικός και απεικονιστικός έλεγχος και στα δύο νεογνά ο οποίος ήταν φυσιολογικός.

Συζήτηση: Με τη συνεχή αύξηση των ζευγαριών που καταφεύγουν σε τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, είναι σημαντικό να διευκρινιστεί αν οι τελευταίες συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για συγγενείς ανωμαλίες. Τα δεδομένα στη βιβλιογραφία επιβεβαιώνουν μια μικρή αλλά στατιστικά σημαντική αύξηση του κινδύνου σε σχέση με γυναίκες του γενικού πληθυσμού ίδιας ηλικίας, τόκου και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Οι συγγενείς ανωμαλίες που προκύπτουν αφορούν συχνότερα το καρδιαγγειακό σύστημα και ενώ η συχνότητά τους φαίνεται να εξαρτάται από τον αριθμό των εμβρύων που μεταφέρονται. Θα πρέπει επομένως το ζευγάρι να ενημερώνεται για τους κινδύνους αυτούς και ο αριθμός των εμβρύων που μεταφέρονται να είναι όσο το δυνατό μικρότερος.



ΓΕΝΝΗΣΗ ΥΓΙΟΥΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΑΠΟ ΥΑΛΟΠΟΙΗΣΗ ΩΑΡΙΩΝ ΚΑΙ ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΜΕΝΟ ΟΡΧΙΚΟ ΙΣΤΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (ΑΑ-54)

Σακελλαρίου Μ., Τιμοθέου Ε., Μαγκανά Μ., Κουτσούνη Α.Κ., Νικολόπουλος Γ., Ντουτσούλης Γ., Κωστομένος Δ., Αθανασίου Β.
Κέντρο Εξωσωματικής Αθηνών, Αθήνα

Αναφέρεται περιστατικό επιτυχούς προσπάθειας IVF όπου κρυοσυντηρημένα με υαλοποίηση ωάρια γονιμοποιήθηκαν με σπερματοζωάρια από κρυοσυντηρημένο ορχικό ιστό. Η γυναίκα (ετών 36) προσήλθε στο Κέντρο μας με ιστορικό 3 αποτυχημένων προσπαθειών. Και στις τρεις προσπάθειες η απάντηση στην ωοθηλακική διέγερση ήταν φτωχή (0-3 ωάρια/κύκλο, 2 ΕΤς, 1 έμβρυο/φορά). Κατά τη 1η προσπάθεια έγινε βιοψία όπου ανιχνεύθηκαν ελάχιστα σπερματοζωάρια χωρίς κρυοσυντήρηση, ενώ στην 3η έγινε εκ νέου βιοψία που συνοδεύτηκε από κρυοσυντήρηση ορχικού ιστού.

Στον συνήθη έλεγχο που ενεργούμε στο Κέντρο μας διαπιστώθηκε ότι η γυναίκα ήταν φτωχή απαντήτρια (ιστορικό, $\uparrow$ πρωτογενή ωοθυλάκια και όγκος ωοθηκών, $\uparrow$ FSH & LH, $\downarrow$ AMH & Inh B).

Συνεκτιμώντας την κατάσταση και των δύο συζύγων προτάθηκε η κρυοσυντήρηση ωαρίων μετά από διάφορους κύκλους διέγερσης (ανάλογα με την αντίδραση) και στη συνέχεια απόψυξη και γονιμοποίησή τους με σπερματοζωάρια από τον ήδη κρυοσυντηρημένο ορχικό ιστό.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΓΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΜΑΙΕΣ ΚΑΙ ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΑΠΟ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΚΥΠΡΟ (ΑΑ-74)

Δίνας Κ., Κασμάς Σ., Πρατίλας Γ., Παντελής Α., Ζαΐρη Ε., Παπαγγελή Ε., Χατζής Π., Μιχαλάκη Γ., Κυδώνα Ρ., Μοσχάκη Β., Λουφόπουλος Π., Λουφόπουλος Α.

Β' Μαιευτική - Γυναικολογική κλινική Α.Π.Θ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη κακοήθεια του γυναικείου πληθυσμού παγκοσμίως. Μια σειρά γενετικών, ορμονικών και παραγόντων που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της νόσου. Πρώιμη εμμηναρχή, καθυστερημένη εμμηνόπαυση, μεγάλη ηλικία πρώτης τελειόμηνης κύησης, απουσία θηλασμού, καλοήθους νόσος του μαστού καθώς και τα γονίδια BRCA αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου. Μια στις τέσσερις γυναίκες με καρκίνο μαστού παρουσιάζει τουλάχιστον ένα από τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου, γεγονός το οποίο καταδεικνύει την αναγκαιότητα γνώσης των παραπάνω ώστε να αναγνωριστούν έγκαιρα οι γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίγνωσης των παραγόντων κινδύνου σε Μαιές και Φοιτήτριες Μαιευτικής από Ελλάδα και Κύπρο.

Υλικό και μέθοδοι: Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη διανομή και συμπλήρωση ερωτηματολογίου κατά τη διάρκεια του Πανελληνίου Συνεδρίου Μαιών - Μαιευτών που έγινε στη Θεσσαλονίκη το 2010. Στη μελέτη συμμετείχαν 223 Μαιές και 142 Φοιτήτριες Μαιευτικής. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (έκδοση 17.0; Inc., Chicago, IL).

Αποτελέσματα: Τα ποσοστά συμμετοχής στη μελέτη ήταν 91.0% (223/245) για τις Μαιές και 86.1% (142/165) για τις Φοιτήτριες Μαιευτικής. Γενικά, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αναγνώριση παραγόντων κινδύνου μεταξύ Μαιών και Φοιτητριών. Όσον αφορά τον κάθε παράγοντα ξεχωριστά, ο ρόλος του οικογενειακού ιστορικού επισημάνθηκε σε ψηλά ποσοστά και από τις δύο ομάδες (89.5% και 88.7% για Μαιές και Φοιτήτριες αντίστοιχα). Μικρό ποσοστό Μαιών (11.4%) αναγνώρισε την καθυστερημένη εμμηνόπαυση ως αίτιο ενώ για την έλλειψη θηλασμού θετικά απάντησαν λιγότερες από τις μισές Μαιές (49.5%). Συγκριτικά, περισσότερες Φοιτήτριες επισήμαναν την πρώιμη εμμηναρχή, την καθυστερημένη εμμηνόπαυση και το ιστορικό καλοήθους νόσου του μαστού ως παράγοντες κινδύνου ($P < 0.001$ σε σχέση με Μαιές). Δεν υπήρχαν διαφορές όσον αφορά τη συσχέτιση των γονιδίων BRCA, της έλλειψης θηλασμού και της μεγάλης ηλικίας πρώτης τελειόμηνης κύησης. Αντίθετα, συγκριτικά περισσότερες φοιτήτριες απάντησαν λανθασμένα ότι η καθυστερημένη εμμηναρχή, η πρώιμη εμμηνόπαυση και η μικρή ηλικία πρώτης κύησης αποτελούν παράγοντες κινδύνου. Μικρός αριθμός και από τις δύο ομάδες (3.5% και 7.0% αντίστοιχα) αναγνώρισε την παχυσαρκία, το κάπνισμα και την αυξημένη κατανάλωση λίπους ως παράγοντες κινδύνου. 90.4% των Μαιών απάντησαν ότι ενημερώνονται για θέματα που αφορούν το μαστό μόνο από επαγγελματίες υγείας ενώ 25.0% των Φοιτητριών ανέφεραν πληροφροούνται και από άλλες πηγές. Σημαντικό ποσοστό Φοιτητριών (25.7%) δήλωσαν ότι προτιμούν να συζητούν γυναικολογικά θέματα με γυναίκες επαγγελματίες υγείας ενώ οι περισσότερες Μαιές δεν εκδήλωσαν προτίμηση φύλου (83.2%, $P < 0.001$ σε σχέση με Φοιτήτριες). Διαφορά υπήρχε και ως προς την αντίληψη της επάρκειας γνώσεων σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού. Το 84.5% των Μαιών απάντησε ότι έχει υψηλότερες του μέσου όρου γνώσεις όσον αφορά το μαστό ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των Φοιτητριών ήταν 63.6%. Τέλος, σχεδόν όλες οι Μαιές και όλες οι Φοιτήτριες (99.1% και 100%) απάντησαν ότι οι Μαιές θα πρέπει να συμμετέχουν σε προγράμματα πρόληψης καρκίνου του μαστού.

Συμπεράσματα: Συνολικά, τα ποσοστά αναγνώρισης παραγόντων κινδύνου ήταν παρόμοια. Το οικογενειακό ιστορικό αναγνωρίστηκε σε μεγάλο βαθμό και από τις δύο ομάδες. Παρότι υπήρχαν διαφορές όσον αφορά την αναγνώριση των επιμέρους παραγόντων με μεγαλύτερα ποσοστά Φοιτητριών να αναγνωρίζουν περισσότερους παράγοντες, το τελικό αποτέλεσμα ήταν παρόμοιο στις δύο ομάδες λόγω της αρνητικής βαθμολογίας σε περίπτωση λανθασμένης απάντησης γεγονός που μπορεί να υποδηλώνει απάντηση με τυχαίο τρόπο στην ομάδα των Φοιτητριών. Για τους περισσότερους παράγοντες τα ποσοστά ήταν αρκετά χαμηλά και συγκρίσιμα με αυτά του γενικού πληθυσμού. Από τις απαντήσεις και των δύο ομάδων φάνηκε ότι δεν έγινε αντιληπτός ο σημαντικός ρόλος που παίζει η έκθεση σε αυξημένες συγκεντρώσεις οιστρογόνων για μεγάλο χρονικό διάστημα στον καρκίνο του μαστού. Συμπερασματικά, με εξαίρεση το οικογενειακό ιστορικό, το επίπεδο γνώσεων όσον αφορά παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου μαστού ήταν χαμηλό και παρόμοιο με αυτό του γενικού πληθυσμού γεγονός που καθιστά αναγκαία την εκπαίδευση πάνω σε ζητήματα πρόληψης. Στον αντίποδα του επιπέδου γνώσεων, βρίσκεται η εξαιρετικά υψηλή θετική πρόθεση τόσο των Μαιών όσο και των Φοιτητριών Μαιευτικής να συμμετέχουν σε προγράμματα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης.

νόσου, ετέθει υπό αγωγή με 3 Tabs Fansidar (Sulfadoxine 500 mgr / Pyrimethamine 25 mgr) εφ'άπαξ, Χλωροκίνη 1X1 ημερησίως και αντιπυρετική αγωγή τύπου Παρακεταμόλης. Η κύηση εξελίχθηκε ομαλώς, χωρίς να επιπλακεί με αποβολή, πρόωρο τοκετό ή ενδομήτριο θάνατο, καταστάσεις υψηλού κινδύνου εμφάνισης στο δίδυμο ελονοσία και κύηση.

Αποτελέσματα: Η ασθενής ανταποκρίθηκε στην θεραπεία με Χλωροκίνη 1X1, από την διάγνωση της νόσου μέχρι τον τοκετό και την μετέπειτα περίοδο της λοχείας. Εγέννησε με φυσιολογικό τοκετό, 1 ζωντανό νεογνό, κορίτσι, Σ.Β 3100 gr, με Apgar score στο 1' 8 και στα 5' 10. Ο θηλασμός επετράπη, παρ'όλη την συνέχιση της αγωγής και το νεογνό δεν παρουσίασε απώτερες επιπλοκές.

Συμπεράσματα: Η πρόληψη σε πληθυσμούς με αυξημένο κίνδυνο προσβολής είναι επιβεβλημένος για την μείωση των ποσοστών εμφάνισης της νόσου κατά την διάρκεια της κύησης. Η μετανάστευση από τις χώρες που η νόσος ενδημεί είναι πλέον συχνή και γι'αυτό και ο κίνδυνος προσβολής-μετάδοσης της νόσου στις χώρες υποδοχής αυξάνεται. Επομένως, παύει πλέον η συνύπαρξη των δύο καταστάσεων να θεωρείται σπάνια και πρέπει η νοσολογική οντότητα της ελονοσίας να μπαίνει στην διαδικασία διαφοροδιάγνωσης, ιδιαίτερα στις κυκλικές εμπύρετες καταστάσεις με αναιμία, που επιπλέκουν την κύηση.



ΕΜΒΟΛΗ ΑΠΟ ΑΜΝΙΑΚΟ ΥΓΡΟ (ΑΑ-83)

Τσαδήλας Σ.

Κλινική Γένεσις Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Αναφέρεται περίπτωση αμνιακού υγρού λόγω της σπανιότητάς της.

Υλικό και Μέθοδος: Δευτεροτόκος 35 ετών, με συμπληρωμένες 39w κύησης, υπεβλήθη σε πρόκληση τοκετού λόγω μειωμένης κινητικότητας του εμβρύου. Κατά την προετοιμασία για εξώθηση, αιφνίδια δεν αισθάνθηκε καλά, παρουσίασε κυάνωση, σπασμούς (2-3) και απώλεια των αισθήσεων με μυδρίαση και καρδιακή ανακοπή. Έγινε σικουιλκία άμεσα και γεννήθηκε νεογνό βάρους 4.000gr, που μετά την ανάνηψη ήταν φυσιολογικό και ταυτόχρονα καρδιαναπνευστική αναζωογόνηση της γυναίκας από ομάδα αναισθησιολόγων και δακτυλική αποκόλληση πλακούντα. Μετά από 20' επανήλθε ο σφυγμός και με καλά συσπασμένη μήτρα ακολούθησε αιμορραγία που δε σταματούσε με απόξεση και τοποθέτηση ενδομητρίου tampon. Έγινε άμεσα χορήγηση πλάσματος, αίματος και ηπαρίνης και διακομίστηκε διασωληνωμένη σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Έγινε προσπάθεια αποσωλήνωσης την 6η ημέρα, αλλά δεν είχε επαφή με το περιβάλλον. Διακομίστηκε σε νευρολογική κλινική, όπου παρέμεινε για 6 μήνες. Σήμερα, μετά από 3 χρόνια, έχει ελάχιστη περιοδική επαφή με το περιβάλλον, σπαστική τετραπληγία, σιτίζεται με αλεσμένη τροφή και δεν έχει έλεγχο των σφιγκτήρων.

Συζήτηση - Συμπεράσματα: Η εμβολή από αμνιακό υγρό είναι ένα σπάνιο σύμβαμα που όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία η διάγνωση είναι κλινική κι όχι παθολογοανατομική. Η πιθανή ερμηνεία είναι ότι υπάρχει παράδοση αναφυλακτική αντίδραση της επιτόκου στην είσοδο στην κυκλοφορία της αμνιακού υγρού και μυκωνίου. Αυξημένες πιθανότητες να συμβεί είναι: η αμνιοπαρακέντηση, η πρόκληση τοκετού, η πολυτοκία, η περιφερική αποκόλληση του πλακούντα και η καισαρική τομή. Δυστυχώς ακόμη και σήμερα υπάρχει υψηλή θνησιμότητα εμβρυϊκή (60%) και μητρική (80-90%) που και όταν η επίτοκος επιβιώσει υπάρχουν νευρολογικές βλάβες.



ΕΜΒΡΥΪΚΟΣ ΥΔΡΩΠΑΣ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ (ΑΑ-84)

Κασμάς Σ., Πρατύλας Γ., Παντελής Α., Δίνας Κ., Ταντανάσης Θ., Θεοδωρίδης Θ., Καρτωέα Φ., Στεργιούδας Ι., Λουφόπουλος Α.

Β' Μαιευτική - Γυναικολογική κλινική Α.Π.Θ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Ο εμβρυϊκός υδρωπας αποτελεί μια σχετικά σπάνια επιπλοκή και διακρίνεται σε ανοσολογικού και μη ανοσολογικού τύπου. Μη ανοσολογικού τύπου υδρωπα μπορούν να προκαλέσουν μια σειρά αίτια όπως συγγενείς λοιμώξεις, χρωμοσωμικές και συγγενείς ανωμαλίες, θαλασσαιμίες, σύνδρομο εμβryo-εμβρυϊκής μετάγγισης ενώ στο 15% περίπου των περιπτώσεων δεν ανευρίσκεται αίτιο και ο υδρωπας χαρακτηρίζεται ως ιδιοπαθής.

Περιγραφή περίπτωσης: έγκυος 35 ετών εισήχθη στο τμήμα εμβryoμητρικής ιατρικής της Β' Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινικής λόγω ανεύρεσης εμβρυϊκού ασκίτη. Η έγκυος ήταν πρωτοτόκος και διένυε την 31η εβδομάδα κύησης. Το ατομικό αναμνηστικό ήταν ελεύθερο, ο εργαστηριακός έλεγχος στην αρχή της κύησης ήταν αρνητικός για συγγενείς λοιμώξεις και η ομάδα αίματος ήταν Ο θετικό. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος στο πρώτο και δεύτερο τρίμηνο ήταν φυσιολογικός. Κατά τον έλεγχο που διενεργήθηκε στην κλινική βρέθηκε εξεστημασμένος ασκίτης εμβρύου με απώθηση των υπολοίπων οργάνων και πρόσφατη λοίμωξη από Parvo B19. Στην πορεία της νόσου εμφανίστηκε επιπλέον περικαρδιακή συλλογή και υδροθώρακας και το έμβryo κατέληξε την 34η εβδομάδα κύησης. Μετά τον τοκετό διαπιστώθηκε επιπλέον γενικευμένο οίδημα σώματος.

ΜΕΓΑΚΥΣΤΗ 1ου ΤΡΙΜΗΝΟΥ ΣΕ ΔΥΟ ΔΙΑΔΟΧΙΚΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΙΔΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (ΑΑ-190)

Ευαγγελινός Δ.¹, Σίσκου Μ.¹, Κοτσαηλίδου Σ.¹, Χλιάρα Ε.¹, Κεσίδου Ν.², Παππά Α.², Σκαφιδά Π.¹

Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής¹, Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής²

Ως μεγακύστη στις 11-13+6 W ορίζεται η διάταση της επιμήκους διαμέτρου της ουροδόχου κύστης στα 7mm ή περισσότερο που απαντάται σε 1/1500 κύσεις περίπου. Η μεγακύστη σχετίζεται με αυξημένη αυχενική διαφάνεια η οποία παρατηρείται σε 75% των εμβρύων με χρωμοσωμιακές ανωμαλίες, κυρίως τρισωμία 13 και 30% των εμβρύων με φυσιολογικό καρύοτυπο (Liao et al 2003). Διατεταμένη ουροδόχος κύστη στο πρώτο τρίμηνο έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία σε έμβρυα με αποφρακτική ουροπάθεια, σοβαρή νεφρική βλάβη και ατροφικά κοιλιακά τοιχώματα (prune belly syndrome). Σκοπός είναι η παρουσίαση της επανεμφάνισης της ίδιας ανατομικής βλάβης (μεγακύστη), η οποία διαπιστώθηκε στα πλαίσια του προγεννητικού ελέγχου που πραγματοποιήθηκε στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, σε δευτερότοκο ασθενή ηλικίας 38 ετών, μέσα σε χρονικό διάστημα 14 μηνών, σε δύο διαδοχικές κύσεις.

Η μεγακύστη αποτελεί μια σοβαρή πάθηση, η οποία συνήθως εμφανίζεται μαζί με άλλα συνοδά παθολογικά ευρήματα του ουροποιητικού συστήματος του εμβρύου. Η υπερηχογραφική παρακολούθηση της αύξησης του μεγέθους της εμβρυϊκής κύστης και ο καρυοτυπικός έλεγχος του εμβρύου πρέπει να πραγματοποιούνται για την περαιτέρω αντιμετώπιση τέτοιων παθολογικών καταστάσεων. Στη συγκεκριμένη περίπτωση η επανάληψη της ίδιας βλάβης στην ίδια ασθενή, θέτει το ζήτημα της προγεννητικής συμβουλευτικής πριν την επίτευξη μιας νέας εγκυμοσύνης.



ΜΕΓΑΚΥΣΤΗ ΣΤΙΣ 12 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΚΥΗΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΗ ΣΧΕΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (ΑΑ-191)

Πρατύλας Γ., Κασμάς Σ., Παντελής Α., Σωτηριάδης Α., Δίνας Κ., Στεργιούδας Ι., Ταντανάσης Θ., Θεωδορίδης Θ., Λουφόπουλος Α.

Β' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Παρουσιάζουμε το περιστατικό μιας γυναίκας, της οποίας το κύημα στις 12 εβδομάδες εμφάνισε εικόνα μεγακύστης, καθώς και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Περιστατικό: Μια 21χρονη πρωτοτόκος προσήλθε για υπερηχογραφικό έλεγχο πρώτου τριμήνου στις 12+1 εβδομάδες κύησης. Ο προγεννητικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Διαπιστώθηκε σημαντική διάταση της ουροδόχου κύστεως με επιμήκη διάμετρο τα 15 mm. Η αυχενική διαφάνεια ήταν φυσιολογική και εμφανείς ανατομικές ανωμαλίες δεν απεικονίστηκαν.

Έκβαση: Πραγματοποιήθηκε λήψη χοριακών λαχνών, η οποία δεν αποκάλυψε ανωμαλία στον καρύοτυπο. Ο παραπέρα υπερηχογραφικός έλεγχος σε δύο εβδομάδες, έδειξε φυσιολογική ουροδόχο κύστη, στις 16 οριακή διάταση νεφρικών καλύκων και στις 22 κανένα παθολογικό εύρημα. Η γυναίκα έχει τεθεί σε τακτική υπερηχογραφική παρακολούθηση.

Συζήτηση: Ως μεγακύστη στις 10 με 14 εβδομάδες κύησης, ορίζεται μια ουροδόχος κύστη με διαμήκη διάμετρο άνω των 7 mm. Το 20 με 30% των περιπτώσεων σχετίζεται με τρισωμία, κυρίως 13 και 18. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις ως αίτιο κυρίως εμφανίζεται η ύπαρξη βαλβίδων της ουρήθρας ή ατρησία αυτής. Στις περιπτώσεις μεγακύστης που δε σχετίζονται με χρωμοσωμικές ανωμαλίες η πρόγνωση έχει σχέση με το μέγεθος της κύστεως καθώς μέχρι τα 15 mm παρατηρείται αυτόματη ύφεση στο 90%, κάτι που δεν ισχύει σε μεγαλύτερες διαμέτρους. Η αύξηση του μεγέθους της κύστης και η εμφάνιση διάτασης στο υπόλοιπο ουροποιητικό σύστημα σχετίζεται με κακή πρόγνωση, όπως επίσης και το ολιγάμνιο. Η μεγακύστη εμφανίζεται και στα πλαίσια συνδρόμων, ιδίως με τη συνύπαρξη ανωμαλιών από το γαστρεντερικό, όπως στο σύνδρομο μεγακύστης-μικρόκολου-εντερικού υποπερισταλτισμού (MMIHS).

Συμπέρασμα: Η διαχείριση μιας μεγακύστης στο πρώτο τρίμηνο της κύησης είναι μια κλινική πρόκληση καθώς δυνητικά είναι μία κατάσταση με βαρεία πρόγνωση είτε ενδομήτρια, είτε στους πρώτους μήνες της ζωής, με αποτέλεσμα η επιλογή διακοπής της κύησης να βρίσκεται σε πρώτη γραμμή. Φαίνεται όμως η πιο ορθά προσεγγίζεται το θέμα, με τον προσδιορισμό του καρύοτυπου, τη σωστή αξιολόγηση των ευρημάτων και τη συνεχή στενή υπερηχογραφική παρακολούθηση. Και έτσι μπορούμε να διακρίνουμε καλύτερα τις πραγματικά παθολογικές περιπτώσεις και να πετύχουμε έτσι ένα καλό περιγεννητικό αποτέλεσμα, αποφεύγοντας άσκοπες παρεμβάσεις.



ντικά, ενώ οι τιμές του δείκτη ελεύθερων ανδρογόνων ελαττώθηκαν σημαντικά, δ) στο σύνολο των περιπτώσεων, οι φαινότυποι παρέμειναν σταθεροί σε 58 ασθενείς (56,86%) και μεταβλήθηκαν σε 44 ασθενείς (43,14%), ε) η πολυκυστική μορφολογία μεταβλήθηκε σε 40 ασθενείς (39,22%), η υπερανδρογοναιμία σε 2 ασθενείς και η ανωοθυλακιορρηξία σε 7 ασθενείς (6,86%).

Συμπεράσματα: 1) Το πλέον ευμετάβλητο χαρακτηριστικό του PCOS είναι η πολυκυστική μορφολογία και ακολουθούν η ανωοθυλακιορρηξία και η υπερανδρογοναιμία. 2) Οι πλέον ευμετάβλητοι φαινότυποι είναι εκείνοι που προστέθηκαν με τα κριτήρια του 2003, δεδομένου ότι μεταβάλλονται σε ποσοστό της τάξης του 77,78%.



ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΟΝ ΟΜΦΑΛΙΚΟ ΔΑΚΤΥΛΙΟ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΚΟΛΠΟ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ (ΑΑ-210)

Παντελής Α., Κασμάς Σ., Πρατίλας Γ., Λαθουράς Κ., Χατζής Π., Δανηλίδης Α., Καρτσέα Φ., Παπαθανασίου Κ., Λουφόπουλος Α.

Β' Μαιευτική - Γυναικολογική κλινική Α.Π.Θ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Μετάσταση από καρκίνο του ενδομητρίου στον ομφαλικό δακτύλιο, έχει περιγραφεί στο παρελθόν αλλά είναι εξαιρετικά σπάνια. Αυτή η ασυνήθιστη μεταστατική εστία ανεξαρτήτως της εντόπισης της πρωτογενούς εστίας κακοήθειας έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία ως όζος της αδελφής Mary - Joseph (Sister Mary Joseph nodule).

Υλικό και μέθοδος: Παρουσιάζουμε μια περίπτωση μιας 73-χρονης γυναίκας Ελληνικής καταγωγής, με ΔΜΣ 30, σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ, ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και ταυτόχρονη ομφαλική και κοιλιακή μετάσταση, 8 μήνες μετά τη χειρουργική αφαίρεση αδενοκαρκινώματος του ενδομητρίου (FIGO Stage IIIa,G2). Διακοιλιακή ολική υστερεκτομία με αμφοτερόπλευρη σαλπινγγο - ωθηεκτομία δια μέσου τομής Pfannenstiel, έχει εκτελεστεί 8 μήνες πριν κατόπιν ιστολογικής επιβεβαίωσης του καρκίνου του ενδομητρίου προεγχειρητικώς με διαγνωστική απόξεση. Το μέγεθος της μεταστατικής μάζας του ομφαλικού δακτυλίου ήταν 2x2 cm. Μια δεύτερη λαπαροτομία συμπεριλαμβανομένης ολικής εξαίρεσης του ομφαλικού δακτυλίου, εξαίρεση του μείζονος επιπλόου, των επιχώριων βουβωνικών λεμφαδένων και εκτομή του άνω τριτημρίου του κόλπου πραγματοποιήθηκε από χειρουργική ομάδα της κλινικής μας. Η ιστολογική διάγνωση έδειξε μεταστάσεις της ίδιας ιστολογικής προέλευσης με την πρωτοπαθή νόσο της ασθενούς.

Συμπέρασμα: Ο ακριβής μηχανισμός της εμφύτευσης των καρκινικών κυττάρων στην περιοχή του ομφαλικού δακτυλίου είναι ακόμα ασαφής. Πιθανότατα κακοήγη κύτταρα διαπερνούν το πάχος του τοιχώματος της μήτρας και διασπείρονται ενδοπεριτοναϊκώς μέχρι τον ομφαλικό δακτύλιο. Η διασπορά των καρκινικών κυττάρων από τον πρωτοπαθή όγκο μέσω των σαλπγγων θα μπορούσε να είναι μια άλλη πιθανή εξήγηση. Δυστυχώς, η παρουσία μεταστάσεων του ομφαλικού δακτυλίου έχει πολύ πτωχή πρόγνωση για τη βιωσιμότητα του/ της ασθενούς και αποτελεί ένδειξη επιθετικής νεοπλασματικής νόσου. Τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών αυτών καθορίζονται από το είδος της θεραπείας και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.



ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ (ΑΑ-211)

Γκόλιας Δ., Ελευθεριάδης Ε., Αθανασίου Ε.

Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική Γενικό Νοσοκομείο Νάουσας

Σκοπός: Να αξιολογηθούν οι μετεγχειρητικές επιπλοκές μετά από μαιευτικά ή γυναικολογικά χειρουργεία που έγιναν στην κλινική μας.

Υλικό και μέθοδος: Σε διάστημα 2 μηνών (Σεπ-Νοε 2011) έγιναν 42 χειρουργεία (καισαρικές τομές, υστερεκτομές, κολποραφίες, υστεροσκοπήσεις και λαπαροτομίες).

Αποτελέσματα: Βρέθηκαν συνολικά 12 διαφορετικών ειδών μετεγχειρητικές επιπλοκές. Στο σύνολο των επεμβάσεων η πιο συχνές ήταν η αναιμία, η αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων και η αυξημένη CRP. Στις καισαρικές τομές οι πιο συχνές επιπλοκές ήταν η πτώση του αιματοκρίτη, ο μετεγχειρητικός πόνος, η δυσκοιλιότητα και η υπόταση. Στις υστερεκτομές η πιο συχνές επιπλοκές ήταν η πτώση αιμοπεταλίων, η αναιμία, η ταχυκαρδία και ο πυρετός. Τέλος στα κοιλικά χειρουργεία οι πιο συχνή επιπλοκή ήταν η υπόταση. Σε σχέση με τον χρόνο εμφάνισης των επιπλοκών ο πυρετός εμφανιζόταν την 1η μετεγχειρητική ημέρα, η λευκοκυττάρωση την 2η, η αυξημένη CRP την 1η, η αναιμία την 1η, ο πόνος διαρκούσε ως την 3η, το αιμάτωμα εμφανιζόταν την 2η, μετάγγιση έγινε την 2η και την 4η, η δυσκοιλιότητα την 2η και 3η, οι αλλεργίες την 1η, η ταχυκαρδία και η υπόταση ως την 3η μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπεράσματα: Ορισμένες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι πολύ συχνές και εμφανίζονται στο 90% των χειρουργείων (αναιμία, πόνος, λευκοκυττάρωση), άλλες εμφανίζονται λιγότερο συχνά στο 60% των χειρουργείων (πυρετός, δυσκοιλιότητα, ταχυκαρδία, υπόταση) και κάποιες άλλες εμφανίζονται σε λιγότερο του 30% των χειρουργείων (αιμάτωμα, μετάγγιση). Στην κλινική μας το 45% των χειρουργείων είχε κάποιας μορφής επιπλοκή. Η μελέτη συνεχίζεται.

ΡΑΓΕΙΣΙΑ ΕΤΕΡΟΤΟΠΗ ΣΑΛΠΙΓΓΙΚΗ ΚΥΗΣΗ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΕΞΑΛΥΜΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΚΥΗΣΗ ΣΥΝΟΔΕΥΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΣΟΒΑΡΗ ΥΠΕΡΔΙΕΓΕΡΣΗ ΩΟΘΗΚΩΝ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ (ΑΑ-293)

Πρατίλας Γ., Κασμάς Σ., Παντελής Θ., Χατζής Π., Δανιηλίδης Α., Δίνας Κ., Carcea F., Γιαννούλης Χ., Λουφόπουλος Α.

Β' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Παρουσιάζουμε το περιστατικό μιας ασθενούς που εμφάνισε διαταραγμένη ετερότοπη κύηση, μιας σαλπγγικής και εξαπλής ενδομητρίου, μετά από σπερματέγχυση με ταυτόχρονη εκδήλωση σοβαρού συνδρόμου υπερδιέγερσης ωοθηκών καθώς και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Περιστατικό: Μια 28χρονη προσήλθε με οξύ κοιλιακό άλγος. Από το ιστορικό της διαπιστώθηκε πρόκληση ωοθλακιορρηξίας και σπερματέγχυση προ 34 ημερών. Στον εργαστηριακό έλεγχο εισαγωγής, βρέθηκε θετική η δοκιμασία κύησης, αιματοκρίτης/αιμοσφαιρίνη: 22/7,8 και χαμηλό λεύκωμα. Τα ζωτικά της σημεία ήταν σταθερά. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος έδειξε ωοθήκες με τυπική εικόνα υπερδιέγερσης, 15x10 και 17x11εκ, μεγάλη ποσότητα ελεύθερου υγρού και έξι ενδομήτριους σάκους, οι τέσσερις έχοντας έμβρυα με θετική καρδιακή λειτουργία. Επιπλέον απεικονίστηκε υποηχοϊκό μόρφωμα στο αριστερό εξάρτημα. Πραγματοποιήθηκε εισαγωγή με προσωρινή διάγνωση σοβαρό σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών και πιθανά ταυτόχρονη διαταραγμένη έκτοπη κύηση, τέθηκε σε συνεχή παρακολούθηση ζωτικών σημείων.

Έκβαση: Παρατηρήθηκε επιδείνωση των ζωτικών της σημείων και πτώση του αιματοκρίτη/αιμοσφαιρίνης: 18/5,9. Αποφασίστηκε παρακέντηση περιτοναϊκής κοιλότητας που απέδωσε αιματηρό υγρό, με αιματοκρίτη/αιμοσφαιρίνη : 8/3, και στη συνέχεια επείγουσα ερευνητική λαπαροτομία. Διεγχειρητικά βρέθηκαν αιμοπεριτόναιο, ισθμική/διάμεση ραγεία έκτοπο κύηση αριστερής σάλπιγγας, και εύθραυστες και υμενώδεις ωοθήκες. Πραγματοποιήθηκε αριστερή σαλπγγεκτομή. Η ασθενής μεταγύστηκε διεγχειρητικά, είχε ευχερή ανάνηψη και σταθεροποιήθηκε αιμοδυναμικά. Κρίθηκε πως εμφάνιζε σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών σοβαρού βαθμού, βασιζόμενοι στο μέγεθος των ωοθηκών, την υπολευκωματιναιμία και την oligouria που εμφάνισε. Τέθηκε σε αγωγή με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους, αλβουμίνη, προγεστερόνη και ένα λίτρο Ringer's Lactate το 24ωρο μαζί με λήψη από του στόματος υγρών μέχρι ικανοποίησης της δίψας. Παράλληλα τέθηκε σε καταγραφή περιμέτρου κοιλίας, βάρους και 24ωρης διούρησης καθημερινά. Τις τέσσερις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες παρατηρήθηκε αύξηση του βάρους, της περιμέτρου και του αιματοκρίτη, ενώ υπερηχογραφικά διαπιστώθηκε ελεύθερο περιτοναϊκό υγρό. Κλινικά παρέμεινε σταθερή. Από την πέμπτη ημέρα οι παραπάνω παράμετροι βελτιώθηκαν, έως ότου την 12η ημέρα αποφασίστηκε η έξοδος της ασθενούς. Τα κήματα συνεχίζουν να έχουν θετική καρδιακή λειτουργία.

Συζήτηση: Η πρόκληση του παραπάνω περιστατικού ήταν από τη μία η έγκαιρη και σωστή διάγνωση και από την άλλη η αντιμετώπισή του. Πρέπει να αναφερθεί πως σε περιπτώσεις διέγερσης ωοθηκών και σύλληψης, η ασθενής θα πρέπει να βρίσκεται σε παρακολούθηση. Η απεικόνιση ενδομήτριων σάκων κύησης δεν αποκλείει τη συνύπαρξη εκτόπου κύησης. Γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά συνδρόμου υπερδιέγερσης ωοθηκών αλλά και συνύπαρξης εκτόπου/ετεροτόπου κύησης. Η σχετική βιβλιογραφία αφορά λίγα άρθρα παρουσίασης περιστατικών με 9 σχετικά με έκτοπη και 6 με ετερότοπη που επέπλεκαν σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών.

Συμπέρασμα: Η εκτίμηση μιας ασθενούς με σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών και ταυτόχρονη επιπλακείσα ετερότοπη κύηση είναι δυσχερής. Σημαντική είναι η αξιολόγηση των παραμέτρων που παραμένουν ανεπηρέαστες από την συνυπάρχουσα αιμορραγία. Σε ότι αφορά την αντιμετώπιση προτείνουμε την χειρουργική αφαίρεση της εκτόπου κύησης με παράλληλη υποστήριξη της ή των ενδομήτριων με προγεστερόνη και ταυτόχρονα την αντιμετώπιση του συνδρόμου υπερδιέγερσης ωοθηκών ανάλογα με το βαθμό σοβαρότητας του.

**ΣΟΒΑΡΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΚΙΡΣΟΙ ΑΙΔΟΙΟΥ ΚΑΙ ΚΟΛΠΟΥ ΣΕ ΚΥΗΣΗ:
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΗ ΣΧΕΤΙΚΗ
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (ΑΑ-301)**

Πρατίλας Γ., Παντελής Α., Κασμάς Σ., Χατζής Π., Δανηλίδης Α., Δίνας Κ., Carcea F., Γιαννούλης Χ., Λουφόπουλος Α.

Β' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Παρουσιάζουμε το περιστατικό μιας εγκύου με σοβαρής βαρύτητας κιρσούς αιδοίου και κόλπου, την αντιμετώπιση της, και μια αναφορά στη βιβλιογραφία.

Περίστατικό: Μια 33χρονη τριτοτόκος 40+10 εισήχθη στην αίθουσα τοκετών για πρόκληση τοκετού. Κατά την εξέταση της διαπιστώθηκαν τεράστιοι κιρσοί αιδοίου και κόλπου. Τέθηκε ο προβληματισμός κατά πόσο θα ήταν ασφαλής ο κολπικός τοκετός από άποψη αιμορραγίας. Στη συνέχεια έγινε σκέψη για διενέργεια καισαρικής τομής, γεννώντας ανησυχία παράλληλα για ύπαρξη ανάλογων κιρσών στη μήτρα.

Έκβαση: Τελικά αποφασίστηκε καισαρική τομή. Οργανώθηκε η χειρουργική-αναισθησιολογική ομάδα για πιθανότητα βαριάς αιμορραγίας όπως και για τυχόν μαιευτική υστερεκτομία. Τελικά, δεν ανευρέθηκαν κιρσοί στη μήτρα. Μετεγχειρητικά η πορεία ήταν ομαλή με ύφεση των κιρσών.

Συζήτηση: Οι κιρσοί του αιδοίου συναντώνται στο 10% των εγκύων, συνήθως τον 5ο μήνα, επιδεινώνονται με κάθε επόμενη εγκυμοσύνη και υποχωρούν μετά τον τοκετό. Τα κύρια συμπτώματα αφορούν αίσθημα βάρους, κάυσος, άλγος, δυσπαρέυνεια. Σπάνιες επιπλοκές είναι η αιμορραγία και η φλεβοθρόμβωση/θρομβοφλεβίτιδα. Δε θεωρούνται ως αντένδειξη φυσιολογικού τοκετού. Υπάρχουν παρόλα αυτά λίγες αναφορές περιστατικών, που λόγω της βαρείας εικόνας διενεργήθηκε καισαρική τομή. Επίσης υπάρχει συσχέτιση με την παρουσία κιρσών στην ελάσσονα πύελο και τα κάτω άκρα. Φαίνεται πως η παθογένεια οφείλεται στη δράση της προγεστερόνης στο συνδετικό ιστό του τοιχώματος των φλεβών, στην επίδραση της μήτρας στην φλεβική επαναφορά και την προδιάθεση για εμφάνιση κιρσών. Χειρουργική θεραπεία δε συστήνεται κατά την εγκυμοσύνη. Αντίθετα υπάρχουν συγγραφείς που προτείνουν την σκληροθεραπεία ως, όχι μόνο ως ανακούφιση συμπτωμάτων, αλλά και ως πρόληψη αιμορραγίας στον τοκετό. Ενεργητική αναφέρεται η χορήγηση φλεβοτονικών, αν και η πιο σύγχρονη άποψη αφορά ανακουφιστική θεραπεία. Αμφιλεγόμενη είναι η προφυλακτική αντιπηκτική αγωγή.

Συμπέρασμα: Οι κιρσοί του αιδοίου στην κύηση συνήθως γίνονται αντιληπτοί στο τέλος της κύησης, λόγω αμηχανίας της εγκύου να αναφέρει το πρόβλημα και πλημμελούς οπτικής εξέτασης των έξω γεννητικών οργάνων. Το αποτέλεσμα είναι απουσία εμπειρίας στην προ τοκετού αντιμετώπιση τους. Τέλος δεν υπάρχει επίσημη κλινική σταδιοποίηση της νόσου και επομένως η εκτίμηση του τρόπου περάτωσης τοκετού και πιθανών επιπλοκών, εναπόκειται στην υποκειμενικότητα του θεράποντος.

**ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΛΗΨΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΚΥ ΓΑΣΤΟΥΝΗΣ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΤΗΣ ΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΣΥΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ (ΑΑ-302)**

Καθοπούλης Ν., Δημητρακόπουλος Σ., Κολιαντζάκη Σ., Καλλιόδης Κ., Βασιλοπούλου Ε., Παναγιώτου Ελ., Τσερεμέ Α.², Αδρακτάς Δ-Π.², Αθανασόπουλος Ν., Διαμαντόπουλος Γ., Σιδηροπούλου Α., Σιδηρόπουλος Ν.

¹Νοσοκομείο Πύργου « Ανδρέας Παπανδρέου», Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική, ²ΚΥ Γαστούνης Μαία, Ιατρός

Σκοπός: της μελέτης είναι να παρουσιάσουμε τα στατιστικά στοιχεία που αποκτήσαμε από την λήψη κυτταρολογικών επιχρισμάτων κατά Παπανικολάου στο κέντρο αναφοράς της Ηλείας ενταγμένο στο εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου με το πρόγραμμα χρηματοδότησης ΕΣΠΑ των γυναικών για την πρόληψη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στο ΚΥ Γαστούνης του Γενικού Νοσοκομείου Πύργου.

Υλικό και Μέθοδος: Σε 1000 γυναίκες ηλικίας 20 έως 70 ετών από το Νομό της Ηλείας στην περιοχή ευθύνης του Νοσοκομείου Πύργου στη διετία 2010 έως 2012. Με μοναδικό κέντρο αναφοράς του προγράμματος χρηματοδότησης ΕΣΠΑ το ΚΥ Γαστούνης.

Αποτελέσματα: Στο Νομό της Ηλείας Α ομάδα ηλικίες 20-30 ετών φυσιολογικά: 78, φλεγμονές: 44, ASCUS:3, H.P.V:18, CIN I-II: 4, κάθε 1-3 έτη:76, πρώτη φορά: 58, > 4 έτη:13. Β ομάδα ηλικίες 31-40 ετών φυσιολογικά:152, φλεγμονές:50, ASCUS:8, H.P.V:3, CIN I-II :1, κάθε 1-3 έτη:137, πρώτη φορά:31, > 4 έτη:46. Γ ομάδα ηλικίες 41-50 ετών φυσιολογικά:

αποτελέσματα, χωρίς μεταστατική διήθηση των λεμφαδένων και χωρίς υποτροπές. Η προσέγγιση αυτή προσφέρει στην ασθενή υψηλή πιθανότητα θεραπείας με παράλληλη διατήρηση της γονιμότητας. Πρόκειται για το πρώτο περιστατικό καρκίνου τραχήλου της μήτρας (warty type) που αντιμετωπίζεται συντηρητικά. Υπάρχουν αυξανόμενες αναφορές στη βιβλιογραφία ότι η κωνοειδής εκτομή σε συνδυασμό με την πυελική λεμφαδενεκτομία δύναται, κάτω από αυστηρές προϋποθέσεις, να είναι αποτελεσματική θεραπεία για τον καρκίνο του τραχήλου σταδίου IB1 με διατήρηση της γονιμότητας της ασθενούς.

♦♦♦

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΞΩΜΗΤΡΙΑΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΕ ΟΥΛΗ ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (ΑΑ-326)

Παλαπέλας Β., Παπαδάκης Ε., Μπέτσας Γ., Καλογιαννίδης Ι., Ρούσσοις Δ.

Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς με έκτοπη κύηση σε έδαφος παλαιάς χειρουργικής ουλής καισαρικής τομής (ΚΤ) που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 40 ετών (1ΦΤ, 2ΚΤ) προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με αιμηνόρροια 7 εβδομάδων και κοιλιακή αιμόρροια. Στο διακολπικό υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε μονήρης κύηση 7 εβδομάδων, με θετική καρδιακή λειτουργία του εμβρύου, στο έδαφος της χειρουργικής ουλής των προηγούμενων ΚΤ. Μετά από ενημέρωση της ασθενούς, υπό γενική αναισθησία και υπό διακολπική καθοδήγηση υπερήχου, πραγματοποιήθηκε τοπική έγχυση 0,3cc διαλύματος χλωριούχου καλίου 10% στο έμβryo ενδοκαρδιακά, έως ότου επιτευχθούν αρνητικοί καρδιακοί παλμοί, και διήθηση του τροφοβλαστικού ιστού με 50mgtr μεθοτρεξάτης (MTX). Ακολούθως χορηγήθηκαν πέντε δόσεις MTX (50mgtr/48 ώρες) ενδομυϊκά (im). Τα επίπεδα της β-hCG κατά την εισαγωγή ήταν 42.500mIU/ml, ενώ ακολούθησε πτώση από 38.160mIU/ml σε 22.400mIU/ml την 4η και την 7η ημέρα νοσηλείας αντίστοιχα. Η ασθενής εξήλθε και στην συνέχεια παρακολούθηθηκε σαν εξωτερική ασθενής μέχρι μηδενισμού των τιμών της β-hCG (42 ημέρες μετά την αρχική χορήγηση MTX) και προοδευτική εξάλειψη του κύηματος από την ουλή της μήτρας στον υπερηχογραφικό έλεγχο (49 ημέρες μετά την αρχική χορήγηση MTX). Η ασθενής δεν παρουσίασε επιπλοκές από την επέμβαση ή κατά το διάστημα παρακολούθησης της.

Συμπεράσματα: Η έγκαιρη διάγνωση της έκτοπης κύησης σε έδαφος παλαιάς ουλής ΚΤ και η συντηρητική αντιμετώπιση, υπερηχογραφικά κατευθυνόμενης νέκρωσης του εμβρύου και τοπικής έγχυσης MTX, αποτελεί τρόπο θεραπείας ελάχιστα παρεμβατικό, που συμβάλει στην διατήρηση της γονιμότητας της γυναίκας.

♦♦♦

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΚΥΗΣΗΣ 7 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ, ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣΗ, ΜΕ ΜΕΘΟΤΡΕΞΑΤΗ (ΑΑ-327)

Παντελής Α., Πρατίλας Γ., Κασμάς Σ., Χατζής Π., Δανηλίδης Α., Δίνας Κ., Ταντανάσης Θ., Γιαννούλης Χ., Λουφόπουλος Α.

Β' Μαιευτική - Γυναικολογική κλινική Α.Π.Θ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η τραχηλική εντόπιση εκτόπου κύησης αποτελεί μια πολύ σπάνια παθολογική κατάσταση της γυναικολογίας με εξαιρετικά επικίνδυνες συνέπειες για τη ζωή της ασθενούς. Σε αυτή την ανακοίνωση περιγράφουμε την εμπειρία που αποκτήθηκε από την επιτυχή αντιμετώπιση μιας τραχηλικής κύησης μόνο με τη συστηματική χορήγηση μεθοτρεξάτης, τη διατήρηση της γονιμότητας της γυναίκας καθώς και την αποφυγή δραστικότερων επεμβατικών παρεμβάσεων.

Υλικό και μέθοδος: Παρουσιάζουμε την περίπτωση μιας 29χρονης γυναίκας, Ελληνικής καταγωγής, απόκου, η οποία προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας με σταγονοειδή αιμόρροια, θετικό τεστ εγκυμοσύνης και αιμηνόρροια 7 εβδομάδων. Σύμφωνα με το ιστορικό της έχει υποβληθεί σε ενδομήτρια σπερματέγχυση λόγω ολιγοασθενοσπερμίας του συντρόφου της, 5 εβδομάδες πριν. Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε ενδομήτριος σάκος διαστάσεων 29,2 x 11,1 mm, εντοπιζόμενος στον ενδοτραχηλικό αυλό, με ένα μόνο έμβryo με κεφαλοουριαίο μήκος των 6 mm, με θετική καρδιακή λειτουργία και η αρχική τιμή της χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG), στον ορό του αίματος ήταν 13.420 mIU / mL. Η συντηρητική αντιμετώπιση της τραχηλικής αυτής κύησης με συστηματική χορήγηση μόνο μεθοτρεξάτης ήταν επιτυχής.

Συμπεράσματα: Η ενδομυϊκή χορήγηση μεθοτρεξάτης αποτελεί τη θεραπευτική παρέμβαση εκλογής στην αντιμετώπιση της τραχηλικής κύησης. Επί αποτυχίας αυτής, περισσότερο επεμβατικές παρεμβάσεις πρέπει να δοκιμάζονται όπως η



THE 17th INTERNATIONAL MEETING OF THE EUROPEAN SOCIETY OF GYNAECOLOGICAL ONCOLOGY (ESGO)

Milan, Italy, September 11-14, 2011

23
CME CREDITS

Poster Shift I

CERVICAL CANCER AND OUR EXPERIENCE OF 11 - YEARS PERIOD IN 2ND DEPARTMENT OF OB/GYN IN ARISTOTLE UNIVERSITY OF THESSALONIKI

K. Lathouras, G. Prtilas, P. Chatzis, N. Papathansiou, K. Papathanasiou, A. Loufopoulos

2nd Department of Obstetrics and Gynaecology, Aristotle University of Thessaloniki, Hippokratio General Hospital, Thessaloniki, Greece

Objective: This retrospective study presents the cases of cervical cancer, the therapeutical methods and their results, of patients which referred to our outpatient department or were diagnosed in our clinic at the time of period 2000-2010.

Materials and methods: The material emanates from the oncology clinic of our department. Women suffering from cervical cancer were categorized depending on the histological type of disease, the clinical aspect of cancer, the methodology of confrontation of illness and the results of therapeutic effort. The median age of patients was 52 years (range: 35 - 70).

Results: Diagnosis was based on symptomatology, clinical examination, biopsies and was confirmed with the histological examination of surgical material. From the point of view of histological type, 49 were squamous cell invasive cervical carcinoma, 13 were microinvasive cervical carcinoma and 15 were clear cell cervical carcinoma and cervical adenocarcinoma. Treatment applied was Radical Hysterectomy according to Wertheim and systematic pelvic lymphadenectomy (in the majority of the cases). In most of the cases additional radiation therapy was necessary.

Conclusion: The 5th year overall survival was 89% for stage Ia1 and Ia2. The 5th year overall survival was 73% for stage Ib, 70% for stage IIa, 63% for stage IIb, 37% for stage IIIa, 36% for stage IIIb, 20% and 8% for stages IVa and IVb respectively. The 5th year overall survival for all stages was 88% in lymph node negative patients, compared to 60% in lymph node positive patients.

Poster Shift III

THE FOLLOW UP OF WOMEN SUFFERING FROM UTERINE CANCER IN 2ND DEPARTMENT OF OB/GYN IN ARISTOTLE UNIVERSITY OF THESSALONIKI

K. Lathouras, **G. Pratilas**, P. Chatzis, I. Stergioudas, N. Papathansiou, K. Papathanasiou, A. Loufopoulos

2nd Department of Obstetrics and Gynaecology, Aristotle University of Thessaloniki, Hippokratio General Hospital, Thessaloniki, Greece

Objective: This retrospective study presents the cases of uterine cancer, the therapeutical methods and their results, of patients which referred to our outpatient department or were diagnosed in our clinic at the time of period 2000-2010.

Materials and methods: The material emanates from the oncology clinic of our department where almost 14,000 examined in the past 11 years. Women suffering from uterine cancer were categorized depending on the histological type of disease, the clinical aspect of cancer, the methodology of confrontation of illness and the results of therapeutic effort. The median age of patients was 55 years (range: 35 - 80).

Results: Diagnosis was based on symptomatology, clinical examination, biopsies and was confirmed by histopathology. From the point of view of histological type, 198 were adenocarcinoma from endometrial cancer, 11 were squamous cell endometrial cancer, 3 were clear cell endometrial cancer and 7 were uterine sarcomas. Treatment applied was Total Abdominal Hysterectomy and bilateral salpingoophorectomy. In 20 patients surgery treatment included systematic pelvic lymphadenectomy. For stage II and up, in most of the cases neoadjuvant chemotherapy and additional radiation therapy was necessary.

Conclusion: The 5th year overall survival was 97% for stage Ia1 and 92% for stage Ia2. The 5th year overall survival was 88% for stage II, 77% for stage IIIa and IIIb, 45% for stage IIIc, 24% and 17% for stage for stages IVa and IVb respectively.

Poster Shift I

METASTASIS PRESENTING AS PSOAS ABSCESS AFTER TOTAL RADICAL HYSTERECTOMY FOR CERVICAL CANCER

K. Lathouras, P. Chatzis, G. Pratilas, N. Papathansiou, V. Makris, K. Papathanasiou, A. Loufopoulos

2nd Department of Obstetrics and Gynaecology, Aristotle University of Thessaloniki, Hippokratio General Hospital, Thessaloniki, Greece

Case report: We describe a case of a metastatic cervical carcinoma presenting as psoas abscess.

Patients and methods: A 40-year-old woman, para 2, appeared with a low backache and an annoying femoral pain, combined with limited mobility of the right leg and extended limitation of function, 14 months after a Total Radical Hysterectomy (TRH) and lymph node dissection due to cervical cancer (histological examination revealed endometrioid endocervical adenocarcinoma stage IB2, with emboli inside the lymphatic vessels). Preoperatively, there was no evidence of distal metastases. Serology for HIV-1 was non-reactive. There were no postoperative complications. She followed - up for 1, 6 and 12 months, having normal clinical, laboratorial and imaging results.

Results: Ultrasound and CT of the abdomen revealed a well-defined hypodense lesion in the right psoas muscle, presenting the typical characteristics of abscess. FNA cytology was performed under CT guidance. Cytological examination was negative for cervical carcinoma. Staining for aerobic and non-aerobic bacteria was negative. A drainage had been placed. As the lesion was extended the patient underwent surgery. The histological examination revealed the presence of a metastatic cervical carcinoma. The postoperative progression was normal and patient received radiotherapy.

Conclusions: Psoas abscess like metastasis from cervical carcinoma is a rare condition, especially in HIV-negative patients. This is the first case reported, after a TRH combined with radiotherapy and is much more unusual just because such patients are followed-up frequently and attentively. Immunosuppression and carcinoma differentiation seem to be the signor reasons for such an aggressive behavior of malignancy.

Poster Shift III

ENDOMETRIAL CANCER AND EXERCISE

I. Mitsakis^{1,2,3}, M. Mitsakis⁴, K. Lathouras¹, C. Mitsaki⁵, G. Pratilas¹, A. Anastasiou⁶, K. Sianou⁷, R. Hainoglou³, A. Loufopoulos¹

¹2nd Obstetrics-Gynaecology University Department, General Hospital Hippokratia, ²Kinesiology Postgraduate Department, Physical Education and Sports Science, AUTH, ³Cathedral of Anatomy, Laboratory of Osteology and Arthrology, Alexander Technological Educational Institute, Thessaloniki, ⁴Health Center, General Hospital of Lemnos, Myrina, ⁵Chirurgical Department, General Hospital of Serres, ⁶Physiotherapy Department, Alexander Technological Educational Institute, Thessaloniki, Greece, ⁷Leadership and Management in Health Department, Kingston University, London, UK

Objective: The aim of this study was to define the correlation between endometrial cancer and physical exercise and the mechanism for the prevention of endometrial cancer by physical exercise.

Material - methods: The material emanates from a review of the international bibliography and from our own study in the Laboratory of Osteology and Arthrology of the Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki in Hellas.

Results: Sufficient evidence has accumulated to warrant an analysis of the relationship between exercise and endometrial cancer. Recent epidemiological studies confirm an inverse relationship between exercise and endometrial cancer, with stronger associations appearing for occupational activity than for leisure time or nonoccupational activity. Several plausible hypothesized biological mechanisms exist for the association between physical activity and endometrial cancer, including changes in endogenous sexual and metabolic hormone levels and growth factors, decreased obesity and central adiposity and possibly changes in immune function. Central adiposity has been particularly implicated in promoting metabolic conditions amenable to carcinogenesis.

Conclusions: The mechanisms are not well defined; several lines of evidence support the inclusion of low-to-moderate exercise as a preventive strategy for endometrial cancer.



KOS ISLAND, GREECE | September 1 - 3, 2011

Final Program & Book of Abstracts



Mural of Hippocrates on the frieze of the University of Athens



Poster Presentations

Presentations

P-18. ANTEPARTUM SINGLE TWIN DEMISE-A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Pratilas G., Lathouras K., Daniilides A., Hatzis P., Kasma S., Dinas K., Loufopoulos A.

2nd Gynecological/Obstetric Clinic of Aristoteleio University of Thessaloniki

Introduction: Fetal demise in twin pregnancies appears in 6% of all cases

Objective: To present: our management in such cases and a synopsis of relative literature.

Materials-Methods: A 38 year old, 2nd para woman, with a history of caesarian section, attended our outpatient department of obstetrics due to diamniotic-dichorionic twin pregnancy after spontaneous conception. On the 23rd week of pregnancy fetal demise of the first male twin and superficial thrombophlebitis were diagnosed. The surviving twin had no pathologic findings. She was administered to our clinic for monitoring and daily treatment with sodium tinzaparine and progesterone

Results: She delivered by caesarean section on the 33rd week, due to pathologic fetal monitoring, a healthy female weighting 2570gr.

Conclusions: Patients with similar pathology should have a systematic clinical, sonographic and laboratory (full blood count, coagulation mechanism) evaluation, administration of betamethasone after 24 weeks and fetal monitoring after 28 weeks. The levels of d-dimers are not a reliable indicator for early diagnosis of DIC in twins. Risk of fetal death and preterm delivery of the surviving twin is high. The administration of progesterone for prevention of preterm delivery in our case was unlicensed and further studies are needed.

P-19. ANTIOXIDANT STATUS OF PREECLAMPTIC AND NORMOTENSIVE SUBRURAL NIGERIAN PARTURIENTS

Ikpen M., Eigbefoh J.O., Eifediyi R.A., Okogbo F., Okogbenin S.A., Isabu P.A.

Dept of obstetrics and gynaecology, Irrua specialist teaching hospital, Irrua Edo state / Ambrose Alli university, Ekpoma Edo state- Nigeria

Intoduction: Nigeria has a very high maternal mortality ratio and most of these deaths are due to severe preeclampsia and eclampsia. Prediction and prevention of this disease entity is difficult but the use of antioxidants may be rewarding.

Objective: To determine the antioxidants plasma level- vitamine C and E among preeclamptic compared to normal parturients as control.

Methods: A prospective case control study at irrua specialist teaching hospital, Irrua, Edo state. Plasma levels of Vitamine C and E were evaluated in 80 preeclamptic patients and were compared with normotensive, parity and gestational age matched controls.

Results: Preeclampsia was associated with significant reduction in levels of vitamine C and E($p<.05$).



Poster Presentations

Presentations

P-74. FETAL CYSTIC HYGROMA: A RETROSPECTIVE STUDY OF AUTOPSY FINDINGS

Kondi-Pafiti A.¹, Iavazzo C.², Kasselaki I.¹, Kleanthis C.¹, Hassiakos D.², Vitoratos N.², Grapsa D.¹

¹Pathology Laboratory and ²2nd Department of Obstetrics and Gynecology, University of Athens, Aretaieion Hospital, Athens, Greece

Aim: The objective of the study is to present the findings of autopsied fetuses with cystic hygroma.

Method: A retrospective study over a ten-year period (2000 -2010) revealed 18 cases with fetal cystic hygroma. The clinical, ultrasound findings, as well as results of cytogenetic analysis were compared to the autopsy findings.

Results: Fetal death as due to intrauterine death in 8/18 cases, therapeutic abortion in 8/18 cases, and spontaneous abortions in 2/18 cases. After cytogenetic analysis, abnormal karyotype showed 7 out of the 12 performed cases including 5 cases of Turner syndrome and 2 cases of trisomy 21. The mean diameter of cystic hygroma was 5.4 cm. Common findings were hydrops in combination with central nervous system anomalies. The autopsy findings confirmed the ultrasound findings in 13/18 cases, whereas in 5/18 cases additional findings were detected. The most common placental anomalies were infarcts and calcifications.

Conclusion: Fetal autopsy and pathologic examination of placental tissues could help to clarify the exact cause of death in fetuses with cystic hygroma and offer better genetic counseling.

P-75. FIBROSARCOMA - A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Pratilas G., Hatzis P., Lathouras K., Foteinakis I., Kamas S., Dinas K., Loufopoulos A.

2nd Gynecological/Obstetric Clinic of Aristoteleio University of Thessaloniki

Introduction: Primary ovarian fibrosarcoma is rare with about 100 cases reported.

Objective: To present: the experience of our department in such a case and a synopsis of the literature.

Materials - Methods: A 55 year old, 5 year menopausal woman, visited our outpatient department due to a gynecological finding after an MRI. The gynecological examination revealed a small mass on her right adnexa. The MRI described a solid, homogenous multilobular mass of the right ovary with strong enhancement after gadolinium administration, measuring 5x4.2x3cm and negative lymphnodes. Vaginal sonography revealed a solid multilobular mass of medium echogenicity, while color doppler examination exhibited abundant vascularization. Tumor markers, were normal. Surgery was performed: peritoneal fluid was found and a typical hysterectomy with adnexectomy followed.

Results: Cytological results did not reveal malignant cells. The histopathological study concluded in the diagnosis of primary fibrosarcoma of the ovary, stage IC.



Poster Presentations

Presentations

Conclusions: The differential diagnosis between primary ovarian fibrosarcoma and mitotically active cellular fibroma is challenging as they have similar characteristics. Case reports exist about primary ovarian fibrosarcomas arising from ovarian cystadenocarcinoma, benign cystic teratoma, fibrothecoma, and one accompanied with pregnancy. Doppler sonography exhibits low vascular resistance and high systolic velocity. Usually the prognosis is poor.

P-76. GIANT HEPATIC HEMANGIOMA MIMICKING PELVIC TUMOR

Paraskevaïdis C.¹, Liakou D. C.¹, Katsakos I.¹, Trompoukis A.¹, Papaëuthymiou E.², Vcrikios N.¹, Paparistidis N.¹

¹ 2nd Department of Obstetrics and Gynaecology, General and Maternal Hospital 'Elena Venizelou', Athens ² 2nd Department of Surgery, General and Maternal Hospital 'Elena Venizelou', Athens

Introduction: Hemangiomas are the most frequent benign neoplasms of the liver with usually limited size and good prognosis. Cases of giant hepatic hemangioma have been reported previously, however the exophytic and pedunculated forms of hepatic hemangioma are rare.

Case presentation: This is a case of a 45-year old female patient, referred to our Department due to suspicion of a pelvic tumor. Ultrasound (U/S) and computer tomography (CT) of the abdomen indicated an exophytic mass of 10 cm diameter extended from the right hepatic lobe and the gallbladder up to the pelvis. Radiographic differential diagnosis included giant hepatic hemangioma. The decision for resection of the mass with laparotomy was based on increased diameter and risk of rupture.

Results: Tumor biopsy proved a cavernous hemangioma of the liver, filtrated by CD31 endothelial cells with no evidence for malignancy. The patient has not relapsed on the 1-year follow-up period.

Conclusions: Exophytic forms of hepatic hemangioma are index cases and, if giant, could be misdiagnosed as pelvic tumors. Laparotomic resection should be safely considered as definite treatment.

P-77. HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AND PHYSICAL ACTIVITY AFTER TOTAL KNEE ARTHROPLASTY IN ELDERLY WOMEN

Theofilou P.

Panteion University, Department of Psychology

Introduction: Total knee arthroplasty is a widespread and reliable surgical intervention that constitutes the usual therapy of advanced knee osteoarthritis.

Objective: The investigation of the magnitude of changes in health - related quality of life (HRQoL) and physical activity of female patients with knee osteoarthritis before, 3 and 6 months after total knee arthroplasty.



Poster Presentations

Presentations

118. MENOPAUSE AND CARDIOVASCULAR RISK: PROSPECTIVE STUDY OF A POPULATION OF 1651 MENOPAUSAL WOMEN.

Djezzar F., Bourahla A., Djezzar H., Ould Said A.

ad-Dahlab University. Hassiba Benbouali Clinic, Service of Gynecology-obstetrics, Unit of screening, BLIDA, ALGERIA

Introduction: Menopause marks an evolutionary bend of the health of the women with a significant increase of the cardiovascular risk at this age. Menopause constitutes in Algeria 2, 2 million women (7 % of the general population) and considering the increase of the life expectancy, the menopause represents 1/3 of the life of the women.

Material and methods: Our work is a prospective study of 1651 menopausal women having consulted during the period from January 2010 to March 2011. The objective is to estimate the cardiovascular risk. The data collected are treated by software and the statistical study is realized with the test Khi-2 and Fisher. The estimated parameters are: the age, the hormonal histories, the existence of classic risk factors (HTA, Diabetes, Dyslipidemia, addiction to smoking) and the existence of a coronaropathy.

Results: - The average age is 63,75 $\pm$ 0,7 years old.

The HTA (53 %) and the diabetes (51 %) are the most frequent risk factors, followed by dyslipidemia (5,5 %), age more than 65 years old and obesity (23 %).

Nearly half of the patients 49 % have at least two cardiovascular risk factors except the age and the menopause.

The coronarography is more frequent after 65 years (58 %)

More than 90 % of the coronary has at least two risk factors

Conclusion: After the menopause, the cardiovascular risk accelerates. This is why it is interesting to do an effective correction of the modifiable cardiovascular risk factors and to treat the coronaropathy in menopausal women in order to hope to bend the curve of mortality. It is also important to identify these cardiovascular risk factors in postmenopausal patients for an early treatment of these cardiovascular risk factors.

173

119. MICROCEPHALY COMBINED WITH MENINGOENCEPHALOCELE-A CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE ABOUT POSSIBLE GENETIC FACTORS AND SCREENING TESTS

Attilas G., Makris V., Lathouras K., Hatzis P., Kasmis S., Athanasion E., Dinas K., Loufopoulos A.

ad-gynecological/obstetric Clinic of Aristoteleio University of Thessaloniki

Introduction: Meningoencephalocele appears in 0.02% of live births worldwide.

Objective: We present a case of Neural Tube defects(NTD), review of literature and the genetic factors related to it.



Poster Presentations

Presentations

Materials-Methods: A 20 years old, 2nd para woman with a 37 week old unattended gestation was administered to our emergency department due to threatent preterm labor. Ultrasound examination revealed a live fetus with a paracranial mass. Embryometry corresponded to 34 weeks, while the head circumference specifically to 20. The diagnosis was set as microcephaly with meningoencephalocoeles. The patient herself was born with a NTD, while there was a case of anencephaly in family history.

Results: The patient delivered a live boy with the condition diagnosed. It was referred to the neonatal unit, where it passed away later. The laboratory findings showed no recent infections, while B12 and folic acid levels where low and homocysteine high.

Conclusions: Patients administered to delivery room with poor prenatal monitoring should have a sonographic examination. NTD in family should be taken in consideration as there seems to be a genetic factor related, i.e. mutations of the MTHFR gene. Further research should be done to determine the usefulness of measuring homocysteine as a marker for NTD risk.

P-120. MOTHERHOOD IN ARCHAIC AND CLASSICAL SPARTA

Grammatikakis I., Papapanagiotou I., Kassanos D.

3rd Dpt of Obstetrics and Gynecology, National University of Athens, School of Medicine, "Attikon" University Hospital, Athens-Greece

Introduction: From their early childhood, the Spartan women of archaic and classical antiquity were educated and trained for their primary purpose - that of becoming mothers of strong and vital Spartan sons and warriors.

Materials and methods: Analysis of the existing literature as well as of data bases and National Archives.

Results: According to the laws of Lycurgus, the education of Spartan girls came under the auspices of the state-supported educational system that incorporated physical training and fitness along with cultural instruction. The state often employed poets like Alcman to oversee their cultural education that included poetry on the subjects of Spartan legends as well as social and religious customs, choral recitations, dance, and music with competition in these areas being encouraged. In addition Spartan girls were encouraged to speak in public and be assertive. Spartan female poets and philosophers like Megalostрата and Cleitagoia were famous in the antiquity. Furthermore, women were known to be incredibly forthright and to hold the dominant position in the household.

Conclusions: The influence and relative power of Spartan women may have been the result of their individual wealth and an educational system that encouraged them to express themselves



*13th Biennial Meeting of the
International Gynecologic
Cancer Society (IGCS 2010)*

*Prague, Czech Republic, European Union
October 23-26, 2010*

FINAL PROGRAM



Prague

www.kenes.com/igcs

Uniting the Globe in the
Fight Against Gynecologic
Cancer

UTERUS CHORIOCARCINOMA WITH CERVIX INVASION, A CASE REPORT

E. Karagiannidou¹, K. Lathouras², M. Tzafettas², G. Pratilas², P. Chatzis², A. Karagiannidis¹, K. Papathanasiou²

¹Obstetrics and Gynecology, General Hospital of Ptolemaida 'Bodosakeio', Ptolemaida, ²2nd Department of Obstetrics and Gynaecology, Aristotle University of Thessaloniki, Hippokratio General Hospital, Thessaloniki, Greece

Objective: To present a case of choriocarcinoma with cervix invasion.

Materials and methods: A multiparous 27 years old, referred to our department mentioning secondary amenorrhea for 10 weeks, β -hCG was 5690 mIU/ml at 5 weeks and 37220 mIU/ml at 10 weeks. The rest of the laboratory examinations were normal except for a positive finding of HbsAg. Uterus was found to be larger in size and soft in texture. The uterus U/S examination revealed a snowstorm-like image (multicystic echogenic pattern) within the uterus cavity. The chest x-ray was normal. Because of the non compatible findings with a 10 week pregnancy, dilatation and curettage was decided.

Results: After curettage a major degree of bleeding occurred and total hysterectomy without the adnexa, was decided and performed. Resuscitation was excellent and post operative course normal. The histological examination revealed choriocarcinoma with invasion of the uterus wall and the cervix. Patient followed a treatment of methotrexate 50 mg i.v. on the 1st, 3rd, 5th, 7th day in turn with calcium folinate on the 2nd, 4th, 6th, 8th day. Chemotherapy treatment was performed in three cycles with a two week interval between them, while the patient was monitored by laboratory examinations and clinically. After the end of the treatment the patient is clinically healed, her β -hCG testing is negative and blood count, CT scan of the chest and abdomen and transvaginal U/S are normal.

Conclusion: Treatment of choriocarcinoma during pregnancy is a combination of surgical and medical treatment and has excellent results.



ΟΡΓΑΝΩΣΗ:
ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΕΜΒΡΥΟΜΗΤΡΙΚΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ

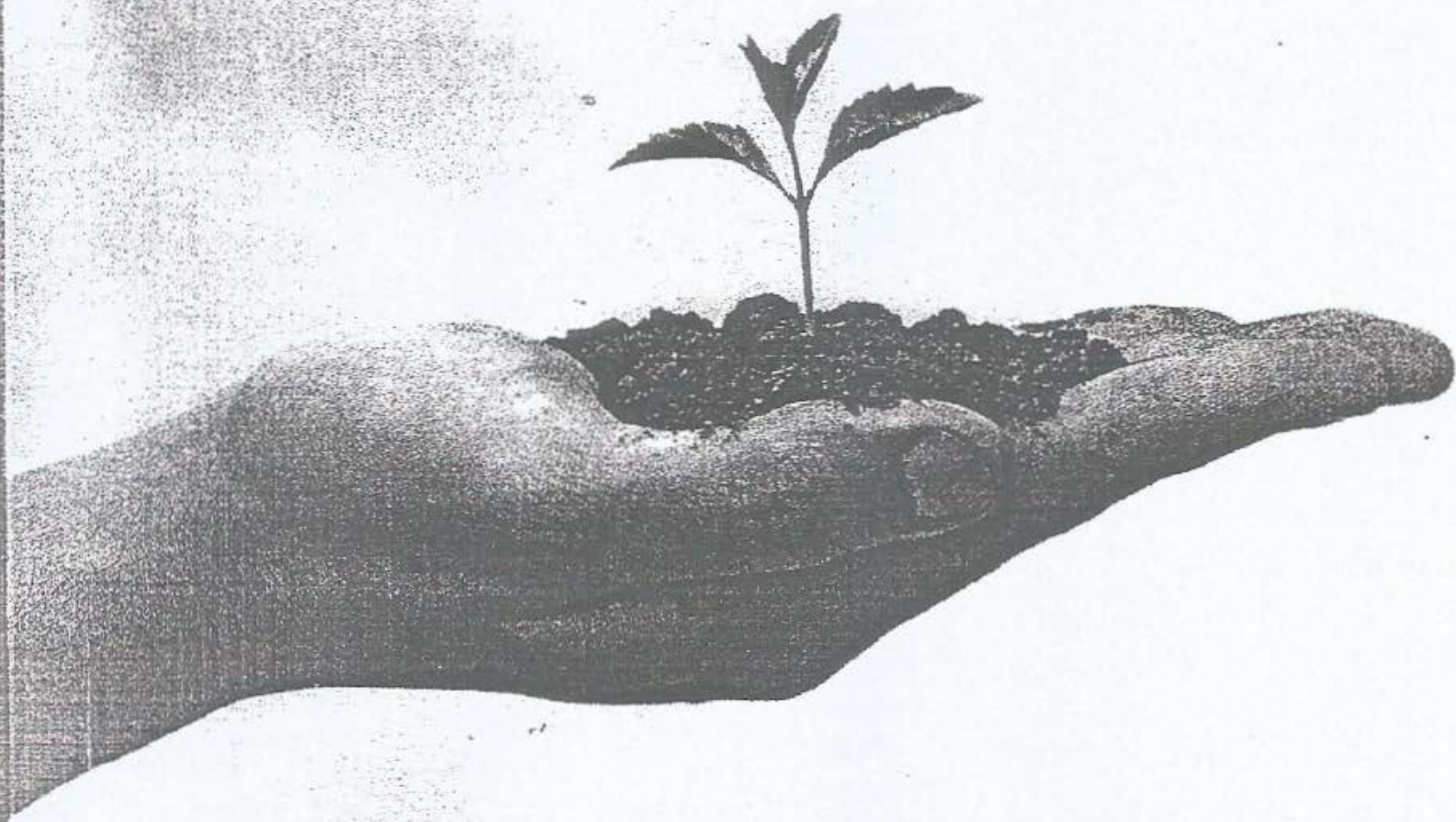
6ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Εμβρυομητρικής ιατρικής

ΜΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

14-16 ΜΑΪΟΥ 2010, ΜΕΤΣΟΒΟ

ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ «ΔΙΑΣΕΛΟ»



www.embryomitriki2010.gr

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ/ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Α.Σαρχιανάκη¹, Κ.Κουτσιλέου², Ο. Κομήτα¹, Μ.Πόγκα³, Σ.Γεωργάκης⁴, Π.Σπηλιούπουλου¹, Α.Μπάρμπα⁵, Δ.Μπουνιάς⁶, Π.Κόλλιας¹

1. Μ/Γ Κλινική Γ.Ν. Αγ. Ανδρέας

2. Ανασθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν. Αγ. Ανδρέας

3. Νεογνολογικό Τμήμα Γ.Ν. Αγ. Ανδρέας

4. Ουρολογική Κλινική Γ.Ν. Αγ. Ανδρέας

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

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

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

P40 | Συνδυασμός εξαδακτυλίας με καρδιακές ανωμαλίες. Αναφορά περίπτωσης

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

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Τζάνειο Γ.Ν. Πειραιά

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

Εμβρυο-μυϊκής ιατρικής

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



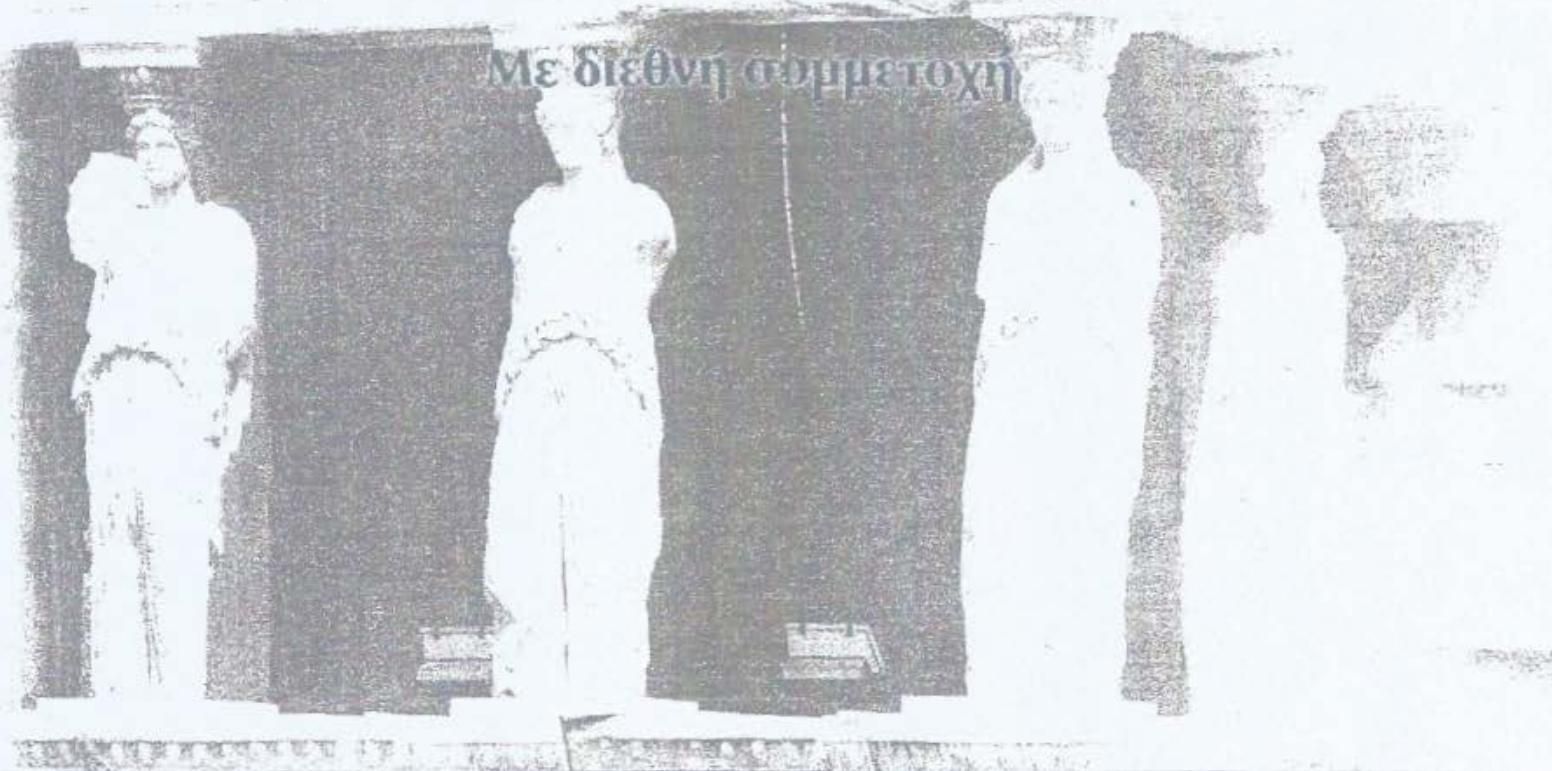
3^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΟΥΡΟΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ



19-21 ΜΑΡΤΙΟΥ 2010

ΜΕΓΑΡΟ ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ

Με διεθνή συμμετοχή



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

Χορηγούνται 6 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

Β' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ -
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
Διευθυντής Καθ. Γ. Κρεατσάς



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΟΥΡΟΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ
ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ
ΤΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ

Υπό την αιγίδα:



European Urogynaecological Association

P9 Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΟΥΡΟΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΣΥΝΘΕΤΙΚΩΝ ΥΛΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ ΟΥΡΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ

Τζαφέττας Ιωάννης, Ταντανάσης Θεοχάρης, Γιαννούλης Χαράλαμπος, Τσαμπάκης Νικόλαος, Λαθουράς Κωσταντίνος, Πρατίλας Γεώργιος, Μητσάκης Ιωάννης, Δανιηλίδης Άγγελος, Παπαθανασίου Κωσταντίνος, Λουφόπουλος Αριστοτέλης

Β' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μιας πανεπιστημιακής Γυναικολογικής κλινικής στην εφαρμογή μιας ποικιλίας μεσοουρηθρικών ταινιών καθώς και πλεγμάτων στήριξης κολπικών τοιχωμάτων στα πλαίσια της χειρουργικής αντιμετώπισης της γυναικείας ακράτειας ούρων ή των διαφόρων τύπων πρόπτωσης πυελικών οργάνων.

Κατά την διάρκεια της λειτουργίας του ουρογυναικολογικού τμήματος της κλινικής μας πραγματοποιήθηκαν 430 επεμβάσεις που αφορούσαν σε διαταραχές του πυελικού εδάφους συνοδευμένων ή μη από ακράτεια ούρων. Από αυτές έλαβε χώρα η τοποθέτηση 47 πλεγμάτων προσθίου καθώς και 20 πλεγμάτων / ταινιών οπισθίου κολπικού τοιχώματος. Τα είδη των πλεγμάτων, οι ενδείξεις τοποθέτησης, τα συνοδά ευρήματα και οι επιπλοκές φαίνονται στον **πίνακα 1**.

ΤΥΠΟΣ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ													ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	
	Κυστοκύλη	ΠΟΣΟΣΤΟ %	Πρόπτωση Μήτρας	ΠΟΣΟΣΤΟ %	Πρόπτωση Κολπικού Κολοβώματος	ΠΟΣΟΣΤΟ %	Ορθοκίλη	ΠΟΣΟΣΤΟ %	Δουγλασειοκίλη	ΠΟΣΟΣΤΟ %	Συνοδός Ακράτεια Ούρων	ΠΟΣΟΣΤΟ %	Διάβρωση	ΠΟΣΟΣΤΟ %	
AVAULTA															
Anterior	28	23	82	2	7	3	11	6	21	3	11	4	14	2	7
Posterior	6	3	50	0	0	0	0	4	67	4	67	0	0	0	0
PROLIFT															
Anterior	21	12	57	9	43	1	5	2	10	0	0	3	14	2	10
Posterior	6	2	33	1	17	1	17	4	67	0	0	0	0	0	0
IVS	8	4	50	3	38	0	0	5	63	0	0	1	13	0	0

Πίνακας 1

Στα 97 περιστατικά τοποθέτησης ταινιών ακράτειας οι ενδείξεις, ο τύπος της ταινίας και οι διάφορες επιπλοκές φαίνονται πίνακα 2:

ΤΥΠΟΣ ΤΑΙΝΙΑΣ	ΣΥΝΟΔΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ									ΧΩΡΙΣ ΑΚΡΑΤΕΙΑ						ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ									
	ΣΥΝΟΔΑ	Ακράτεια	ΠΟΣΟΣΤΟ %	Κυστεοκήλη	ΠΟΣΟΣΤΟ %	Ορθοκήλη	ΠΟΣΟΣΤΟ %	Πρόπτωση Μήτρας	ΠΟΣΟΣΤΟ %	Κυστεοκήλη	ΠΟΣΟΣΤΟ %	Ορθοκήλη	ΠΟΣΟΣΤΟ %	Πρόπτωση	ΠΟΣΟΣΤΟ %	Διάβρωση	ΠΟΣΟΣΤΟ %	Δυσχέρεια ούρησης	ΠΟΣΟΣΤΟ %	Υπολειπόμενη Ακράτεια	ΠΟΣΟΣΤΟ %	Ουρηθρίτιδα	ΠΟΣΟΣΤΟ %	Εκδήλωση Ακράτειας Έπειξης	ΠΟΣΟΣΤΟ %
TVT	19	9	47	3	16	1	5	0	0	6	32	1	5	6	32	1	5	0	0	0	0	1	5	0	0
TVT-O	57	37	65	5	9	3	5	8	14	7	12	4	7	8	14	1	2	2	4	2	4	0	0	1	2
Align	18	9	50	3	17	3	17	3	17	1	6	0	0	8	44	0	0	2	11	2	11	0	0	0	0
Needless	3	2	67	0	0	0	0	1	33	0	0	0	0	1	33	1	33	0	0	0	0	0	0	0	0
TVT secure	2	2	100	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adjust	5	5	100	1	20	0	0	1	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Πίνακας 2

Στις παραπάνω επεμβάσεις δεν υπήρξαν μείζονες διεγχειρητικές επιπλοκές όπως τρώση της θυροειδικής αρτηρίας ή του εντέρου.

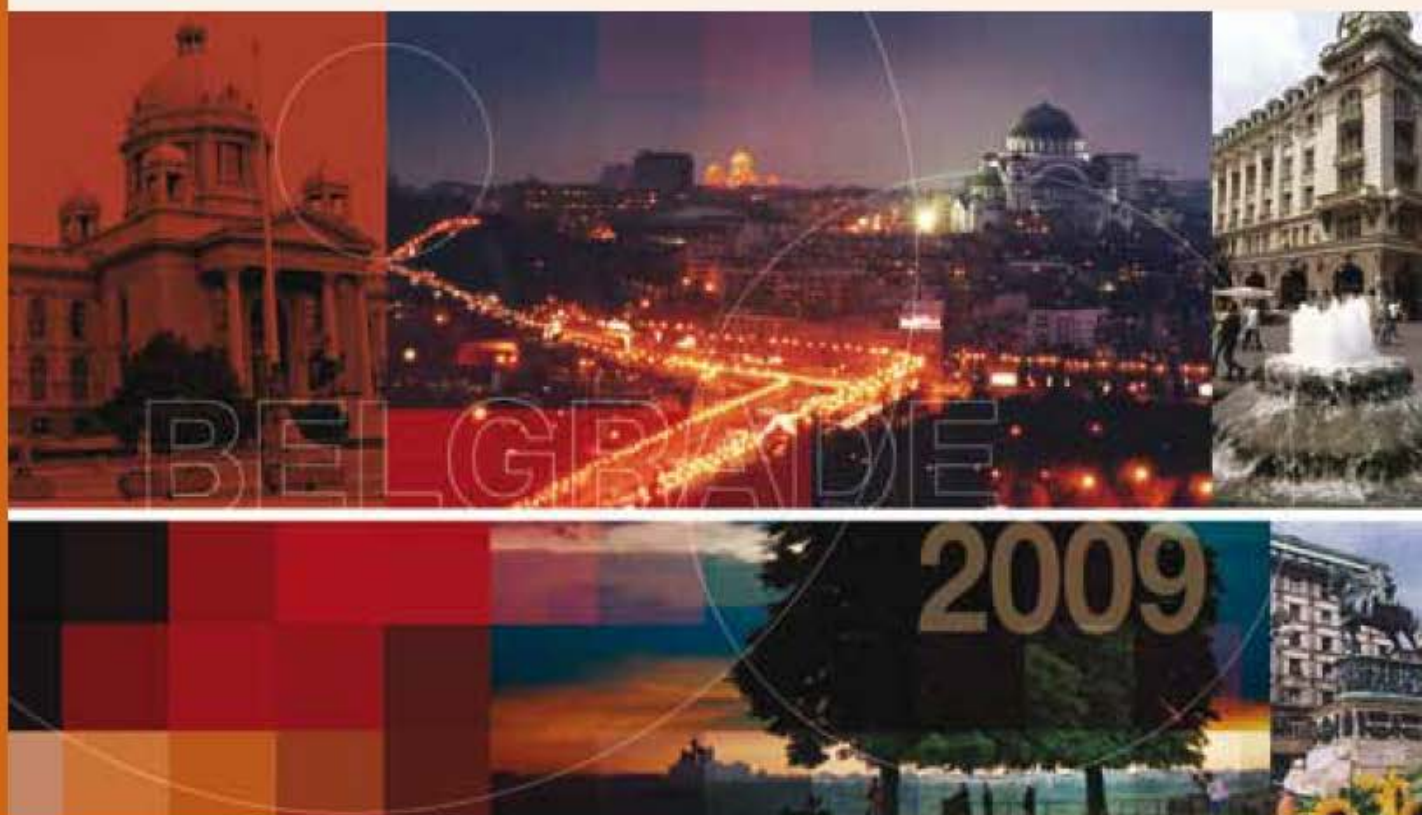
Κάποια από τα περιστατικά με δυσχέρεια ούρησης μετά από τοποθέτηση ταινίας αντιμετωπίστηκαν με διαστολές της ουρήθρας, ενώ στα περιστατικά των διαβρώσεων διενεργήθηκε αφαίρεση του προβάλλοντος τμήματος του υλικού και χορήγηση τοπικών οιστρογόνων. Οι υπόλοιπες επιπλοκές αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά με χορήγηση αντιχολινεργικών, ντουλοξετίνης, τοπικών οιστρογόνων και ασκήσεων της κύστης, αναλόγως της αντιμετωπιζόμενης επιπλοκής.

Συμπερασματικά μπορεί να ειπωθεί ότι τα χρησιμοποιούμενα συνθετικά υλικά στην αντιμετώπιση της ακράτειας και της πρόπτωσης σηματοδοτούν την εξέλιξη στην χειρουργική του πυελικού εδάφους, μπορεί όμως να παρουσιάσουν και επιπλοκές, γι αυτό πρέπει να γίνεται: (α) επιλογή των ασθενών, (β) εκμάθηση της ανατομίας του πυελικού εδάφους και των χειρουργικών τεχνικών και (γ) δυνατότητα αντιμετώπισης των διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών.



**16th INTERNATIONAL MEETING OF THE
EUROPEAN SOCIETY OF GYNAECOLOGICAL ONCOLOGY (ESGO)**

Belgrade, Serbia, October 11-14, 2009



**ESGO
BELGRADE
2009**

FINAL PROGRAMME

www.esgo.org/esgo16



VERIFICATION OF THE ACCURACY OF CERVICAL CYTOLOGY REPORTS IN WOMEN REFERRED FOR COLPOSCOPY

A. Daniilidis, K. Lathouras, I. Koutsos, G. Prtilas, K. Papathanasiou

2nd Department of Obstetrics and Gynaecology, Aristotle University of Thessaloniki, Hippokratio General Hospital, Thessaloníki, Greece

Objective: To verify the accuracy of the cervical cytology report in correlation to colposcopic and histological findings.

Patients and methods: In this retrospective chart review study 545 women referred to our University department for colposcopy on an outpatient basis during a 4-year period were included. The colposcopic examinations and further necessary procedures were performed by two consultants, whereas patient charts were reviewed by two of the co-authors.

Results: The median age of the study population was 35 years (range: 16-65). Thirty-four % of the cases were new. Eleven % of the women were referred after receiving their first cervical smear ever. Ninety-two % (503/545) of the colposcopies were satisfactory. Concordance between colposcopic findings and histology report was 87%. See and treat was offered to 53 (10%) women and 48 (90.5%) of them had high grade lesions on histology justifying treatment at the first visit.

Conclusions: 80%-90% of patients with severe dyskaryotic smears will have a histology report confirming CIN III. A "see and treat" management can be decided sometimes, if supported by the colposcopic findings and an audit should confirm accuracy to, at least, 90% of cases. There is no justification for including teenagers in the cervical screening programme. This could lead to more harm than good. The incidence of cervical cancer in the younger than 25 years age group is very low and the prevalence of transient HPV infection after coitarche are high.