

Η αξιόπιστη επιλογή στη γυναικολογία



arvekap 3,75mg & 11,25mg
triptorelin



IPSEN ΕΠΕ

ΑΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ 63 - 174 56 ΑΛΛΟΙΣ - ΑΘΗΝΑ
Τηλ.: 210 9843324, 210 9858930 - Fax: 210 9887911
E-mail: ipsen@ath.forthnet.gr <http://www.ipsen.com>

ΜΗΝΥΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Είναι τιμή για εμάς να σας **προσκαλέσουμε** να συμμετάσχετε στο 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ενδομητρίωσης που θα πραγματοποιηθεί στο αμφιθέατρο του Ιατρικού Τμήματος, στο **Ηράκλειο Κρήτης** από **24-26 Νοεμβρίου 2006** και τελεί υπό την αιγίδα της Ελληνικής Εταιρείας Ενδομητρίωσης.

Όπως θα δείτε στον κατάλογο των θεμάτων στο φετινό συνέδριο τα θέματα είναι πλούσια και αντανακλούν τους προβληματισμούς σε διεθνές επίπεδο. Στο επίκεντρο του προγράμματος βρίσκεται τόσο η βασική όσο και η κλινική προσέγγιση της ενδομητρίωσης.

Η Οργανωτική Επιτροπή πιστεύει ότι οι προσκεκλημένοι ομιλητές, Έλληνες και ξένοι, όσο και οι συμμετέχοντες θα συμβάλουν στην συνέχιση της παράδοσης των μετεκπαιδευτικών ιατρικών εκδηλώσεων της κλινικής μας, καθώς επίσης και στην επιτυχία του παρόντος συνεδρίου.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Επ. Καθηγητής Ι. Ματαλιωτάκης
Πρόεδρος Συνεδρίου

ΔΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ

Πρόεδρος: Ε. Κουμαντάκης, **Αντιπρόεδρος:** Γ. Βλάσσης, **Γεν. Γραμματέας:** Ι. Ματαλλιωτάκης
Ταμίας: Α. Γουμένου, **Μέλη:** Α. Καλογερόπουλος, Δ. Πανίδης, Ε. Δεληγεώρογλου

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Επίτιμοι Πρόεδροι: Σ. Μιχαλάς, Ε. Κουμαντάκης
Πρόεδρος: Ι. Ματαλλιωτάκης

ΤΟΠΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Α. Αμανάκη	Γ. Δασκαλάκης	Δ. Κουτρουλάκης	Μ. Παπαδάκη
Α. Ανυφαντάκη	Δ. Δερμιτζάκη	Γ. Μανιδάκης	Α. Παρθένης
Π. Αποστολάκης	Γ. Δρανδάκης	Κ. Μανιαδάκης	Ι. Παχάκης
Κ. Ασκοξυλάκης	Σ. Δρανδάκης	Ν. Μαντάς	Γ. Πέτσας
Ε. Αυγουσινάκης	Ε. Ζιώγος	Γ. Μάραντος	Μ. Ρασιδάκη
Ε. Βαρδάκη	Λ. Καραμπουρνιώτη	Ν. Μαρταβατζής	Μ. Σαρίδης
Β. Βερδιάκη	Θ. Κατάσος	Ι. Ματζίρης	Σ. Σηφάκης
Π. Βενιανάκη	Π. Κονδύλης	Χ. Μπατάκης	Γ. Στρατουδάκης
Ι. Γιαντζάκης	Γ. Κουβίδης	Β. Μυτάρας	Α. Τιμοθέου
Ι. Γιακουμάκης	Ο. Κούκουρα	Μ. Νεονάκη	Μ. Τοράκη
Α. Γούμενου	Γ. Κουμαντάκης	Θ. Ξηροτύρης	Μ. Φραιδάκης

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Α. Αθανασιάδης	Γ. Καλλιπολίτης	Γ. Μακρυδήμας	Θ. Πρωτόπαππας
Γ. Αντωνάκης	Ν. Κανακάς	Θ. Μαντζαβίνος	Α. Ροδαλάκης
Ν. Βλάχος	Σ. Καρπάθιος	Σ. Μεσογίτης	Δ. Ρούσος
Δ. Βαβίλης	Δ. Κασσάνος	Λ. Μπαζαίος	Ε. Σαλαμαλέκης
Ν. Βιτωράτος	Α. Κεραμόπουλος	Μ. Μπομποτής	Χ. Σέγγος
Γ. Γαλάζιος	Γ. Κιντής	Δ. Μπότσης	Ζ. Σκέντου
Γ. Γεωργαδάκης	Ν. Κλεάρχου	Σ. Νταϊλιάνας	Β. Τσάπανος
Γ. Γκριμπίζης	Β. Κοντόπουλος	Γ. Πάντος	Ε. Φωτίου
Α. Γούμενου	Α. Κοντοράβδης	Κ. Παπαδιάς	Γ. Φαρμακίδης
Ν. Δαλκαλίτσης	Σ. Κοραντζής	Ν. Παπανικολάου	Δ. Χασιάκος
Α. Δαπόντε	Γ. Λιάλιος	Λ. Παπαστεργιοπούλου	Ι. Χατζήπαππας
Ε. Δεληγεώρογλου	Λ. Λιάπης	Μ. Πασχόπουλος	Γ. Χρηστοδουλάκος
Θ. Δημητριάδης	Β. Λυμπέρης	Π. Πετρόπουλος	
Γ. Θεοδωρόπουλος	Α. Λουφόπουλος	Γ. Πολίτης	

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Θ. Αγοραστός	Δ. Κοντοράβδης	Σ. Μανταλενάκης	Ν. Πράππας
Π. Αναστασιάδης	Γ. Κουρούνης	Γ. Μαρούλης	Ε. Σαλαμαλέκης
Ε. Αθανασάκη	Μ. Κουτσουλιέρης	Ι. Μεσσήνης	Π. Σταματοπούλος
Α. Αντσακλής	Γ. Κρεατσάς	Σ. Μηλίγκος	Θ. Στέφος
Α. Arici	Δ. Λουτράδης	Ι. Μπόντης	Β. Ταρλατζής
Γ. Βλάσσης	Δ. Λώλης	Δ. Πανίδης	Ι. Τζαφέτας
Ε. Διακομανώλης	Ν. Mahutte	Ι. Παπαδήμας	Β. Τσιγγούνης
Α. Καλλιτσάρης	Γ. Μακέδος	Κ. Παπαθανασίου	Λ. Χασιάκος
Α. Καλογερόπουλος	Α. Μακρυγιαννάκης	Ε. Παρασκευαΐδης	Α. Χρυσικόπουλος
Β. Καραγιάννης	Μ. Μαμόπουλος	Ι. Πράππας	

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 24 Νοεμβρίου 2006

16:00 - 17:00	Προσέλευση – Εγγραφές
17:00 - 18:30	<p>1η Συνεδρία</p> <p>■ Ενδομητρίωση – Αδενομύωση: Επιδημιολογία και διαγνωστική προσέγγιση Συντονιστές: Ε. Κουμαντάκης, Σ. Μιχαλάς, Ι. Παχάκης</p> <p>Νεώτερα επιδημιολογικά δεδομένα Ν. Μαρταβαντζής</p> <p>Διαγνωστική προσέγγιση της ενδομητρίωσης Ε. Ζιώγος</p> <p>Υπερηχογραφική εκτίμηση Ενδομητρίωσης – Αδενομύωσης Σ. Σηφάκης</p> <p>Διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση αδενομύωσης Μ. Πασχόπουλος</p> <p>Λαπαροσκοπική αντιμετώπιση αδενομυωμάτων: Είναι μία εφικτή εναλλακτική λύση Γ. Γριμπίζης</p>
18:30 - 19:00	<p>Διάλεξη I</p> <p>Συντονιστές: Ι. Ματαλλιωτάκης, Ν. Μαρταβαντζής, Π. Αποστολάκης</p> <p>The role of local cytokines in the pathogenesis of endometriosis A. Arici</p>
19:00 - 19:30	Διάλειμμα – Καφές
19:30 - 20:00	<p>Διάλεξη II</p> <p>Συντονιστές: Ε. Κουμαντάκης, Σ. Δρανδάκης, Γ. Φρουδαράκης</p> <p>Ενδομητρίωση: Η νόσος των θεωριών Σ. Μανταλενάκης</p>
20:00 - 20:30	<p>Επίσημη έναρξη του συνεδρίου Προσφωνήσεις - Χαιρετισμοί</p> <p>Δεξίωση υποδοχής - Μουσική Εκδήλωση</p>

ΣΑΒΒΑΤΟ 25 Νοεμβρίου 2006

8:30 - 9:30

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Συντονιστές: Μ. Ρασιδάκη, Ε. Αγγελάκης, Ε. Ζιώγος

ΕΑ01

ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΚΥΣΤΕΩΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ (ΔΕ) ΩΘΗΚΗΣ ΚΑΙ ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

Τσομπανίδου Χ., Τριανταφυλλίδης Ε., Μητσάκης Ι., Καρτσιούνης Χ., Δεληγιάννης Δ., Πατακιούτα Φρ.

ΕΑ02

ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ ΩΘΗΚΗΣ ΚΑΙ C1N I

Μητσάκης Ι., Τριανταφυλλίδης Ε., Τσομπανίδου Χ., Παπαδήμας Α., Πατακιούτα Φρ.

ΕΑ03

Η ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ABO ΚΑΙ RHESUS ΣΤΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΤΩΝ ΣΕΙΡΩΝ ΤΟΥ ΥΑΛΕ

Ζιώγος Ε., Ασκοξυλάκης Κ., Βενιανάκη Κ., Μανιδάκης Γ., Μαντάς Ν., Ματαλλιωτάκης Ι.

ΕΑ04

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΤΩΝ ΓΟΝΙΔΙΩΝ CYP1A1, GSTM1, GSTT1 και CYP19A1 ΣΤΟ ΑΙΜΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΚΑΙ ΟΜΑΔΑ ΜΑΡΤΥΡΩΝ

Κουμαντάκης Γ., Κούκουρα Ο., Ζιώγος Ε., Μαρταβαντζής Ν., Κουτρουλάκης Δ., Γουμένου Α.

ΕΑ05

ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ C1N II

Τριανταφυλλίδης Ε., Μητσάκης Ι., Τσομπανίδου Χ., Καπλάνης Κ., Πατακιούτα Φρ.

ΕΑ06

Η ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΣΤΙΣ ΣΕΙΡΕΣ ΤΟΥ ΥΑΛΕ

Ζιώγος Ε., Γουμένου Α., Κουμαντάκης Γ., Παρθένης, Μαρταβαντζής Ν., Ματαλλιωτάκης Ι. Arici Α.

ΕΑ07

ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ (ΔΕ) ΩΘΗΚΗΣ, ΔΕΡΜΟΕΙΔΟΥΣ ΚΥΣΤΕΩΣ (ΔΕ) ΩΘΗΚΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΥΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ (ΔΕ) ΩΘΗΚΗΣ

Τσομπανίδου Χ., Μητσάκης Ι., Τριανταφυλλίδης Ε., Καρτσιούνης Χ., Πατακιούτα Φρ.

9:30 - 11:00

2η Συνεδρία

■ Βιολογικοί και ανοσολογικοί δείκτες στην αιτιοπαθογένεια της ενδομητρίωσης

Συντονιστές: Ι. Μπόντης, Γ. Βλάσσης, Θ. Κατάσος

Επαγωγή ή και επιδείνωση της ενδομητρίωσης από την L-Καρνιτίνη: Περιγραφή ενός μοντέλου ενδομητρίωσης στο ποντίκι

Ι. Αθανασάκη

Ο ρόλος των υποδοχέων στην ενδομητρίωση

Α. Γουμένου

Ενδομητρίωση – Αδενομύωση: Απόπτωση

Μ. Τζαρδή

Ο ρόλος του IGF-I στην παθοφυσιολογία της ενδομητρίωσης

Μ. Κουτσιλιέρης

11:00 - 11:30

Διάλειμα – Καφές

11:30 - 12:15

Διάλεξη III

Συντονιστές: Α. Arici, Μ. Κουτσιλιέρης, Μ. Φραιδάκης

Management of endometriosis: A Canadian Perspective

R. Maheux

12:15 - 13:45

3η Συνεδρία**■ Ειδικά θέματα στην ενδομητρίωση**

Συντονιστές: Ε. Παρασκευαΐδης, Α. Καλογερόπουλος, Γ. Κουβίδης

Εξωπυελική ενδομητρίωση

Ο. Κούκουρα

Ενδομητρίωση στην εφηβεία

Ε. Δεληγεωρόγλου

Καρκίνος και ενδομητρίωση

Ν. Βλάχος

Breaking all the rules: Hyperandrogenic Endometriosis

S. Ouhilal

13:45 - 14:30

**Γενική Συνέλευση των μελών της Ελληνικής Εταιρείας
Ενδομητρίωσης για την ανάδειξη νέου Διοικητικού Συμβουλίου**

14:30 - 16:00

Μεσημβρινή διακοπή

Ελαφρύ Γεύμα

16:00 - 17:00

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (POSTERS)

Συντονιστές: Σ. Σηφάκης, Ε. Καραμπουρνιώτη, Ο. Κούκουρα

P01

**ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΥΦΛΟ ΚΕΡΑΣ
ΜΗΤΡΑΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Αναστασάκης Ε., Αθανασίου Σ., Γεωργούλιας Ν., Οικονόμου Σ., Μηλίγκος Σπ., Αντσακλής Α.

P02

**DEMOGRAPHIC AND CLINICOPATHOLOGIC STUDIES ADDRESSING THE
ASSOCIATION OF ADENOMYOSIS AND EXTRA -
UTERUS ENDOMETRIOSIS WITH CANCER**

Varvaras D. G., Mauriello A., Spagnoli L. G., Nahmias S., Niras A. F.

P03

**ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΔΟΣΥΝΔΕΣΜΙΚΟΥ ΚΥΣΤΙΚΟΥ
ΑΔΕΝΟΜΥΩΜΑΤΟΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**Πρωτοπαπάς Α., Αναστασάκης Ε., Λιαπή Α., Σωτηροπούλου Μ., Ευτυχιάδης Χ.,
Μηλίγκος Σπ., Αντσακλής Α.

P04

**Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΟΥ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΣ ΜΕ ΛΕΒΟΝΟΡΓΕΣΤΡΕΛΗ
ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ**

Βλάχος Σ., Μαρτζάκης Κ., Γεωργογιάννης Ν., Χρυσομάλλη Μ., Τσαβέζ Ν.

- P05** **ΠΡΟΟΠΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΔΙΣΚΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΜΗΝΟΡΡΟΙΑΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ**
Μαρτζάκης Κ., Βλάχος Σ., Γεωργογιάννης Ν., Γκίκας Θ., Φραγκουλίδου Α., Παπαδημητρίου Α.
- P06** **ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΟΥ CA-125 ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΚΑΙ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ**
Πρωτοπαπός Α., Μηλίγγος Σπ., Μαρκάκη Σ., Αναστασάκης Ε., Μήτσης Θ., Μηλίγγος Μ., Σκαρτάδος Ν., Αντσακλής Α.
- P07** **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΠΡΩΤΕΙΝΑΣΩΝ ΚΑΙ ΙΣΤΙΚΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΩΝ ΠΡΩΤΕΙΝΑΣΩΝ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΡΟΘΗΚΙΚΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ**
Πρωτοπαπός Α., Μηλίγγος Σπ., Μαρκάκη Σ., Αναστασάκης Ε., Μήτσης Θ., Μηλίγγος Δ., Σκαρτάδος Ν., Αντσακλής Α.

17:00 - 19:00

4η Συνεδρία**■ Σύγχρονες απόψεις στη θεραπεία της ενδομητρίωσης**

Συντονιστές: Α. Αντσακλής, Ε. Παρασκευαΐδης, Μ. Πασχόπουλος

Κλασσική και σύγχρονη φαρμακευτική θεραπεία

Γ. Αντωνάκης

Ενδομητρίωση και χρόνια πυελικό άλγος

Σ. Μηλίγγος

Deep infiltrating endometriosis: surgical management

G. Hilaris

Τελευταίες απόψεις στην αντιμετώπιση**της ενδομητρίωσης που σχετίζεται με την υπογονιμότητα**

Ι. Ματαλλιωτάκης

Λαπαροσκοπική αντιμετώπιση ενδομητρωσικών κύστεων

Γ. Πάντος

Δεκαπέντε χρόνια εμπειρίας στην αντιμετώπιση της ενδομητρίωσης

Β. Καραγιάννης

19:00 - 19:30

Διάλεξη IV

Συντονιστές: Α. Γουμένου, Ε. Δεληγεώρογλου, Κ. Μπατάκης

Endometriosis and inflammation in infertility: Problem with the present staging system

Α. Arici

21:00

Επίσημο Δείπνο

ΚΥΡΙΑΚΗ 26 Νοεμβρίου 2006

8:30 - 9:30

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Συντονιστές: Γ. Γριμπίζης, Γ. Μανιδάκης, Γ. Δασκαλάκης

EA 08

ΕΣΤΙΕΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ ΣΤΗ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΗ ΑΠΟΦΥΣΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ & ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Τσαρπαλής Δ., Μπαλακίτσας Ν., Γιαννακόπουλος Κ., Λαγκαδάς Α., Αλεξάνδρου Π., Τουφεξή Ε.

EA09

ΚΑΤΑΜΗΝΙΟΣ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ, ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Τσαρπαλής Δ., Λαγκαδάς Α., Γιαννακόπουλος Κ., Τουφεξή Ε., Τσαρπαλής Χ.

EA 10

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ

Κούκουρα Ο., Ζιώγος Ε., Γουμένου Α., Παπαδάκη Μ., Ματαλλιωτάκης Ι., Arici A.

EA 11

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ IVF ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Κούκουρα Ο., Ζιώγος Ε., Γουμένου Α., Αποστολάκης Π., Κονδύλης Π., Ματαλλιωτάκης Ι., Κουμαντάκης Ε.

EA 12

ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΒΑΣΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ

Τσόμπος Κ., Λιακοπούλου Ε., Ντόσκορης Α., Σταμάτης Δ.

EA 13

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΟΥΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΟΥ ΝΟΝ HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ

Ζιώγος Ε., Παπαδάκη Μ., Παρθένης Α., Αυγουστινάκης Ε., Ματαλλιωτάκης Ι., Κουμαντάκης Ε.

EA 14

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ - ΔΕΚΑΧΡΟΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Καραγιάννης Β., Δανιηλίδης Α., Καραγιάννης Θ.

9:30 - 11:00

5η Συνεδρία

■ Ενδομητρίωση και αναπαραγωγή I

Συντονιστές: Ι. Μεσσήνης, Ν. Κλεάρχου, Α. Αμανάκη

Ενδομητρίωση και αναπαραγωγική χειρουργική:

Ποια είναι η θέση της στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή
Α. Λουφόπουλος

Πρωτόκολλα πολλαπλής ωθηκικής διέγερσης σε υπογόνιμες γυναίκες με ενδομητρίωση

Δ. Λουτράδης

Μηχανισμοί εμφύτευσης σε προγράμματα ART σε γυναίκες με ενδομητρίωση
Γ. Πράππας

**Τρόπος αντιμετώπισης των ενδομητριομάτων πριν από
την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή**

A. Μακρυγιαννάκης

11:00 - 11:30

Διάλεξη V

Συντονιστές: A. Καλογερόπουλος, N. Κλεάρχου, I. Γιακουμάκης

Does minimal to mild endometriosis cause infertility?

N. Mahutte

11:30 - 12:00

Διάλειμμα – Καφές

12:00 - 12:30

Διάλεξη VI

Συντονιστές: Γ. Μαρούλης, A. Μακρυγιαννάκης, X. Σαρίδης

The patient as a partner

L. Hummelshoj

12:30 - 13:30

6η Συνεδρία

■ **Ενδομητρίωση και αναπαραγωγή II**

Συντονιστές: Σ. Μανταλενάκης, A. Λουφόπουλος, A. Τιμοθέου

Η αξία της θεραπείας της ενδομητρίωσης πριν από την IVF

Σ. Κολιμπιανάκης

Ο ρόλος της ενδομητρίωσης σε αποτυχημένες IVF και αποβολές

Γ. Μαρούλης

**Επίδραση της ενδομητρίωσης στην ποιότητα των ωαρίων, εμβρύων,
ποσοστού εγκυμοσύνης και εμφύτευσης στις γυναίκες που υποβάλλονται
σε εξωσωματική γονιμοποίηση**

A. Ανυφαντάκη

14:00 - 14:30

ΛΗΞΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΠΡΟΕΔΡΟΙ • ΟΜΙΛΗΤΕΣ

- Arici A.** Professor and Chief Division of Reproductive Endocrinology and Infertility, Yale University, New Haven, USA
- Hilaris G.** Ob/Gyn MD, Center of Special Minimally Invasive Surgery, Stanford University, California, USA
- Hummelshoj L.** Secretary General of the World Endometriosis Society
- Maheux R.** President of the World Endometriosis Society
- Mahutte N.** Assist. Professor Ob/Gyn, New Hampshire USA
- Ouhilal S.** Assist. Professor Ob/Gyn, New Hampshire USA
- Αγγελάκης Ε.** Μαιευτήρας-Γυναικολόγος Ηράκλειο, Κρήτη
- Αθανασάκη Ι.** Καθηγήτρια Βιολογίας Παν. Κρήτης
- Αμανάκη Κ.** Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Ρέθυμνο, Κρήτη
- Αντσακλής Α.** Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας Παν/μίου Αθηνών
- Αντωνάκης Γ.** Λέκτορας Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Πατρών
- Ανυφαντάκη Α.** Βιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης ΜΓ Κλινικής Παν/μίου Κρήτης
- Αποστολάκης Π.** Επιμελητής Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής Νοσοκομείου Ρεθύμνου
- Βλάσσης Γ.** Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας ΑΠΘ
- Βλάχος Ν.** Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας Παν/μίου Αθηνών
- Γιακουμάκης Γ.** Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Χανιά, Κρήτη
- Γουμένου Α.** Επιμελήτρια Μαιευτικής - Γυναικολογίας Παν/μίου Κρήτης
- Γριμπίζης Γ.** Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας ΑΠΘ
- Δασκαλάκης Γ.** Διευθυντής Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής Νοσοκομείου Χανίων
- Δεληγεώρογλου Ε.** Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας Παν/μίου Αθηνών
- Δρανδάκης Σ.** Διευθυντής Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής Νοσοκομείου Ρεθύμνου
- Ζιώγος Ε.** Επιμελητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας Παν/μίου Κρήτης
- Καλογερόπουλος Α.** Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας ΑΠΘ
- Καραγιάννης Β.** Αν. Καθηγητής, Διευθυντής Δ' Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής ΑΠΘ
- Καραμπουρνιώτη Ε.** Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Ηράκλειο, Κρήτη
- Κατάσος Θ.** Επιμελητής Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου
- Κλεάρχου Ν.** Αν. Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας ΑΠΘ
- Κολιμπανάκης Στ.** Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ
- Κουβίδης Γ.** Διευθυντής Μαιευτικής-Γυναικολογικής Βενιζελείου Νοσοκομείου
- Κούκουρα Ο.** Ειδικευόμενη Μαιευτικής - Γυναικολογίας Παν/μίου Κρήτης
- Κουμαντάκης Ε.** Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας Παν/μίου Κρήτης
- Κουτσιλιέρης Μ.** Καθηγητής Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
- Λουτράδης Δ.** Αν. Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας Παν/μίου Αθηνών
- Λουφόπουλος Α.** Αν. Καθηγητής ΑΠΘ
- Μακρυγιαννάκης Α.** Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας Παν/μίου Κρήτης
- Μανταλενάκης Σ.** Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας ΑΠΘ
- Μαρούλης Γ.** Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας ΔΠΘ
- Μαρταβαντζής Ν.** Αν. Διευθυντής Μαιευτικής - Γυναικολογίας Παν/μίου Κρήτης
- Ματαλλιωτάκης Ι.** Αν. Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας Παν/μίου Κρήτης
- Μεσσήνης Ι.** Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας Παν/μίου Λάρισσας
- Μηλίγγος Σ.** Αν. Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας Παν/μίου Αθηνών
- Μπατάκης Χ.** Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Χανιά, Κρήτη
- Μπόντης Ι.** Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας ΑΠΘ
- Πάντος Γ.** Λέκτορας Μαιευτικής-Γυναικολογίας ΑΠΘ
- Παρασκευαΐδης Ε.** Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας Παν/μίου Ιωαννίνων
- Πασσόπουλος Μ.** Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας Παν/μίου Ιωαννίνων
- Παχάκης Ι.** Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Ηράκλειο, Κρήτης
- Πράππας Ι.** Αν. Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας ΑΠΘ
- Ρασιδάκη Μ.** Επιμελήτρια Μαιευτικής - Γυναικολογίας Βενιζελείου Νοσοκομείου
- Σαρίδης Χ.** Διευθυντής Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής Νοσοκομείου Σητείας
- Σηφάκης Σ.** Επιμελητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας Παν/μίου Κρήτης
- Τζαρδή Μ.** Επίκουρος Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομίας Παν/μίου Κρήτης
- Τιμοθέου Α.** Αν. Διευθυντής Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινικής Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου
- Φραιδάκης Μ.** DR Μαιευτήρας-Γυναικολόγος Ηράκλειο Κρήτης
- Φρουδαράκης Γ.** Τέως Επιμελητής Α' Μαιευτικής Γυναικολογίας Παν/μίου Κρήτης

ΠΡΟΕΓΓΡΑΦΕΣ

Α. Δικαίωμα Συμμετοχής

Κατηγορίες Συμμετοχής	έως 31/10/06	από 01/11/06
Ιατροί ειδικευμένοι	70€	100€
Ιατροί ειδικευόμενοι	40€	60€
Μαίες, Νοσηλευτικό προσωπικό	Δωρεάν	Δωρεάν
Φοιτητές	Δωρεάν	Δωρεάν

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση όλων των εργασιών του Συνεδρίου.
- Είσοδος στον εκθεσιακό χώρο.
- Υλικό Συνεδρίου, Τελικό Πρόγραμμα και βιβλίο Περιλήψεων.
- Πιστοποιητικό Συμμετοχής.
- Γεύμα, καφέ, αναψυκτικά.

ΔΙΑΜΟΝΗ

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΜΟΝΟΚΛΙΝΟ	ΔΙΚΛΙΝΟ
ASTORIA CAPSIS	A'	85€	120€
GALAXY	A'	80€	110€
OLYMPIC	B'	55€	70€

Οι παραπάνω τιμές είναι ανά δωμάτιο/διανυκτέρευση με πρωινό.

ΑΚΥΡΩΣΕΙΣ

- Σε περίπτωση ακύρωσης συμμετοχής, έως τις 31/09/06, παρακρατείται το 30%.
- Σε περίπτωση ακύρωσης συμμετοχής, έως τις 31/10/06, παρακρατείται το 50%.
- Σε περίπτωση ακύρωσης συμμετοχής μετά τις 1/11/06 τα ήδη καταβληθέντα ποσά δεν επιστρέφονται.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ: 24-26 Νοεμβρίου 2006

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΛΟΓΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΝΕΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ: 25 Νοεμβρίου 2006

ΤΟΠΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ:

Αμφιθέατρο Ιατρικού Τμήματος Πανεπιστημίου Κρήτης Βούτες, Ηράκλειο Κρήτης
Τηλ.: 2810 392759, 2810 392331, Fax: 2810 392759

ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ: Επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική.

ΜΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ:

Το Συνέδριο μοριοδοτείται από την Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία με 10 μόρια.

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ:

MDcongress Λ. Πεντέλης 77-79, Χαλάνδρι 152 33

Τηλ.: 210.68.35.999, Fax.: 210.68.36.077

www.2endomitriosis.mdcongress.gr • e-mail: md@mdcongress.gr

ΧΟΡΗΓΙΕΣ

Η **Οργανωτική Επιτροπή** του Συνεδρίου ευχαριστεί θερμά τις εταιρείες για την οικονομική υποστήριξή τους.

ΧΟΡΗΓΟΙ

BIANEX

ELPEN

IPSEN

NYCOMED

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΓΡΑΜΜΗ

PHARMATHEN

SCHERING

TYCO

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΕΣ

ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ

BARD

CRYOSAVE

FERRING

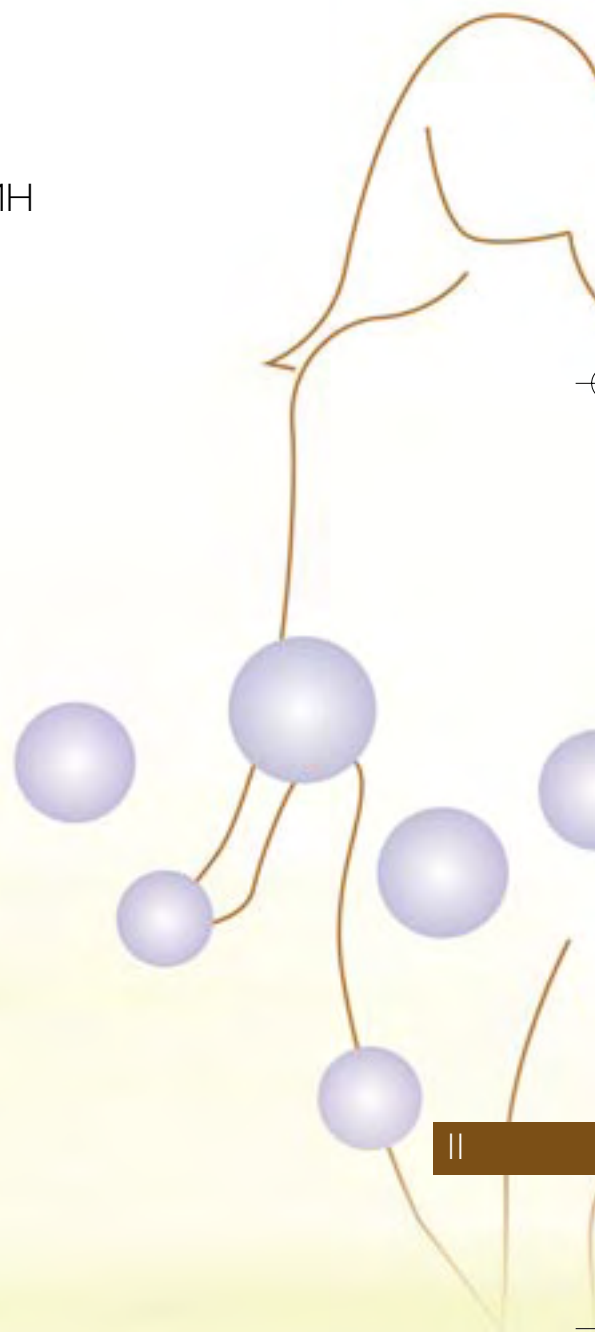
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ

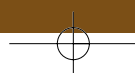
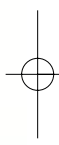
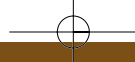
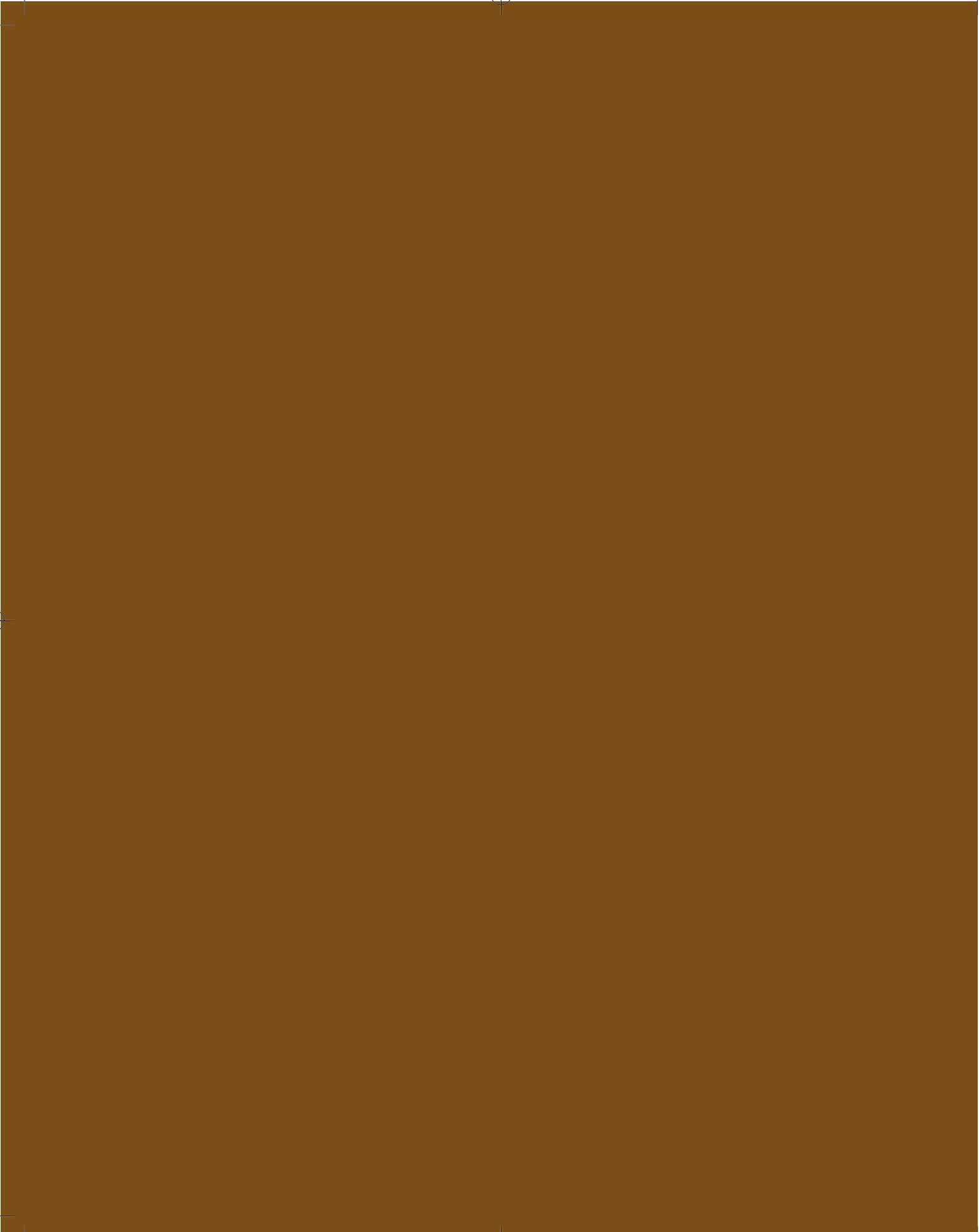
EUROMEDICA

LEO HELLAS

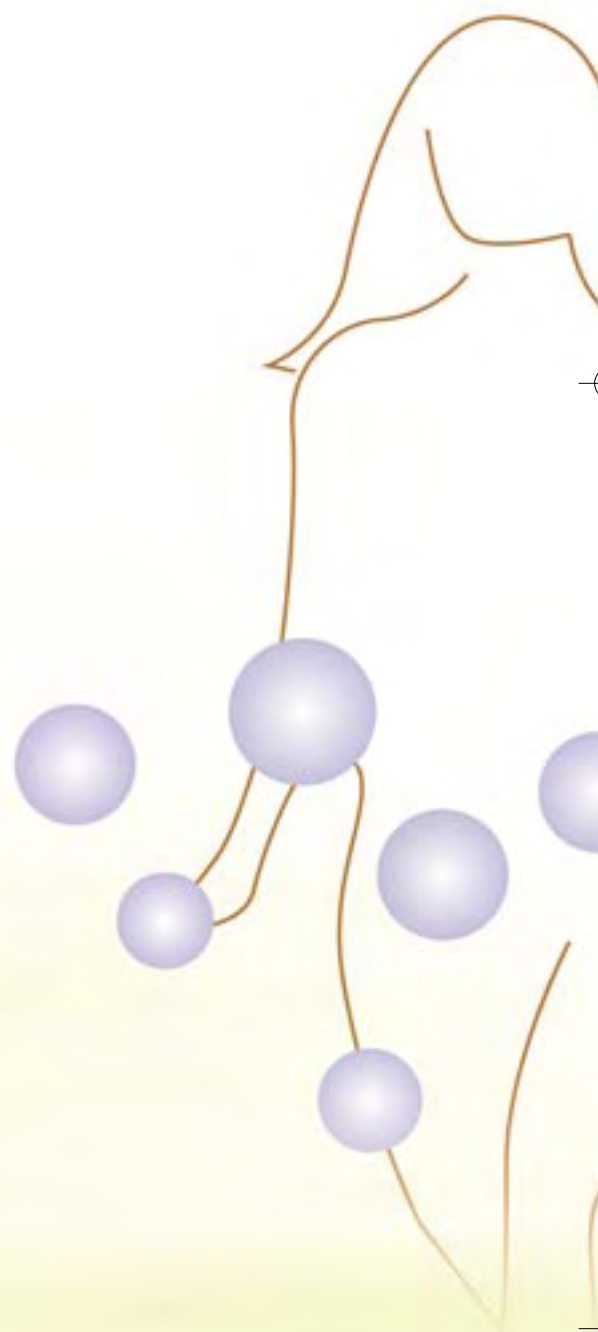
ΜΗΤΕΡΑ

TMS





ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ ΕΑ01-ΕΑ14



ΕΑ01 ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΚΥΣΤΕΩΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ (ΔΕ) ΩΘΗΚΗΣ ΚΑΙ ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

Τσομπανίδου Χ.², Τριανταφυλλίδης Ε.¹, Μητσάκης Ι.¹, Καρτσιούνης Χ.¹, Δεληγιάννης Δ.¹, Πατακιούτα Φρ.²

¹Γυναικολογική-Ογκολογική Κλινική, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

²Παθολογοανατομικό τμήμα, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να παρουσιασθεί η περίπτωση γυναίκας με ενδομητρίωση ωθήκης και συνύπαρξη echinococcal κύστεως.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ασθενής ηλικίας 50 ετών, προσήλθε στο Εξωτερικό Ιατρείο της Κλινικής μας, από περιφερειακό νοσοκομείο με διάγνωση cystis ovarii dextra et nodus fibromatos. Κατά την κλινική γυναικολογική εξέταση παρατηρήθηκε ψηλαφητή μάζα μεγέθους πυγμής. Η αξονική τομογραφία κοιλίας είχε το εξής πόρισμα: ευμεγέθης κυστικό μόρφωμα ύπερθεν της ουροδόχου κύστεως με παχιά τοιχώματα και περιεχόμενο μάλλον ανομοιογενές εξορμώμενο από το δεξιό εξάρτημα, λοιπά όργανα κφ. Η ακτινογραφία θώρακος έδειξε: σκίαση της δεξιάς βάσης. Η αξονική τομογραφία θώρακος είχε ως πόρισμα: ευμεγέθης ενδοπνευμονική κυστικού χαρακτήρα εξεργασία σαφώς αφοριζόμενη δεξιάς βάσης. Η βρογχοσκόπηση ήταν κφ. Από το Ογκολογικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας προτείνεται Ερευνητική Λαπαροτομία. Στην κλινική μας η μέτρηση του καρκινικού δείκτη CA-125 έδειξε αυξημένη παθολογική τιμή. Ακολουθεί Ολική Υστερεκτομή Μετά των Εξαρτημάτων. Το αποτέλεσμα της ιστολογικής εξέτασης της ΟΥΜΕ ήταν: echinococcal κύστη δεξιάς ωθήκης με κύστεις ενδομητρίωσης δεξιάς ωθήκης, μήτρα με λειομύματα και ισθμικό πολύποδα και αριστερό εξάρτημα δίχως στοιχεία κακοήθειας. Παρουσιάζεται αναλυτικώς η ιδιαιτερότητα της περιπτώσεως.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η σπανιότητα της περίπτωσης συνύπαρξης ενδομητρίωσης ωθήκης και echinococcal κύστεως.

ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ ΩΟΘΗΚΗΣ ΚΑΙ CIN I

EA02

Μητσάκης Ι.¹, Τριανταφυλλίδης Ε.¹, Τσομπανίδου Χ.², Παπαδήμας Α.¹, Πατακιούτα Φρ.²

¹Γυναικολογική-Ογκολογική Κλινική, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

²Παθολογοανατομικό τμήμα, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της ανακοίνωσης αυτής ήταν να παρουσιασθεί η περίπτωση συνύπαρξης ενδομητρίωσης ωοθήκης και δυσπλασίας τραχήλου μήτρας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ασθενής ηλικίας 49 ετών, προσήλθε στο Εξωτερικό Ιατρείο της κλινικής μας, διεγνωσμένη και χειρουργημένη αλλαχού με πόρισμα ιστολογικής εξέτασης: CIN I-II, προ 3-ετίας. Πραγματοποιείται εργαστηριακός και γυναικολογικός έλεγχος. Από το Ογκολογικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας προτείνεται χειρουργική θεραπευτική αντιμετώπιση. Ακολουθεί Ολική Υστερεκτομή Μετά των Εξαρτημάτων. Το αποτέλεσμα της Ιστολογικής Εξέτασης του παρασκευάσματος της ΟΥΜΕ ήταν: λειομύωμα, CIN I και ενδομητρίωση αριστερής ωοθήκης. Κατά τον τακτικό εργαστηριακό, κλινικό και γυναικολογικό έλεγχο της ασθενούς δεν παρατηρείται καμμία επιδείνωση της νόσου και η ασθενής βαίνει καλάς έως σήμερα. Παρουσιάζεται αναλυτικώς η ιδιαιτερότητα της περιπτώσεως.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η σπανιότητα του περιστατικού συνύπαρξης ενδομητρίωσης ωοθήκης και δυσπλασίας τραχήλου μήτρας.

ΕΑ03 Η ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΑΒΟ ΚΑΙ RHESUS ΣΤΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΤΩΝ ΣΕΙΡΩΝ ΤΟΥ YALE

Ζιώγος Ε., Ασκοξυλάκης Κ., Βενιανάκη Κ., Μανιδάκης Γ., Μαντάς Ν., Ματαλλιωτάκης Ι.

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να καθορισθεί μια σχέση μεταξύ της ενδομητρίωσης και των ομάδων ΑΒΟ και Rhesus και να δειχθεί μια δυναμική συσχέτιση των ομάδων αίματος ΑΒΟ και των σταδίων της ενδομητρίωσης.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: 231 υπογόνιμες γυναίκες με ενδομητρίωση και 166 υπογόνιμες γυναίκες χωρίς ενδομητρίωση μελετήθηκαν αναδρομικά στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Yale από το 1996 έως το 2002. Όλα τα περιστατικά ήταν διαγνωσμένα λαπαροσκοπικά και σε όλα είχαν καθορισθεί οι ομάδες αίματος και ο παράγοντας Rhesus. Οι ασθενείς με ενδομητρίωση χωρίστηκαν σε 2 ομάδες σύμφωνα με το στάδιο της νόσου. Η ομάδα I περιλάμβανε 124 ασθενείς με στάδια ενδομητρίωσης I και II και η ομάδα 2 με 107 ασθενείς και στάδια ενδομητρίωσης III και IV.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η κατανομή των ομάδων αίματος ΑΒΟ και Rhesus στις ασθενείς με ενδομητρίωση διέφερε σημαντικά από τις ασθενείς χωρίς ενδομητρίωση. [$\chi^2=26,27, (P<0,001)$ $\chi^2=18,71 (P<0,001)$, αντίστοιχα]. Η ομάδα αίματος Α ήταν πιο συχνή στις ασθενείς με ενδομητρίωση ενώ η ομάδα αίματος Ο ήταν η λιγότερο συχνή. Ο επιπρόσθετος κίνδυνος στις γυναίκες με ενδομητρίωση και ομάδα αίματος Α ήταν 2,89 (95% CI, 1,85-4,52). Δεν ανιχνεύθηκαν σημαντικές διαφορές στις ομάδες ΑΒΟ και Rhesus στις ασθενείς με ενδομητρίωση σχετιζόμενες με τη σοβαρότητα της πάθησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι γυναίκες με ομάδα αίματος Α έχουν 2,9 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης ενδομητρίωσης. Παρόλα αυτά ο ακριβής ρόλος των ομάδων αίματος στην ανάπτυξη της ενδομητρίωσης παραμένει να καθορισθεί.

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΕΑ04 ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΤΩΝ ΓΟΝΙΔΙΩΝ CYP1A1, GSTM1, GSTT1 ΚΑΙ CYP19A1 ΣΤΟ ΑΙΜΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΚΑΙ ΟΜΑΔΑ ΜΑΡΤΥΡΩΝ

**Κουμαντάκης Γ., Κούκουρα Ο., Ζιώγος Ε., Μαρταβαντζής Ν., Κουτρουλάκης Δ.,
Γουμένου Α.**

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της συνεισφοράς των πολυμορφισμών των γονιδίων CYP1A1 ml (CYP1A1*2A), των GSTM1 και GSTT1 ολικών απαλείψεων, όπως και του CYP19 VNTR στο εσόνιο 4, συγκεκριμένα του αλληλομόρφου (TTTA)10, σε δύο καλά χαρακτηρισμένους πληθυσμούς γυναικών με ενδομητρίωση και ελεύθερες ενδομητρίωσης.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: 275 γυναίκες με ενδομητρίωση και 346 γόνιμες γυναίκες χωρίς ενδομητρίωση μελετήθηκαν. Σε όλες τις γυναίκες με ενδομητρίωση είχε προηγηθεί λαπαροσκόπηση και ιστολογική επιβεβαίωση. Δείγματα αίματος και από τις δύο ομάδες μελετήθηκαν με τη μέθοδο PCR με σκοπό τον καθορισμό του γονότυπου σε κάθε ομάδα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η παρουσία του CYP19 VNTR, αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ενδομητρίωσης (odds ratio [OR] 4.99, 95% confidence interval [95% CI] 1.351 to 18.436). Ο συνδυασμός των CYP1A1 wt/ml ή ml/ml και GSTM1 προσθέτει ένα επιπλέον κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου στον ήδη υπάρχοντα με την παρουσία μόνο του CYP19 VNTR (OR 1.95, 95% CI 1.266 έως 2.995 και OR 2.23, 95% CI 0.631 έως 7.906 αντίστοιχα). Αντίθετα ο γονότυπος CYP1A1 wt/wt παρουσιάζει μάλλον μία προστατευτική δράση έναντι της ανάπτυξης της νόσου με ποσοστό μείωσης 38% για την εμφάνιση ενδομητρίωσης (OR 0.62, 95% CI 0.440 to 0.883).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα δεδομένα μας υποδηλώνουν ότι υπάρχει μια δυναμική σύνδεση μεταξύ (TTTA)10 αλληλίου του CYP19 VNTR στο ιντρόνιο 4 και της ενδομητρίωσης και, σε μικρότερη έκταση, μεταξύ CYP1A1 ml και του πολυμορφισμού του GSTM1-null deletions με την ασθένεια.

EA05 ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ CIN II

Τριανταφυλλίδης Ε.¹, Μητσάκης Ι.¹, Τσομπανίδου Χ.², Καπλάνης Κ., Πατακιούτα Φρ.²

¹Γυναικολογική-Ογκολογική Κλινική, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

²Παθολογοανατομικό τμήμα, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της ανακοίνωσης αυτής ήταν να παρουσιασθεί το περιστατικό γυναίκας με ενδομητρίωση τραχήλου μήτρας και δυσπλασία τραχήλου μήτρας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ασθενής ηλικίας 42 ετών, προσήλθε στο Εξωτερικό Ιατρείο της Κλινικής μας, διεγνωσμένη και χειρουργημένη αλλαχού με πόρισμα ιστολογικής εξέτασης: σοβαρού βαθμού δυσπλασία (CIN III- HGSIL)- μέτριες αλλοιώσεις χρόνιας ενδοτραχηλίτιδας. Πραγματοποιείται Loop αφαίρεση λόγω μικρής βλάβης (στομαικά με μικρή επέκταση στον ενδοτράχηλο). Κατά τον τακτικό γυναικολογικό έλεγχο στα Ε.Ι. διεγιγνύσεται μετά χρονικού διαστήματος ενός έτους HGSIL. Προτείνεται από το Ογκολογικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας χειρουργική αντιμετώπιση. Πραγματοποιείται Κωνοειδής Εκτομή τραχήλου μήτρας. Το πόρισμα της ιστολογικής εξέτασης του παρασκευάσματος της χειρουργικής επεμβάσεως ήταν: Τμήμα τραχήλου: CIN II, σύστοιχα προς τη βλάβη στον υποκείμενο ιστό παρατηρείται εστία ενδομητρίωσης. Κατά τον τακτικό εργαστηριακό, κλινικό και γυναικολογικό έλεγχο της ασθενούς δεν παρατηρείται καμία επιδείνωση της νόσου και η ασθενής βαίνει καλά έως σήμερα. Παρουσιάζεται λεπτομερώς η ιδιαιτερότητα του περιστατικού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ιδιαιτερότητα του περιστατικού ενδομητρίωσης τραχήλου μήτρας και δυσπλασίας τραχήλου μήτρας (CIN II).

Η ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΣΤΙΣ ΣΕΙΡΕΣ ΤΟΥ YALE

EA06

**Ζιώγος Ε.¹, Γουμένου Α.¹, Κουμαντάκης Γ.¹, Παρθένης.¹, Μαρταβαντζής Ν.¹,
Ματαλλιωτάκης Ι.¹, Arici Α.²**

¹Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης

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

ΣΚΟΠΟΣ: Να καθορισθεί η οικογενής συνάθροιση και ο κίνδυνος ενδομητρίωσης μεταξύ των γυναικών του γενικού πληθυσμού, συγκριτικά με ασθενείς με ενδομητρίωση. Επίσης, συγκρίθηκαν επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των γυναικών με και χωρίς οικογενειακό ιστορικό ενδομητρίωσης.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε 485 γυναίκες με ενδομητρίωση και 197 υπογόνιμες γυναίκες χωρίς ενδομητρίωση που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση από τον Αύγουστο του 1996 μέχρι και το Φεβρουάριο του 2002, υπολογίστηκε ο σχετικός κίνδυνος ενδομητρίωσης στις συγγενείς Ιου βαθμού

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ενδομητρίωση διαπιστώθηκε στο 9,5% των συγγενών Ιου βαθμού σε γυναίκες με ενδομητρίωση σε σχέση με το 1% της ομάδας ελέγχου. Ο απόλυτος κίνδυνος για την ενδομητρίωση στις συγγενείς Ιου βαθμού ήταν 10,21 (95% CI, 2,45-42,5; P< 0.001). Το 3,9% των ασθενών με ενδομητρίωση αναφέρουν ότι οι μητέρες τους έχουν διαγνωσθεί με ενδομητρίωση και στο 5,6% των περιστατικών είχε διαγνωσθεί η μικρότερη αδελφή. Συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου ο απόλυτος κίνδυνος για τη μητέρα που έχει ενδομητρίωση (7,99 , 95% CI 1,06-60,1) ή εμφανίζεται στη μικρότερη αδελφή (11,55, 95% CI 56-85,89) ήταν σημαντικά αυξημένος. Μεταξύ των γυναικών με ενδομητρίωση που αναφέρουν οικογενειακό ιστορικό ενδομητρίωσης και γυναικών με ενδομητρίωση που δεν αναφέρουν οικογενειακό ιστορικό, δεν παρατηρούνται διαφορές στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις συνήθειες ή τις παραμέτρους του εμμηνορυσιακού κύκλου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Διαπιστώσαμε μία αύξηση κατά 10 φορές της συχνότητας εμφάνισης της νόσου στις μητέρες και τις αδελφές ασθενών με ενδομητρίωση. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την άποψη ότι γενετικοί παράγοντες εμπλέκονται στην ανάπτυξη της νόσου. Τελικά, τα μέλη της οικογένειας των διαγνωσμένων ασθενών θα πρέπει να λάβουν ιατρική συμβουλή ιδιαίτερα όταν εμφανίζουν συμπτωματολογία σχετιζόμενη με ενδομητρίωση.

ΕΑ07 ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ (ΔΕ) ΩΟΘΗΚΗΣ, ΔΕΡΜΟΕΙΔΟΥΣ ΚΥΣΤΕΩΣ (ΔΕ) ΩΟΘΗΚΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΥΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ (ΔΕ) ΩΟΘΗΚΗΣ

Τσομπανίδου Χ.², Μητσάκης Ι.¹, Τριανταφυλλίδης Ε.¹, Καρτσιούνης Χ.¹, Πατακιούτα Φρ.²

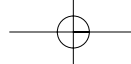
¹Γυναικολογική-Ογκολογική Κλινική, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

²Παθολογοανατομικό τμήμα, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της ανακοίνωσης αυτής ήταν να παρουσιασθεί το περιστατικό συνύπαρξης ενδομητρίωσης ωοθήκης, δερμοειδούς κύστεως ωοθήκης και διαυγοκυτταρικού καρκινώματος ωοθήκης.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ασθενής ηλικίας 48 ετών, προσήλθε στο Εξωτερικό Ιατρείο της κλινικής μας, όπου κατά την κλινική γυναικολογική εξέταση διεπιστώθη όγκος σώματος μήτρας-όγκος ωοθήκης. Διενεργείται ο τακτικός εργαστηριακός έλεγχος. Η ακτινογραφία θώρακος δεν έδειξε ιδιαίτερα ευρήματα εκ των πνευμόνων. Ο έλεγχος των καρκινικών δεικτών έδειξε: ΟΥ αυξημένη παθολογική τιμή και λοιποί καρκινικοί δείκτες σε φυσιολογικά όρια τιμών. Προτείνεται από το Ογκολογικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας Ερευνητική Λαπαροτομία. Πραγματοποιείται Ολική Υστερεκτομή Μετά των Εξαρτημάτων και Ολική Επιπλεκτομή. Το πόρισμα της Ιστολογικής Εξέτασης του παρασκευάσματος της εγχείρησης ήταν: α) δεξιό εξάρτημα: δεξιά ωοθήκη με στοιχεία δερμοειδούς κύστεως, εστιών ενδομητρίωσης και στοιχεία διαυγοκυτταρικού καρκινώματος ωοθήκης grade 2, β) μήτρα με αριστερό εξάρτημα: στοιχεία κακοήθειας δεν παρατηρούνται, γ) επίπλουν: στοιχεία κακοήθειας δεν παρατηρούνται. Συζητείται και αποφασίζεται στο Ογκολογικό Συμβούλιο μας Χημειοθεραπεία. Μετά το πέρας της Χ/Θ κατά τον τακτικό εργαστηριακό, κλινικό και γυναικολογικό έλεγχο της ασθενούς δεν παρατηρείται καμμία επιδείνωση της νόσου και η ασθενής βαίνει καλά έως σήμερα. Παρουσιάζεται λεπτομερώς η ιδιαιτερότητα του περιστατικού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η σπανιότητα του περιστατικού συνύπαρξης ενδομητρίωσης ωοθήκης, δερμοειδούς κύστεως ωοθήκης και διαυγοκυτταρικού καρκινώματος ωοθήκης.



ΕΣΤΙΕΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ ΣΤΗ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΗ ΑΠΟΦΥΣΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ & ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

EA08

Τσαρπαλής Δ.¹, Μπαλακίτσας Ν.¹, Παννακόπουλος Κ.¹, Λαγκαδάς Α.¹, Αλεξάνδρου Π.², Τουφεξή Ε.

¹Γυναικολογικό Τμήμα,

²Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. Λαϊκό

Η ενδομητρίωση είναι μία συχνή πάθηση σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, η οποία χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ενδομητρικού ιστού (αδένων και στρώματος) εκτός της μήτρας. Συχνότερα παρατηρείται στα όργανα της ελάσσονος πυέλου, όπου θεωρείται υπεύθυνη για χρόνια πυελικό άλγος και υπογονιμότητα.

Στη σκωληκοειδή απόφυση ενδομητριωσικές εστίες ελέγχονται σε ποσοστό 0,2-0,8%. Τα κυριότερα συμπτώματα είναι χρόνια, περιοδικό άλγος δεξιού λαγόνιου βόθρου, μέλαινες κενώσεις, αιμορραγία, ενώ έχουν αναφερθεί περιστατικά διάτρησης κατά την εγκυμοσύνη.

Ασθενής 26 ετών, αναφέρει περιοδικό άλγος υπογαστρίου παράλληλα με τον καταμήνιο κύκλο, δυσμηνόρροια, και δυσπαρεύνια. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος κατέδειξε κυστικό μόρφωμα μδ 9,5 εκ στη δεξιά ωοθήκη και άλλο μικρότερον διαστάσεων στην αριστερή ωοθήκη. Η ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση εξαίρεσης των ενδομητριωσικών κύστεων από τις ωοθήκες, κατά την οποία διαπιστώθηκε μετρίου βαθμού διάταση της σκωληκοειδούς απόφυσης και αποφασίσθηκε η εκτομή της. Η ιστολογική εξέταση των παρασκευασμάτων έδειξε την ύπαρξη ενδομητριωσικών κύστεων και στα δύο εξαρτήματα καθώς και εστίες ενδομητρίωσης στη σκωληκοειδή απόφυση και στοιχεία χρόνιας φλεγμονής.

Συνεπώς παρά το μικρό ποσοστό εμφάνισης της ενδομητρίωσης στη σκωληκοειδή απόφυση, η παραπάνω πιθανότητα θα πρέπει να αποτελεί μέρος της διαφοροδιάγνωσης του χρόνιου πυελικού άλγους. Επίσης σε κάθε ασθενή που χειρουργείται για ενδομητρίωση θα πρέπει να ελέγχεται η σκωληκοειδής για την πιθανή ύπαρξη εστιών.



EA09 ΚΑΤΑΜΗΝΙΟΣ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ, ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Τσαρπαλής Δ., Λαγκαδάς Α., Γιαννακόπουλος Κ., Τουφεξή Ε., Τσαρπαλής Χ.

Γυναικολογικό τμήμα, ΓΝΑ «Λαϊκό», Μαιευτικό & Γυναικολογικό κέντρο «Λητώ»

Ασθενής 43 ετών, μη καπνίστρια, παρουσίασε τη 2η ημέρα της Ε.Ρ. οξύ άλγος στο (ΔΕ) ημιθωράκιο συνοδευόμενο από δύσπνοια. Από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε (ΔΕ) πνευμοθώρακας και ακολούθησε παρακέντηση του ημιθωρακίου. 25 ημέρες μετά το πρώτο συμβάν η ασθενής ξαναπαρουσιάζει την ίδια συμπτωματολογία, πάλι κατά τη 2η ημέρα της Ε.Ρ. Η ασθενής υποβάλλεται σε θωρακοσκόπηση και αποφλοιώση του υπεζωκότα και έγχυση τετρακυκλίνης. Μετά την επέμβαση η ασθενής άρχισε αγωγή με GnRH ανάλογα.

Ο καταμήνιος πνευμοθώρακας είναι μια σπάνια περίπτωση δευτεροπαθούς πνευμοθώρακα, που παρατηρείται αποκλειστικά σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1958 από το Maurer. Υπάρχουν 3 θεωρίες παθογένεσης:

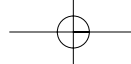
- 1) Ενδομητρίωση του πνεύμονα.
- 2) Θεωρία των διαφραγματικών οπών.
- 3) Θεωρία των προσταγλανδινών.

Τα συμπτώματα ξεκινούν το 1ο -2ο εικοσιτετράωρο της Ε.Ρ. Τα κυριότερα συμπτώματα είναι :

- 1) Θωρακικό άλγος (90%).
- 2) Δύσπνοια (31%).
- 3) Αιμόπτυση (7%).
- 4) Πνευμοθώρακας (73%)
- 5) Αιμοθώρακας (14%)

Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει:

- 1) Παρακέντηση του υπεζωκότα.
- 2) Χημική καταστολή της ωθητικής δραστηριότητας
- 3) Ωθηκεκτομή
- 4) Χειρουργική & χημική πλευροδεσία με αποκατάσταση των διαφραγματικών οπών.



Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ

EA10

Κούκουρα Ο.¹, Ζιώγος Ε.¹, Γουμένου Α.¹, Παπαδάκη Μ.¹, Ματαλλιωτάκης Ι.¹, Arici Α.²

¹Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης

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

ΣΚΟΠΟΣ: η μελέτη των ποσοστών εμφύτευσης και κύησης, σε ασθενείς με ενδομητρίωση του προγράμματος εξωσωματικής γονιμοποίησης του Πανεπιστημίου του Yale

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναλύθηκαν αναδρομικά 537 διαδοχικοί κύκλοι εξωσωματικής γονιμοποίησης και ενδο-ωαριακής έγχυσης σπερματοζωαρίου (ICSI) μεταξύ 1996 και 2002. Οι ασθενείς με ενδομητρίωση (n=130,206 κύκλοι) συγκρίθηκαν με: μια ηλικιακά ελεγχόμενη ομάδα με σαλπιγγικό παράγοντα υπογονιμότητας (n=104,206 κύκλοι) και με ομάδα με ανδρικό παράγοντα υπογονιμότητας (n=59,133 κύκλοι). Η ομάδα της ενδομητρίωσης αναλύθηκε περαιτέρω σε υποομάδες με ελάχιστη-ήπιας βαρύτητας νόσο (144 κύκλοι) και μέτριας βαρύτητας ενδομητρίωση (114 κύκλοι). Όλες οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε διαγνωστική λαπαροσκόπηση πριν την εξωσωματική γονιμοποίηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μικρότερος αριθμός ωοκυττάρων προσλήφθηκαν, ενώ διαπιστώθηκαν παρόμοια ποσοστά γονιμοποίησης (59% έναντι 61%), εμφύτευσης (12,3% έναντι 16%) και κυήσεων (23,7% έναντι 26,3%) στις ασθενείς με ενδομητρίωση συγκριτικά με την ομάδα με το σαλπιγγικό παράγοντα. Μειωμένα ποσοστά κύησης ανά μεταφορά (17,5%) παρατηρήθηκαν στην ομάδα με ανδρικό παράγοντα σε σχέση με την ομάδα της ενδομητρίωσης, ή του σαλπιγγικού παράγοντα (34% και 37,8% αντίστοιχα). Ο αριθμός των μεταφερόμενων εμβρύων ήταν συγκρίσιμος. Τα ποσοστά εμφύτευσης των πρώτων κύκλων δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις τρεις ομάδες. Στις υποομάδες της ενδομητρίωσης τα ποσοστά εμφύτευσης, κύησης και τοκετού ήταν παρόμοια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπεραίνουμε ότι στις ασθενείς με ενδομητρίωση τα ποσοστά εμφύτευσης, κύησης και τοκετού είναι παρόμοια με την ομάδα με το σαλπιγγικό παράγοντα υπογονιμότητας, αλλά υψηλότερα συγκριτικά με την ομάδα με τον ανδρικό παράγοντα. Τα αποτελέσματά μας υποστηρίζουν ότι η ποιότητα του εμβρύου και η υποδεκτικότητα του ενδομητρίου παραμένουν ανεπηρέαστα στις ασθενείς με ενδομητρίωση. Υψηλότερα ποσοστά εμφύτευσης δεν μπορούν να αποδειχθούν εξαιτίας του περιορισμένου αριθμού των ασθενών στη μελέτη.



ΕΑII Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ IVF ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

**Κούκουρα Ο., Ζιώγος Ε., Γουμένου Α., Αποστολάκης Π., Κονδύλης Π.,
Ματαλλιωτάκης Ι., Κουμαντάκης Ε.**

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι να καθορισθεί η ανταπόκριση της ελεγχόμενης ωθηκικής υπερδιέγερσης και ART θεραπεία σε ασθενείς με προχωρημένο στάδιο ενδομητρίωσης και προηγούμενη χειρουργική αντιμετώπιση, σε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης του Πανεπιστημίου Yale κατά το χρονικό διάστημα 1996 έως 2002.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 68 υπογόνιμες γυναίκες οι οποίες είχαν προηγουμένως υποβληθεί σε λαπαροσκόπηση για τον καθορισμό του προχωρημένου σταδίου της ενδομητρίωσης και 106 ασθενείς με σαλπγγικό παράγοντα υπογονιμότητας υποβλήθηκαν σε κύκλους IVF-ET (133 κύκλους και 28 αντίστοιχα)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Χαμηλότερα επίπεδα E2, υψηλότερες ολικές απαντήσεις στις γοναδοτροπίνες, μικρότερη παραγωγή ωκυττάρων και υψηλότερα ποσοστά ακυρούμενων κύκλων ανιχνεύθηκαν σε γυναίκες με ενδομητρίωση συγκρινόμενες με ομάδες ελέγχου. Εντούτοις, δεν βρέθηκαν διαφορές στη γονιμοποίηση, διαίρεση, εμφύτευση, εγκυμοσύνη, αποβολή και στα ποσοστά τοκετών μεταξύ ασθενών με ενδομητρίωση και ασθενών με σαλπγγικό παράγοντα υπογονιμότητας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με προχωρημένο στάδιο ενδομητρίωσης που έχουν υποβληθεί σε προηγούμενο χειρουργείο απαντούν λιγότερο καλά στις γοναδοτροπίνες συγκριτικά με ασθενείς όπου η υπογονιμότητα οφείλεται στο σαλπγγικό παράγοντα. Τα ποσοστά εμφύτευσης, εγκυμοσύνης και τοκετού είναι παρόμοια, υποδεικνύοντας έτσι ότι η ποιότητα του εμβρύου και η υποδεκτικότητα του ενδομητρίου παραμένουν ανεπηρέαστα παρά την ελαττωμένη ωθηκική λειτουργία στις ασθενείς με ενδομητρίωση.

ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΒΑΣΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ

EAI2

Τσόμπος Κ., Λιακοπούλου Ε., Ντόσκορης Α., Σταμάτης Δ.

Γενικά Νομαρχιακά Νοσοκομεία Φιλιατών & Αγρινίου

ΣΚΟΠΟΣ: είναι η διερεύνηση της μοριακής βάσεως και της γονιδιακής παθοφυσιολογίας της ενδομητρίωσης και του αφιλόξενου περιβάλλοντος προς εμφύτευση.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: από την ανασκόπηση 10 κλινικών μελετών της ηλεκτρονικής βιβλιογραφίας. Όλες χρησιμοποίησαν δείγματα λευκοκυττάρων, φυσιολογικού ενδομητρικού επιθηλίου και στρώματος αλλά και ενδομητρωσικού ιστού ληφθέντος λαπαροσκοπικά με ή χωρίς laser ανατομή. Η περαιτέρω μελέτη έγινε με την μέθοδο RT-PCR των DNA microarrays.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: στις ενδομητρωσικές γυναίκες, άνω των 159 γονιδίων όπως IL2RG, LOXLI, προστασίας ελευθέρων ριζών, μεταβολισμού λιπαρών οξέων, έκφρασης κυτταροκινών ή προϊόντων όπως IL-1/2/6/8, VEGFR, TGF, EGF, FGF, EPOR, υποδοχέων προγεστερόνης, οιστρογόνων A και P, εμβρυονικής σύναψης, εμβρυοτοξικότητας, αρωμασών, αγγειογένεσης, ανοσοτροποποίησης λευκοκυττάρων, απόπτωσης, κυτταρικής σήμανσης, αναμόρφωσης εξωκυττάριας μάζας, ρύθμισης κυτταρικού κύκλου εκφράζονται διαφορετικά, καθώς και ανάλογα με την θέση του έκτοπου ενδομητρικού ιστού, δηλαδή περιτοναϊκά εμφυτεύματα ή ωθηκικές κύστεις.

Άνω των 159 γονιδίων υπέστησαν up-regulation όπως της παραγωγής IL-8, CSF 2, ARFIM1, HSD17ET1, RON, SOS, I4-3-3re, uPAR, KSR, PI3K, p85RSa, PDGFRA, PKCb1, JAK1, 5HTT, MOR, TRkB, FCERIG, PGDS, GRO1/2, CXCR4, MCP1, MMP, COL4A2, COL5A2, COLa2t1, στην αντλία χολικού άλατος, semaphorinE, neurofactomedin, Sam68-likeppa.

Άνω των 119 γονιδίων υπέστησαν down-regulation όπως Sprouty2, MKK7, COUP-TF2, PGE2EP3, N-aga-6-O-st, glycodelin, integrina2, EphrinA1, IL-15, πρωτεΐνη πλούσια σε προλίνη, B61, Dickkopf-1, glycodelin, N-aga-6-O-st, G0S2 protein, pnp, neuropentraxin2.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μεγαλύτερες κλινικές μελέτες θα επικυρώσουν τους ανωτέρω άγνωστους μηχανισμούς παθογένεσης της ενδομητρίωσης, υπογονιμότητας και αδυναμίας εμφύτευσης καθώς και της δυνατότητας για διαγνωστικό screening και παρέμβαση.

ΕΑΙ3 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΟΥΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΟΥ NON HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ

Ζιώγος Ε., Παπαδάκη Μ., Παρθένος Α., Αυγουστινάκης Ε., Ματαλλιωτάκης Ι., Κουμαντάκης Ε.

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης

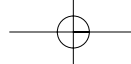
ΣΚΟΠΟΣ: Συσχέτιση της ενδομητρίωσης και της οικογενούς κατανομής του non Hodgkin λεμφώματος

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομική μελέτη 405 γυναικών με ενδομητρίωση και 200 χωρίς ιστορικό ενδομητρίωσης που πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο 1996-2002. Όλα τα περιστατικά διαγνώστηκαν λαπαροσκοπικά.

Αναφέρθηκαν δέκα περιστατικά με ενδομητρίωση και συγγένεια πρώτου βαθμού σε ασθενείς με Non Hodgkin λέμφωμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στις σειρές μας δεν ανιχνεύσαμε ασθενή με ενδομητρίωση και Non Hodgkin λέμφωμα. Σε αντίθεση, ανιχνεύσαμε 10/405(2,5%)των ασθενών με ενδομητρίωση και πρώτου βαθμού συγγενείς με Non Hodgkin λέμφωμα. Η μέση ηλικία των ασθενών αυτών ήταν 38,5 έτη (εύρος 29-46). Το κυριότερο σύμπτωμα των ασθενών ήταν η υπογονιμότητα. Η μέση ηλικία έναρξης της ενδομητρίωσης ήταν τα 32 έτη. Τα στάδια της ενδομητρίωσης ήταν: Στάδιο II (n=4) Στάδιο III (n=2) και Στάδιο IV(n=4).Όλες οι ασθενείς είχαν ένα συγγενή Iου βαθμού με Non Hodgkin λέμφωμα. Πέντε ασθενείς είχαν μητέρα με λέμφωμα, τέσσερις τον πατέρα τους και μία ασθενής την αδελφή της.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα περιστατικά αυτά μπορούμε να διαπιστώσουμε μια συσχέτιση μεταξύ του οικογενειακού ιστορικού Non Hodgkin λεμφώματος και υποκείμενης ανάπτυξης της ενδομητρίωσης στην πρώτη γενιά γυναικών. Στις σειρές του Yale δεν υπήρχε προφανής συσχέτιση της ενδομητρίωσης και του Non Hodgkin λεμφώματος στις ίδιες τις ασθενείς.



ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ - ΔΕΚΑΧΡΟΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

EAI4

Καραγιάννης Β., Δανηλίδης Α., Καραγιάννης Θ.

3η Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

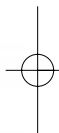
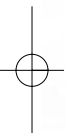
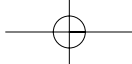
ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη αυτή αποτελεί μία ανασκόπηση της μακρόχρονης εμπειρίας μας στη λαπαροσκόπηση τα τελευταία δέκα χρόνια (1995-2005). Σκοπός της μελέτης ήταν αφενώς να καταδειχθεί η σημασία της διαγνωστικής λαπαροσκόπησης στην ασφαλή διάγνωση της παθολογίας της πυέλου και ειδικότερα της ενδομητρίωσης και αφετέρου η συσχέτιση της ύπαρξης ενδομητρίωσης και υπογονιμης γυναίκας.

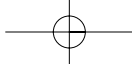
ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη μας συμμετείχαν συνολικά 1136 γυναίκες. Ένδειξη για διενέργεια λαπαροσκόπησης αποτέλεσαν: το πρόβλημα υπογονιμότητας πρωτοπαθή και δευτεροπαθή στη γυναίκα (n=485[335+150]), το πυελικό άλγος (n=415), οι διαταραχές εμμηνορρυσιακού κύκλου (n=162) και οι κυστικοί όγκοι ωθηκών (n=74). Οι 515 από τις 900 (57%) γυναίκες παρουσίασαν συνδυασμό υπογονιμότητας και χρόνια πυελικό άλγος.

Αποτελέσματα: Σε 784 γυναίκες, ποσοστό 69% η διαγνωστική λαπαροσκόπηση έδειξε κάποια παθολογική εξεργασία, ενώ στις 255 από αυτές, ποσοστό 32.5% βρέθηκε ενδομητρίωση διαφόρου σταδίου. Άλλες παθολογικές εξεργασίες ήταν περισαλπγγγικές συμφύσεις λόγω χρόνιας πυελικής νόσου σε ποσοστό 37% (n=290), κυστικοί όγκοι σε ποσοστό 8.5% (n=68) και πολυκυστικές ωθήκες σε ποσοστό 9.5%(n=76). Σπανιότερες παθήσεις ήταν ινομύωματα μήτρας, συγγενής απλασία της μήτρας, υποπλαστική μήτρα, υπογοναδοτροπικός υπογοναδισμός και εξωμήτρια εγκυμοσύνη σε ποσοστό 12.5% . Από τις 255 γυναίκες στις οποίες βρέθηκε ενδομητρίωση οι 72 (28)% είχαν παραπεμφθεί για έλεγχο υπογονιμότητας, οι 55 (21.5%) για χρόνια πυελικό άλγος μόνο, ενώ οι υπόλοιπες 128 (50%) για συνδυασμό και των δύο.

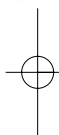
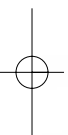
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η λαπαροσκόπηση αποδεικνύεται χρησιμότερη όσον αφορά τον αποκλεισμό παθολογίας της πυέλου καθώς σε μεγάλο ποσοστό 31% δε βρέθηκε παθολογικό αίτιο. Επίσης καταδεικνύεται η συσχέτιση ενδομητρίωσης και υπογονιμότητας καθώς από τις 255 γυναίκες στις οποίες βρέθηκαν ενδομητρωσικές εστίες είχαν παραπεμφθεί οι 200 (78%) για υπογονιμότητα μόνο ή και για πυελικό άλγος (28% και 50% αντίστοιχα). Επίσης φαίνεται πως η ενδομητρίωση είναι σημαντικότερος παράγοντας χρόνιου πυελικού άλγους με ποσοστό 71% (n= 183[128+55]).







ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ POSTER - P01-P07



Ρ01 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΥΦΛΟ ΚΕΡΑΣ ΜΗΤΡΑΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Αναστασάκης Ε., Αθανασίου Σ., Γεωργούλιας Ν., Οικονόμου Σ., Μηλίγκος Σπ., Αντσακλής Άρις

Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ Σκοπός μας είναι η παρουσίαση της αντιμετώπισης ασθενούς με ενδομητρίωμα, υδροσάλπιγγα και τυφλό κέρασ μήτρας. Συζητείται η ιδιαίτερη συμπτωματολογία καθώς και η διαγνωστική, χειρουργική και μετεγχειρητική αντιμετώπιση.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Γυναίκα 32 ετών με ιστορικό ενός φυσιολογικού τοκετού προ πενταετίας και έντονης δυσμηνόρροιας από διετίας με εντόπιση στον δεξιό λαγόνιο βόθρο, προσήλθε στη Γυναικολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας. Η ασθενής είχε ήδη υποβληθεί σε δύο επταμηναία θεραπευτικά σχήματα με LHRH ανάλογα στο παρελθόν. Ο απεικονιστικός έλεγχος με υπερηχογράφημα έσω γεννητικών οργάνων ανέδειξε κυστικό μόρφωμα μέγιστης διαμέτρου 5,5 εκ. στο δεξιό εξάρτημα ενδομητριοειδούς υφής, αλλαντοειδές μόρφωμα συμβατό με υδροσάλπιγγα σύστοιχα, και μόρφωμα στη δεξιά πλευρά της μήτρας που προσομοίαζε τυφλό κέρασ μήτρας. Η σαλπιγγογραφία που ακολούθησε διέγνωσε μονόκερο μήτρα. Η ασθενής υπεβλήθη σε διαγνωστική λαπαροσκόπηση η οποία επιβεβαίωσε τα υπερηχογραφικά ευρήματα. Ακολούθησε λαπαροτομία και πραγματοποιήθηκε εξαίρεση του τυφλού κέρατος, της υδροσάλπιγγας και της ενδομητριοειδούς κύστης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η υδροσάλπιγγα ήταν απότοκος της παλινδρόμησης της έμμηνης ρύσης. Η σπάνια αυτή περίπτωση ανωμαλίας διαπλάσεως της μήτρας φαίνεται να σχετίζεται με την ύπαρξη ενδομητρίωσης στην συγκεκριμένη ασθενή.

DEMOGRAPHIC AND CLINICOPATHOLOGIC STUDIES ADDRESSING THE ASSOCIATION OF ADENOMYOSIS AND EXTRA - UTERUS ENDOMETRIOSIS WITH CANCER

Varvaras D. G., Mauriello A., Spagnoli L. G., Nahmias S., Niras A. F.

Institute of Anatomic Pathology, Obstetrics and Gynecology Department, Department of Anesthesiology, Tor Vergata University of Rome, Rome, Italy

Endometriosis is a frequent disorder that commonly presents around 8-16% in women of reproductive age and in less than 2% in women of postmenopausal age.

Demographic and clinicopathologic studies have demonstrated that endometriosis is associated with neoplastic pathologies.

Our Institute examined 507 cases of endometriosis, 247 of them derive from the histological exam of total hysterectomy, other 150 cases of hysterectomy were associated with bilateral salpingoophorectomy. The median age of patients was 42 years (ranging 20-78).

We have reviewed 340 cases of adenomyosis. In this group, other pathologies have been arose from the histological examination: in 31 patients, there was observed an association with preneoplastic and malignancy uterus diseases. Other 9 patients had evidence of extra-uterus cancers.

An extra-uterus endometriosis was observed in 167 cases, 141 of this cases were localized in the ovary, in which 2 cases with ovarian atypical endometriosis and 2 cases with ovarian cancer. Other localizations of extra-uterus endometriosis were: bladder, cutaneous, intestines, vagina, peritoneal, tubes.

The results of our studies show a correlation, even if small, between adenomyosis-endometriosis and cancer. It is non yet clear whether this kind of correlation is simply a statistic one, or whether endometriosis could be considered a preneoplastic process with a potential become malignant.

The fact that we have found evidence (even if rare) of atypical cells in endometriosis, can lead us to the hypnotise that endometriosis in some cases is a progressive neoplastic process. However, other studies are needed in order to demonstrate the relationship between adenomyosis-endometriosis and cancer.

P03 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΔΟΣΥΝΔΕΣΜΙΚΟΥ ΚΥΣΤΙΚΟΥ ΑΔΕΝΟΜΥΩΜΑΤΟΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Πρωτοπαπός Α.¹, Αναστασάκης Ε.¹, Λιαπή Α.¹, Σωτηροπούλου Μ.², Ευτυχιάδης Χ.²,
Μηλίγκος Σπ.¹, Αντσακλής Άρις¹**

¹Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο
«Αλεξάνδρα», Αθήνα

²Τμήμα Παθολογοανατομίας, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Αδενομύωση είναι η έκτοπη ανάπτυξη ενδομητρίου ιστού εντός του μυομητρίου. Εμφανίζεται με δύο μορφές, τη διάχυτη και τη μορφή που περιβάλλεται από κάψα. Σκοπός μας είναι η παρουσίαση της λαπαροσκοπικής αντιμετώπισης ασθενούς με κυστικό αδενόμωμα. Συζητείται η ιδιαίτερη συμπτωματολογία καθώς και η διαγνωστική, χειρουργική και μετεγχειρητική αντιμετώπιση.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άτοκος γυναίκα 24 ετών με ιστορικό χρόνιας δυσμηνόρροιας, με ιδιαίτερη εντόπιση στον αριστερό λαγόνιο βόθρο, προσήλθε στη Γυναικολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας. Ο απεικονιστικός έλεγχος με υπερηχογράφημα έσω γεννητικών οργάνων έδειξε κυστικό μόρφωμα μέγιστης διαμέτρου 4,5 εκ. στην περιοχή του αριστερού εξαρτήματος. Η μαγνητική τομογραφία κάτω κοιλίας ανέδειξε κυστικό μόρφωμα που δεν ήταν σε επαφή με το αριστερό εξάρτημα. Οι καρκινικοί δείκτες ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Η διαφορική διάγνωση περιελάμβανε την αδενόμωση και το τυφλό κέρας μήτρας. Η ασθενής υπεβλήθη σε χειρουργική λαπαροσκόπηση κατά την οποία ανευρέθηκε μόρφωμα μήτρας που προέβαλλε εντός του αριστερού παραμητρίου. Το μόρφωμα εξαιρέθηκε λαπαροσκοπικά και η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος έθεσε τη διάγνωση της αδενόμωσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διάγνωση της αδενόμωσης είναι δύσκολη ενώ η οριστική διάγνωση τίθεται μόνο με την ιστολογική εξέταση. Σε περιπτώσεις με έντονα παρατεταμένα συμπτώματα, η ενδοσκοπική αντιμετώπιση είναι εφικτή και παρουσιάζει σημαντικά οφέλη.

Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΟΥ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΣ ΜΕ ΛΕΒΟΝΟΡΓΕΣΤΡΕΛΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ

P04

Βλάχος Σ., Μαρτζάκης Κ., Γεωργογιάννης Ν., Χρυσομάλλη Μ., Τσαβέζ Ν.

Μαιευτικό – Γυναικολογικό Τμήμα, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας, των ανεπιθύμητων ενεργειών και της αποδοχής της θεραπείας με ενδομητρικό σπείραμα(IUD) με λεβονοργεστρέλη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 10 γυναίκες με ήπια ως μέτρια συμπτωματική ενδομητρίωση προσφέρθηκαν για τοποθέτηση IUD με λεβονοργεστρέλη. Οι γυναίκες εξετάστηκαν σε 1,3 και 6 μήνες και κάθε 6 μήνες για διάστημα 24 μηνών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αποδοχή της θεραπείας έφθασε το 90% και 80% αντίστοιχα για τους 12 και 24 μήνες. Οι κυριότεροι λόγοι διακοπής της θεραπείας αφορούσαν ακανόνιστη και σοβαρή αιμορραγία καθώς και η επιμονή του πόνου. Βελτίωση των συμπτωμάτων (πόνος, αιμορραγίες) παρουσίασαν στο τέλος της διετούς παρακολούθησης το 80% των γυναικών. Οι περισσότερες συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες αφορούσαν ακανόνιστες αιμορραγίες(20%), ετερόπλευρο άλγος υπογαστρίου(10%) και αύξηση σωματικού βάρους(20%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει ότι η χρήση του IUD με απελευθέρωση λεβονοργεστρέλης είναι μια αποτελεσματική και ασφαλής επιλογή με υψηλά ποσοστά αποδοχής στην αντιμετώπιση της συμπτωματικής ενδομητρίωσης.

P05 ΠΡΟΟΠΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΔΙΣΚΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΜΗΝΟΡΡΟΙΑΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ

Μαρτζάκης Κ., Βλάχος Σ., Γεωργογιάννης Ν., Γκίκας Θ., Φραγκουλίδου Α., Παπαδημητρίου Α.

Μαιευτικό - Γυναικολογικό Τμήμα, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν η διαπίστωση της αποτελεσματικότητας της συνεχούς χορήγησης αντισυλληπτικού δισκίου(α.δ.) στην αντιμετώπιση της δυσμηνόρροιας σε γυναίκες με ενδομητρίωση που δεν ανταποκρίνονται στην κυκλική χορήγηση του α.δ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε 30 γυναίκες που υπεβλήθησαν σε χειρουργική επέμβαση για ενδομητρίωση την περίοδο 2000-2004 και παρουσίασαν υποτροπή δυσμηνόρροιας παρά την κυκλική χορήγηση α.δ.

Η αποτελεσματικότητα της συνεχούς χορήγησης των α.δ. στην αντιμετώπιση της δυσμηνόρροιας αξιολογήθηκε με ερωτηματολόγιο που έδινε 5 πιθανές απαντήσεις: 1. πολλή ικανοποιημένη 2. ικανοποιημένη 3. αβέβαιη 4. δυσαρεστημένη 5. πολλή δυσαρεστημένη.

Η χορήγηση αφορούσε α.δ. με αιθινυλοιστραδιόλη (0.02 mg) και δεσογεστέλη (0.15 mg) σε συνεχή και κυκλική χορήγηση επί εξάμηνο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αμηνόρροια, αιμόρροια (spotting) και ενδιάμεσες αιμορραγίες αναφέρθηκαν σε 13(43.3%), 11(36.7%) και 6(20%) γυναίκες αντίστοιχα.

Στο τέλος της παρακολούθησης (1 έτος μετά) 9(30%) γυναίκες ήταν πολύ ικανοποιημένες, 17(56.6%) ήταν ικανοποιημένες, 1(3.4%) ήταν αβέβαιη, 2(6.6%) ήταν δυσαρεστημένες και 1(3.4%) ήταν πολύ δυσαρεστημένη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η συνεχής χορήγηση α.δ. σε γυναίκες με συμπτώματα δυσμηνόρροιας επί εδάφους ενδομητρίωσης είναι μία ασφαλής και αποτελεσματική θεραπεία.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΟΥ CA-125 ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΚΑΙ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ

**Πρωτοπαπάς Α.¹, Μηλίγκος Σπ.¹, Μαρκάκη Σ.², Αναστασάκης Ε.¹, Μήτσης Θ.¹,
Μηλίγκος Μ.¹, Σκαρτάδος Ν.¹, Αντσακλής Άρις¹**

¹Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα

²Τμήμα Παθολογοανατομίας, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η συσχέτιση των τιμών του CA-125 και της κλινικής εικόνας και βαρύτητας πυελικής ενδομητρίωσης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενείς που προσήλθαν στο νοσοκομείο μας για χειρουργική θεραπεία της ενδομητρίωσης. Μετρήθηκαν προεγχειρητικά τα επίπεδα του CA-125 και όλες οι κλινικές περιπτώσεις σταδιοποιήθηκαν σύμφωνα με ταξινόμηση της American Society of Reproductive Medicine (ASRM). Πραγματοποιήθηκε συσχέτιση των προεγχειρητικών τιμών του CA-125 με την ύπαρξη χρόνιου πυελικού άλγους (ΧΠΑ), τη συνολική βαθμολογία κατά ASRM και τις επιμέρους βαθμολογίες για ενδομητρίωση, εξάλειψη του δουλγασίου χώρου και συμφύσεις.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Την ομάδα μελέτης αποτέλεσαν 76 κλινικές περιπτώσεις ενδομητρίωσης. Ο μέσος όρος των τιμών του CA-125 ήταν 62,3IU/mL (εύρος: 4-459). Η μέση συνολική βαθμολογία ASRM ήταν 38,98 (εύρος: 6-118). Τα επίπεδα του CA-125 έχουν θετική συσχέτιση, όχι όμως στατιστικά σημαντική, με την συνολική βαθμολογία κατά ASRM, τις επιμέρους βαθμολογίες για ενδομητρίωση και τις συμφύσεις. Επιπρόσθετα τα υψηλά επίπεδα του CA-125 έχουν θετική συσχέτιση με το βαθμό εξάλειψης του δουλγασίου χώρου ($p=0,074$). Τέλος, τα επίπεδα του CA-125 συσχετίζονται σημαντικά με την ύπαρξη χρόνιου πυελικού άλγους ($p=0,047$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα του CA-125 έχουν θετική συσχέτιση με τη βαρύτητα της ενδομητρίωσης και των πυελικών συμφύσεων, αλλά η συσχέτιση αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον, τα επίπεδα του CA-125 βρέθηκαν να είναι σημαντικά υψηλότερα σε ασθενείς με χρόνια πυελικό άλγος.

P07 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΠΡΩΤΕΪΝΑΣΩΝ ΚΑΙ ΙΣΤΙΚΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΩΝ ΠΡΩΤΕΪΝΑΣΩΝ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΩΟΘΗΚΙΚΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ

Αθανάσιος Πρωτοπαπάς¹, Σπύρος Μηλίγκος¹, Σοφία Μαρκάκη², Ελευθέριος Αναστασάκης¹, Θεόδωρος Μήτσης¹, Δημήτριος Μηλίγκος¹, Νικόλαος Σκαρτάδος¹, Άρις Αντσακλής¹

¹Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα

²Τμήμα Παθολογοανατομίας, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση του ρόλου διαφόρων πρωτεϊνών και των ιστικών αναστολέων τους στην εξέλιξη και κλινική εικόνα της ωοθηκικής ενδομητρίωσης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη αυτή συμπεριέλαβε ασθενείς με ωοθηκικό ενδομητρίωμα που υποβλήθηκαν σε χειρουργική λαπαροσκοπική θεραπεία στο νοσοκομείο μας. Όλες οι κλινικές περιπτώσεις σταδιοποιήθηκαν σύμφωνα με τη ταξινόμηση της American Society of Reproductive Medicine (ASRM). Δείγματα ιστού από κάθε ασθενή υποβλήθηκαν σε ανισοστοχημική μελέτη για τον προσδιορισμό της έκφρασης των matrix metalloproteinases (MMP) 1,2,3,9 και των ιστικών αναστολέων τους (tissue inhibitors-TIMP 1 και 2 και cathepsin-D (CATH-D). Η έκφρασή τους συσχετίστηκε με την ύπαρξη χρόνιου πυελικού άλγους (ΧΠΑ), τη συνολική βαθμολογία κατά ASRM, και τις επιμέρους βαθμολογίες για ενδομητρίωση, εξάλειψη του δουλγασείου, και συμφύσεις.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμπεριλήφθηκαν 35 κλινικές περιπτώσεις με ωοθηκικό ενδομητρίωμα. Η μέση συνολική βαθμολογία κατά ASRM ήταν 40,80 (εύρος: 24-118). Τα MMP-1, MMP-2, MMP-9, TIMP-1, TIMP-2 και CATH-D εκφράστηκαν σε 58,3%, 66,7%, 41,2% και 55,6% των περιπτώσεων αντίστοιχα. Το MMP-3 δεν εκφράστηκε σε καμία από τις 35 ασθενείς. Η συνολική βαθμολογία κατά ASRM σχετίζεται σημαντικά με την έκφραση του CATH-D ($p=0,031$), ενώ η εξάλειψη του δουλγασείου ήταν σημαντικά συχνότερη σε ασθενείς που παρουσίασαν έκφραση του MMP-9 ($p=0,018$). Το χρόνιο πυελικό άλγος σχετίζεται σημαντικά με την απουσία έκφρασης των TIMP-1 και TIMP-2 ($p=0,051$ και $p=0,024$) αντίστοιχως.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι πρωτεΐνες και ειδικότερα οι MMP-9 και CATH-D καθώς και οι αναστολείς TIMP-1 και TIMP-2 παρουσιάζουν σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της ενδομητρίωσης και την ανάπτυξη χρόνιου πυελικού άλγους.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ & POSTER

Arici A.	4, 7, 9, 23	Κουβίδης Γ	5, 9
Hilaris G.	6, 9	Κούκουρα Ο.	4, 5, 7, 9
Hummelshoj L.	8, 9	Κουμαντάκης Ε.	3, 4, 7, 9, 17, 19, 24, 26
Maheux R.	5, 9	Κουτσιλιέρης Μ.	5, 9
Mahutte N.	8, 9	Λουτράδης Δ.	7, 9
Ouhilal S.	5, 9	Λουφόπουλος Α.	7, 8, 9
Αγγελάκης Ε.	4, 9	Μακρυγιαννάκης Α.	8, 9
Αθανασάκη Ι.	4, 9	Μανταλενάκης Σ.	3, 9
Αμανάκη Κ.	7, 9	Μαρούλης Γ.	8, 9
Αντσακλής Α.	5, 6, 9, 30, 32, 35	Μαρταβαντζής Ν.	3, 4, 9, 17, 19
Αντωνάκης Γ.	6, 9	Ματαλλιωτάκης Ι.	3, 4, 6, 7, 9, 16, 19, 23, 24, 26
Ανυφαντάκη Α.	8, 9	Μεσσήνης Ι.	7, 9
Αποστολάκης Π.	3, 7, 9, 24	Μηλίγγος Σ.	6, 9
Βλάσσης Γ.	3, 4, 9	Μπατάκης Χ.	6, 9
Βλάχος Ν.	5, 6, 9, 33, 34	Μπόντης Ι.	4, 9
Γιακουμάκης Γ.	8, 9	Πάντος Γ.	6, 9
Γουμένου Α.	4, 6, 7, 9, 17, 19, 23, 24	Παρασκευαΐδης Ε.	5, 6, 9
Γριμπίζης Γ.	3, 7, 9	Πασχόπουλος Μ.	3, 6, 9
Δασκαλάκης Γ.	7, 9	Παχάκης Ι.	3, 9
Δεληγεώρογλου Ε.	6, 9	Πράππας Ι.	8, 9
Δρανδάκης Σ.	3, 9	Ρασιδάκη Μ.	4, 9
Ζιώγος Ε.	3, 4, 7, 9, 16, 23, 24, 26	Σαρίδης Χ.	8, 9
Καλογερόπουλος Α.	5, 8, 9	Σηφάκης Σ.	3, 5, 9
Καραγιάννης Β.	6, 7, 9, 27	Τζαρδή Μ.	4, 9
Καραμπουρνιώτη Ε.	5, 9	Τιμοθέου Α.	8, 9
Κατάσος Θ.	4, 9	Φραιδάκης Μ.	5, 9
Κλεάρχου Ν.	7, 8, 9	Φρουδαράκης Γ.	3, 9
Κολιμπιανάκης Στ.	8, 9		

Περιγραφή των χαρακτηριστικών του προϊόντος **INNOHEP**
INJECTION. Ονομασία ιδιοκτησιακά: Innohep. Παιδική και ποσοτική σύνθεση: Tinzaparin Sodium. Προφίλαξη: 10.000 Anti-Xa IU/ml. Θεραπεία: 20.000 Anti-Xa IU/ml. **Φαρμακογενική μορφή:** Υγρό προς έγχυση. **Θεραπευτικές ενδείξεις:** Προφύλαξη και θεραπεία των επitelικών εν τω πυθίκοις ελεβοθρόμβωσης και θεραπεία της πνευμονικής εμβολής. Το INNOHEP δεν ενδείκνυται για θεραπεία οξείας πνευμονικής εμβολής, δηλαδή σε ασθενείς υψηλού κινδύνου με αμυδανική αστάθεια. **Δοσολογία και τρόπος χορήγησης:** Το Innohep χορηγείται με υποδόριο ένεση. Η συνιστάμενη δόση για ασθενείς που υποβάλλονται σε ορθοπαιδικές χειρουργικές επεμβάσεις είναι 4.500 anti-Xa IU. Η πρώτη δόση πρέπει να δίνεται 2-12 ώρες προεγχειρητικά. Εναλλακτικά, μια εξατομικευμένη δόση 50 anti-Xa IU/kg βάρους σώματος μπορεί να χορηγηθεί. Η πρώτη δόση πρέπει να δοθεί 2-12 ώρες προεγχειρητικά. Προφύλαξη: Το Innohep χορηγείται με υποδόριο ένεση. Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επέμβαση γενικής χειρουργικής, θα πρέπει 3.500 Anti-Xa IU Innohep να χορηγούνται υποδόρια 2 ώρες προεγχειρητικά και μετά μια φορά την ημέρα μέχρις ότου ο ασθενής γίνει περιπατητικός ή για 7-10 ημέρες. Σε ασθενείς με επεμβάσεις ορθοπαιδικής χειρουργικής, 4500 Anti-Xa IU ή 50 Anti-Xa IU/KG, θα πρέπει να χορηγούνται με υποδόριο ένεση 2-12 ώρες προεγχειρητικά και μετά μια φορά την ημέρα μέχρις ότου ο ασθενής γίνει περιπατητικός ή για 7-10 ημέρες. **Αποκόλληση:** Μια ενδοφλέβια δόση 2.500 Anti-Xa IU στην ιατρική γραμμή του καλύμματος της αμοιδολύσης στην αρχή της συνεδρίας, η οποία μπορεί να αναστραφεί ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενούς. **Θεραπεία:** Innohep 20.000 Anti-Xa IU/ml χορηγείται υποδόρια σε δοσολογία 175 Anti-Xa IU/kg βάρους σώματος μια φορά την ημέρα. **Αντενδείξεις:** Γενική ή τοπική τάση για αιμοραγία. Σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια. Ουραμία. Βαρύ υπέρταση. Οξεία εγκεφαλική επεισόδια. Σχηματισμός ενδοκαρδιακών. **Παιδικές προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Το Innohep πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς με ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια, ανεξέλεγκτη υπέρταση και πεπτικό έλκος. Προσοχή στη θεραπεία των ηλικιωμένων. Το Innohep δεν πρέπει να χορηγείται με ενδομυϊκή ένεση. Επειδή οι ηπαρικές χαμηλού μοριακού βάρους εμφανίζουν μεταξύ τους διαφορές ως προς τον τρόπο παρασκευής τους, το μοριακό βάρος και την έκταση της δραστηριότητάς τους, επισταίνεται ότι για ασφαλή χρήση κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής δεν θα πρέπει να γίνεται αλλαγή από διασκεύαση της μιας εταιρείας σε διασκεύαση της άλλης. Απαγορεύεται η χορήγηση του φαρμάκου σε νεογνά. Το Innohep σε φιαλίδιο δεν πρέπει να χορηγείται κατά τα δύο πρώτα έτη της ζωής, διότι περιέχει ως βοηθητικό συστατικό βενζυλική αλκοόλη. **Αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα ή ουσίες:** Εύλογη λήψη άλλων φαρμάκων που επηρεάζουν την πήξη του αίματος, π.χ. ακετυλοσαλικυλικό οξύ, αντιπηκτικές βιταμίνες K και διεγερτική μπορεί να ενισχύσει την αντιπηκτική δράση του Innohep. **Χορήγηση κατά την κύηση και τον θηλασμό:** Το Innohep σε φιαλίδιο λόγω της βενζυλικής αλκοόλης, δεν θα πρέπει να χορηγείται κατά την διάρκεια της κύησης και του θηλασμού. **Επίδραση στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανήματος:** Καμία. **Αντενδείξεις ενέχυσης:** Αλκοολική θρομβοκυτοπάθεια. Κίνδυνος Αναφυλαξία. Κινητός. Μια παροδική αύξηση των τριχοειδών. Επειδή το φάρμακο περιέχει Sodium Metabisulfite, υπάρχει η πιθανότητα αναφυλακτικής αντίδρασης και βροχόσπασμου σε άτομα με ευαισθησία στα θειώδη. **Υπερδοσολογία:** Σε περίπτωση υπερβολικής δόσης, η θεραπεία είναι: θετική Πρωταΐνη. Προκλινικά στοιχεία ασφαλείας: Γενικά, οι ηπαρικές είναι κίτρινα τοξικές και αυτό ισχύει και για το Innohep. Αυτό έχει αποδοθεί σε έρπινες για οξεία, ημύαση και χρόνια τοξικότητα, αναπαραγωγική τοξικότητα και μη μεταλλάκτη τοξικότητα. Η πιο σημαντική επίδραση που παρατηρήθηκε στις έρπινες, αναφέρεται σε αιμορραγίες που προκλήθηκαν από πολύ μεγάλες δόσεις. **Φαρμακονομικά στοιχεία Ασυμβατότητες:** Καμία. **Διάρκεια ζωής:** Δύο χρόνια. **Παιδικές προφυλάξεις για την διατήρηση του προϊόντος:** Να διατηρείται σε ερμηκωμένο δοματίο. **Οδηγίες χρήσεως:** Καμία. **Στοιχεία Προφίλαξη:** 1. Καύτι με δύο συρροοσώγιες των 3.500 Anti-Xa IU/0.35ml. 2. Καύτι με δύο συρροοσώγιες των 4.500 Anti-Xa IU/0.45ml. 3. Καύτι των 10 φιαλιδίων των 20.000 Anti-Xa IU/2ml. Θεραπεία: 1. Καύτι με δύο συρροοσώγιες των 10.000 Anti-Xa IU/0.5ml. 2. Καύτι με δύο συρροοσώγιες των 14.000 Anti-Xa IU/0.7ml. 3. Καύτι με δύο συρροοσώγιες των 18.000 Anti-Xa IU/0.9ml. 4. Φιαλίδιο των 40.000 Anti-Xa IU/2ml. **Εμπνευσία, έκδοση ονόματος:** AEO Φαρμακοτοικά Προϊόντα Ελλάς ΕΠΕ Β. Γεωργίου 30 και Μικράς Ασίας 152 33 Χαλκίδας. **Τηλέφωνο Κέντρου Δολετησεως:** 2107937777. **Τρόπος διαθέσεως:** Με ελεγχόμενη συνταγή περιορισμένης χρήσης που θα χορηγείται από ιατρούς συγκεκριμένης ειδικότητας (π.χ. Αγγειολόγους, Χειρουργούς, Μαιευτήρες, Παθολόγους, Αματολόγους).



αξία ζωής*

***Μελέτες αποδεικνύουν ότι το innohep® (tinzaparin sodium) προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα στη θεραπεία της Φλεβικής Θρομβοεμβολής:**

- Είναι η μόνη MMBH με χορήγηση **ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ**
- Μπορεί να χορηγηθεί χωρίς προσαρμογή δοσολογίας στους γηριατρικούς ασθενείς
- Μειώνει τον κίνδυνο υποτροπής VTE κατά **60%** σε σχέση με την UFH

MMBH: Μικρού Μοριακού Βάρους Ηπαρίνη
 VTE: Φλεβική Θρομβοεμβολή
 UFH: Μη Κλασματισομένη Ηπαρίνη



LEO Pharmaceutical Products Hellas Ltd.
 Βασιλείου Γεωργίου 30 & Μικρός Ασίας, 152 33-Χαλκίδα, Τηλ. 210 6834 322, fax. 210 6834 342
 Γραφείο Βορείου Ελλάδος: Υψητού 5, 544 53-Θεσσαλονίκη, Τηλ. 2310 989221, Fax. 2310 989236, http://www.leo.gr

innohep®
 tinzaparin sodium

innohep® is a registered trademark of the LEO PHARM