

16^ο
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
21-23 Οκτωβρίου 2011

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ΕΑ01-ΕΑ25

ΚΑΜΠΥΛΕΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΕ ΚΥΗΣΕΙΣ ΕΠΙΠΕΠΛΕΓΜΕΝΕΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΕΙΣ. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΚΑΜΠΥΛΕΣ ΣΤΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ (ΕΑ 01)

Μαμελετζή Σ., Αθανασιάδης Α., Γουλής Δ., Καραγιάννη Ε., Πίτης Σ., Τζεβελέκης Φ., Ασημακόπουλος Ε., Ταρλατζής Β.

Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου"

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η δημιουργία καμπύλων ενδομήτριας ανάπτυξης σε κύησεις επιπεπλεγμένες με σακχαρώδη διαβήτη κύησης (ΣΔΚ) και η σύγκριση αυτών με καμπύλες ενδομήτριας ανάπτυξης ομάδας έλεγχου φυσιολογικών εμβρύων του ελληνικού πληθυσμού.

Υλικά-Μέθοδοι: Στην έρευνα συμμετείχαν 313 γυναίκες με ΣΔΚ με διάγνωση αυτού σύμφωνα με τα κριτήρια της IADPSG. Την ομάδα έλεγχου αποτέλεσαν 398 γυναίκες με μονήρη φυσιολογική κύηση, ελεύθερες μεταβολικών παθήσεων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την ενδομήτρια ανάπτυξη. Η ηλικία κύησης επιβεβαιώθηκε υπερηχογραφικά σε όλες τις γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη κατά το 1ο τρίμηνο της κύησης. Πραγματοποιήθηκαν υπερηχογραφικές μετρήσεις κατά το 1ο, 2ο και 3ο τρίμηνο των εμβρυικών παραμέτρων: περιμέτρου κοιλιάς, περιμέτρου κεφαλής και εκτιμώμενου βάρους γέννησης (EFW). Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (version 18.00).

Αποτελέσματα: Δημιουργήθηκαν καμπύλες ενδομήτριας ανάπτυξης εμβρύων σε κύησεις με ΣΔΚ και συγκρίθηκαν με αυτές των φυσιολογικών εμβρύων για τον ελληνικό πληθυσμό για τις προαναφερθείσες παραμέτρους. Οι παράμετροι περιγράφονται από τις παρακάτω εξισώσεις για την ομάδα έλεγχου και για την ομάδα ΣΔΚ αντίστοιχα: Ομάδα έλεγχου: 1) $AC(GW)=10,18*GW-48,79$ με $R^2=1$, 2) $HC(GW)=247,6*\ln(GW)-560,02$ με $R^2=1$, 3) $EFW(GW)=0,01*GW\text{Æ}3,47$ με $R^2=1$ και ομάδα ΣΔΚ 1) $AC(GW)=10,3*GW-50,77$ με $R^2=0,99$, 2) $HC(GW)=238,4*\ln(GW)-535,58$ με $R^2=0,98$, 3) $EFW(GW)=0,01*GW\text{Æ}3,41$ με $R^2=0,99$.

Gestational week	Εύρος τιμών					
	AC Control min-max	AC GD min-max	HC Control min-max	HC GD min-max	EFW Control min-max	EFW GD min-max
16	94-123	100-105	118-142	118-139	146-211	170-224
24	182-211	179-210	199-237	212-235	555-842	560-780
32	192-309	252-322	217-319	200-323	1065-2379	1634-2567

Από τη σύγκριση των καμπύλων προκύπτει ότι η κατανομή των παραμέτρων στον πληθυσμό με ΣΔΚ βρίσκεται σε υψηλότερα επίπεδα στις παραμέτρους που μελετήθηκαν με στατιστικώς σημαντικές διαφορές τη 17η, 20η με 22η, και 29η με 32η εβδομάδα κύησης.

Συμπεράσματα: Οι καμπύλες ενδομήτριας ανάπτυξης των εμβρύων με ΣΔΚ παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές που ενδεχομένως θα πρέπει να οδηγήσουν σε αναθεώρηση της αναπτυξιακής μελέτης των εμβρύων αυτών.

ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΥΣΤΗΡΟ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΒΑΡΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ. ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΕΣ, ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ (ΕΑ 02)

**Γιαννούλη Γ.¹, Μπακούλας Β.², Γιατράκου Ε.¹, Βελτούστα Α.¹, Παλίλη Α.¹, Κουτσοβίτης Π.¹,
Λεκέα Β.¹, Μπακούλα Χ.¹**

¹Α' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

²Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο

Σκοπός: Η εργασία αυτή αποτυπώνει τη διαχρονική μεταβολή της παχυσαρκίας των εγκύων σε μια 15ετία. Διερευνά επίσης την πιθανή συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. της μητέρας καθώς και του βάρους που παίρνει στην εγκυμοσύνη με την έκβαση της κύησης και το βάρος γέννησης (Β.Γ.) του νεογνού.

Υλικό και μέθοδος: Συγκρίθηκαν 7.027 και 11.275 μητέρες, με τελειόμηνες απλές κύσεις ζώντων νεογνών που μελετήθηκαν με την 1η και 2η Πανελλήνια Περιγεννητική Έρευνα, σε διάστημα 15 ετών.

Αποτελέσματα: Αν και στη 15ετία αυξήθηκε σημαντικά το ποσοστό των γυναικών που πήραν λιγότερο του συνιστώμενου βάρους στην εγκυμοσύνη (από 33% σε 38%), διαπιστώθηκε σημαντική αύξηση των υπέρβαρων/παχύσαρκων μητέρων (από 14% σε 20%). Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του Β.Γ τόσο με το Δ.Μ.Σ. όσο και με το βάρος που παίρνει η μητέρα. Σε πολυπαραγοντική ανάλυση, ελέγχοντας για την ηλικία, την εκπαίδευση, τον τόκο και το κάπνισμα της μητέρας επιβεβαιώθηκε ότι οι υπέρβαρες/παχύσαρκες γυναίκες διατρέχουν περίπου διπλάσιο κίνδυνο για υπέρταση, προεκλαμψία, διαβήτη, καισαρική τομή σε σχέση με εκείνες με φυσιολογικό Δ.Μ.Σ. ($p < 0,05$). Εξάλλου, μητέρες που πήραν λιγότερο του συνιστώμενου βάρους είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να γεννήσουν νεογνό με Β.Γ. < 10η εκατοστιαία θέση.

Συμπέρασμα: Η διαχρονική αύξηση των παχύσαρκων εγκύων δικαιολογεί την εγρήγορση μαιευτήρων και νεογνολόγων. Ωστόσο, για την αντιμετώπιση του προβλήματος δεν ενδείκνυται μόνον αυστηρός περιορισμός της λήψης βάρους, που εγκυμονεί κίνδυνο για λιποβαρή νεογνά, αλλά κυρίως πρόληψη της παχυσαρκίας πριν την εγκυμοσύνη στην παιδική και εφηβική ηλικία.

ΑΜΝΙΟΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΜΒΡΥΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΕ ΕΓΚΥΟΥΣ ΜΕ ΟΡΟΜΕΤΑΤΡΟΠΗ (ΕΑ 03)

**Θεοδωρά Μ., Παπαντωνίου Ν., Μπλάνας Κ., Αντσακλής Π., Δασκαλάκης Γ., Μεσογίτης Σ.,
Αντσακλής Α.**

Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής και Υπερήχων, Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα»

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση της έκβασης των κύσεων μετά από αμνιοπαρακέντηση με κύρια ένδειξη την διάγνωση εμβρυϊκής λοίμωξης σε περίπτωση μητρικής έκθεσης σε λοιμώξεις που σχετίζονται με αρνητικό περιγεννητικό αποτέλεσμα.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν οι αμνιοπαρακεντήσεις που πραγματοποιήθηκαν στο τμήμα Προγεν-

νητικού ελέγχου του Νοσοκομείου Αλεξάνδρα με κύρια ένδειξη την ανίχνευση εμβρυικής λοίμωξης σε περιπτώσεις ορομετατροπής της μητέρας..

Αποτελέσματα: Στο χρονικό διάστημα 01/1995-12/2007 πραγματοποιήθηκαν στο Τμήμα μας 12413 αμνιοπαρακεντήσεις για προγεννητικό έλεγχο. Σε εξήντα οκτώ περιπτώσεις (0.55%) η αμνιοπαρακέντηση έγινε με κύρια ένδειξη την διάγνωση εμβρυικής λοίμωξης σε περιπτώσεις εγκύων που εμφάνισαν ορομετατροπή σε κάποια λοίμωξη. Η μέση ηλικία κύησης κατά την οποία έγινε η αμνιοπαρακέντηση ήταν 22 εβδομάδες (διάμεση 21, διακύμανση 16-34 εβδομάδες). Η συχνότερη ένδειξη ήταν η μητρική λοίμωξη με *Toxoplasma Gondii* (55%) και ακολούθησαν η λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό (CMV) (45%) και η Ερυθρά (5%). Η κύηση ολοκληρώθηκε επιτυχώς στο 95% των περιπτώσεων ενώ το ποσοστό αποβολής ήταν 1,4%.

Συμπεράσματα: Η διάγνωση πιθανής εμβρυικής λοίμωξης σε περίπτωση μητρικής έκθεσης στον λοιμογόνο παράγοντα και ορομετατροπής αποτελεί συχνή ένδειξη για αμνιοπαρακέντηση στο τέλος του β' τριμήνου. Το ποσοστό αποβολής αλλά και διακοπής της κύησης, στην δική μας μελέτη είναι διπλάσιο από τα αντίστοιχα ποσοστά μετά από αμνιοπαρακέντηση για έλεγχο καρυοτύπου.

Λόγω του μικρού αριθμού των περιστατικών δεν είναι δυνατή η εξαγωγή συμπερασμάτων για την ασφάλεια της αμνιοπαρακέντησης σε αυτή την υποομάδα εγκύων.

ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΩΣΗ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΕΑ 04)

Κοπάνου Μ., Καλαϊτζή Α., Παπαδημητρίου Ε., Χατζιάρα Χ., Πηλιτσιδου Ε., Γουδεσίδου Μ., Γαϊτανά Κ., Γούναρης Α.

Νεογνολογική κλινική-MENN, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

Εισαγωγή: Η επίπτωση της συγγενούς τοξοπλάσμωσης είναι περίπου 1-10 /10.000 ζώντα νεογνά. Περίπου 90% των νεογνών με συγγενή λοίμωξη είναι ασυμπτωματικά κατά την γέννηση. Η χοριοαμφιβληστροειδίτιδα εμφανίζεται στο 30% των συμπτωματικών νεογνών. Περιγράφουμε δύο νεογνά με συγγενή λοίμωξη και οφθαλμική συμμετοχή που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα μας.

Περίπτωση 1η: Πρόκειται για νεογνό μητέρας με θετικά IgM αντισώματα για τοξόπλασμα το 3ο τρίμηνο της κύησης που γεννήθηκε σε ηλικία κύησης (ΗΚ) 34 εβδ. Η μητέρα του δεν είχε λάβει θεραπεία κατά την κύηση. Ο απεικονιστικός έλεγχος στο νεογνό ήταν φυσιολογικός. Η βυθοσκόπηση έδειξε εικόνα χοριοειδικής ουλής ΔΕ οφθαλμού στην περιοχή της ωχράς κηλίδας. Το νεογνό τέθηκε άμεσα σε αντιμικροβιακή αγωγή και είχε καλή ψυχοκινητική εξέλιξη.

Περίπτωση 2η: Πρόκειται για νεογνό 37 εβδ ΗΚ που η μητέρα του είχε θετικά IgM για τοξόπλασμα στις 16 εβδομάδες της κύησης και έλαβε την κατάλληλη αγωγή στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο απεικονιστικός έλεγχος εγκεφάλου έδειξε πολλαπλές διάσπαρτες αποιτανώσεις στα βασικά γάγγλια στην κεντρική περικοιλιακή λευκή ουσία και στην υποφλοιώδη μοίρα, διάταση πλαγίων και τρίτης κοιλίας και αυξημένο αριθμό κυττάρων στο ΕΝΥ. Η βυθοσκόπηση έδειξε αμφοτερόπλευρα ενδοϋαλοειδικές αιμορραγίες με συνοδό θολερότητα στον ΑΡ οφθαλμό και εστία στην ωχρά κηλίδα του ΔΕ οφθαλμού χωρίς στοιχεία ενεργού νόσου. Το νεογνό τέθηκε άμεσα σε αγωγή, όμως η ψυχοκινητική του εξέλιξη ήταν κακή και απεβίωσε σε ηλικία 7 μηνών.

Συμπέρασμα: Η έγκαιρη έναρξη αγωγής σε έγκυο με ενεργό νόσο στον 4ο μήνα της κύησης δεν φαίνεται να αποτρέπει τη βαριά εκδήλωση της νόσου στο νεογνό.

ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΟΣ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ (ΕΑ 05)

Παπαντωνίου Ν.¹, Δασκαλάκης Γ.¹, Σίμου Μ.¹, Ζαχαράκης Δ.¹, Δετοράκης Σ.¹, Ακρίβος Ν.¹, Φουσκάκης Δ.², Αντσακλής Α.¹

¹ Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο "Αλεξάνδρα"

² Τμήμα Μαθηματικών, Εθνικό Τεχνικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ζωγράφου Αθήνα

Σκοπός: Να καταγραφεί η μητρική και νεογνική έκβαση για τους διαφορετικούς τύπους προδρομικού πλακούντα (ΠΠ).

Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη 132 μονήρων κυήσεων με προδρομικό πλακούντα.

Παράμετροι: Η επίπτωση της μαιευτικής υστερεκτομής, νεογνικό Apgar score στο 5 λεπτό, νεογνικό βάρος.

Αποτελέσματα: Η επίπτωση του προδρομικού πλακούντα για το χρονικό διάστημα που μελετήθηκε ήταν 0.96% (132/13705 γεννήσεις). Από τις γυναίκες με προδρομικό πλακούντα 51.5% είχαν επιπωματικό ΠΠ, 20.5% είχαν επιχειλίο ΠΠ, 5.3% είχε παραχείλιο ΠΠ και 22.7% των γυναικών είχαν πλακούντα χαμηλής πρόσφυσης. Οι περισσότερες γυναίκες γέννησαν με καισαρική τομή (93.9%). Συνολικά σε 19.7% των περιπτώσεων ακολούθησε μαιευτική ολική υστερεκτομή, ενώ από αυτές τις γυναίκες 92.3% είχαν επιπωματικό ΠΠ. Γυναίκες με 2 ή περισσότερες καισαρικές τομές στο ιστορικό τους παρουσίασαν αυξημένο κίνδυνο για μαιευτική υστερεκτομή ($p < 0.01$). Η ηλικία κύησης κατά τη γέννηση αποτέλεσε σημαντικό γραμμικό προγνωστικό παράγοντα του Apgar score στο 5 λεπτό. Γυναίκες με επιχειλίο προδρομικό πλακούντα γέννησαν νεογνά με μικρότερα Apgar scores συγκριτικά με περιπτώσεις επιπωματικού ΠΠ ($p = 0.02$).

Συμπέρασμα: Το ιστορικό πολλαπλών προηγηθεισών καισαρικών τομών αυξάνει τον κίνδυνο για μαιευτική ολική υστερεκτομή. Ο τύπος του προδρομικού πλακούντα δεν σχετίζεται με διαφορές στο νεογνικό και μητρικό περιγεννητικό αποτέλεσμα, εκτός από το ότι, όπως φάνηκε στη δική μας μελέτη, νεογνά στην ομάδα του επιχειλίου πλακούντα είχαν μικρότερα Apgar scores σε σχέση με τα νεογνά στην ομάδα του επιπωματικού προδρομικού πλακούντα.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ (ΕΑ 06)

Αντσακλής Π.^{1,2}, Παπαντωνίου Ν.¹, Δασκαλάκης Γ., Σίνδος Μ.¹, Κουτρουμάνης Π., Παπαζεύκος Β., Black Rebecca², Αντσακλής Α.¹

¹ Α' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα»

² Women's Centre, John Radcliffe Hospital, Oxford

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμήσουμε πόσο ακριβής ως μέθοδος είναι ο εμπειρικός υπο-

λογισμός της απώλειας αίματος (visually estimated blood loss-vEBL) σε περιπτώσεις επεμβατικών τοκετών (εμβρυουλκία και σικνουλκία) και καισαρικών τομών, ελέγχοντας την πτώση της αιμοσφαιρίνης (Hb) αμέσως μετά τον τοκετό.

Μέθοδος: Μία αναδρομική μελέτη 1960 γυναικών που υπεβλήθησαν σε καισαρική τομή ή επεμβατικό τοκετό (εμβρυουλκία/σικνουλκία) στην Α' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική του νοσοκομείου «Αλεξάνδρα» και στη μαιευτική κλινική του νοσοκομείου John Radcliffe. Οι τοκετοί διαχωρίστηκαν ανάλογα με το είδος του τοκετού (καισαρική, εμβρυουλκία, σικνουλκία) και το επίπεδο εμπειρίας του μαιευτήρα που πραγματοποίησε τον τοκετό (έτος ειδικότητας, βαθμός επιμελητή). Πτώση της αιμοσφαιρίνης μεγαλύτερη από >2.9 g/dl θεωρήθηκε ως κλινικά σημαντική απώλεια αίματος.

Αποτελέσματα: Από τους 1960 τοκετούς βρήκαμε πλήρη στοιχεία από τα ιστορικά σε 1440 περιπτώσεις. Η μέση απώλεια αίματος για τις σικνουλκίες υπολογίστηκε στα 370 ml, ενώ για τις εμβρυουλκίες ήταν 469 ml και τέλος για τις καισαρικές τομές ήταν 562 ml. Η μέση τιμή της πτώσης της αιμοσφαιρίνης (Hb) υπολογίστηκε στα 1,71 g/dl. Η πτώση της Hb στην καισαρική ήταν μεγαλύτερη από την πτώση στους επεμβατικούς τοκετούς (2,03 g/dl vs 1,52 g/dl). Η μέγιστη πτώση Hb που σημειώθηκε ήταν 6.2 g/dl. Η ευαισθησία του εμπειρικού υπολογισμού της απώλειας αίματος (vEBL) σε σχέση με την πραγματική απώλεια αίματος ήταν χαμηλή και υπολογίστηκε στο 22%.

Συμπέρασμα: Η οπτική εκτίμηση της απώλειας αίματος (vEBL), κατά τη διάρκεια επεμβατικών τοκετών είναι υποκειμενική και ανακριβής ως μέθοδος. Το επίπεδο εμπειρίας του μαιευτήρα δεν φαίνεται να βελτιώνει την εκτίμηση της απώλειας αίματος. Εφόσον η εκτίμηση της απώλειας αίματος κατά τον τοκετό (vEBL) αποτελεί κοινή πρακτική στην μαιευτική, απαιτείται περαιτέρω εκπαίδευση των μαιευτήρων γυναικολόγων, ώστε να βελτιωθεί η εκτίμηση της vEBL και να αναγνωρίζονται έγκαιρα περιπτώσεις με σημαντικές απώλειες αίματος και να προλαμβάνονται οι συνέπειες.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΥΗΣΕΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΜΕ ΕΙΚΟΣΙΤΕΤΡΑΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΡΔΙΟΤΟΚΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ (ΕΑ 07)

Παπαντωνίου Ν., Θεοδωρά Μ., Κυριακόπουλος Κ., Ντόμαλη Κ., Σίνδος Μ., Παπαζεύκος Β., Αντσακλής Α.

Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής και Υπερήχων, Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα»

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση των πλεονεκτημάτων και των περιορισμών της 24ωρης καταγραφής του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού σε σχέση με την διενέργεια συμβατικού καρδιοτοκογράφηματος ηρεμίας (δύο ημερησίως) στην παρακολούθηση κύσεων υψηλού κινδύνου.

Μέθοδος: Εικοσιτρείς επίτοκες οι οποίες εισήχθησαν στην Πτέρυγα Παθολογίας Κύησης της Α' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, υπεβλήθησαν σε εικοσιτετράωρη καταγραφή του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού σε τυχαία ημέρα κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους. Επιπλέον και σύμφωνα με το πρωτόκολλο της κλινικής οι επίτοκες υπεβλήθησαν σε συμβατικό καρδιοτοκογράφημα δύο φορές την ημέρα καθόλη τη διάρκεια της νοσηλείας.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των εγκύων ήταν 30 έτη (διάμεση 29 έτη, εύρος 22-42 έτη). Η μέση ηλικία κύησης κατά την εισαγωγή ήταν 31 εβδομάδες (διάμεση 31 εβδ και εύρος 24-39 εβδ.). Η μέση ηλικία

κύησης κατά την καταγραφή ήταν 31 εβδομάδες (διάμεση 32 εβδ και εύρος 26-39 εβδ.). Οι συχνότερες ενδείξεις νοσηλείας ήταν η ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης (25%) και η κολπική αιμόρροια (25%), ενώ ακολουθούσαν ο απειλούμενος πρόωρος τοκετός (15%) και η πρόωρη ρήξη υμένων (15%)

Ο μέσος χρόνος καταγραφής ήταν 1000 λεπτά ενώ στο 80% η καταγραφή διήρκησε περισσότερο από 18 ώρες. Ικανοποιητική παρακολούθηση του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού επιτεύχθηκε στο 50% των περιπτώσεων ενώ ικανοποιητική παρακολούθηση του μητρικού καρδιακού ρυθμού στο 95%. Το διάστημα εγγραφής δεν επηρεαζόταν από την κινητικότητα της εγκύου αλλά συνδεόταν με την ηλικία κύησης κατά την καταγραφή. Στο 25% των περιπτώσεων παρακολούθησης με συμβατικό καρδιοτοκογράφημα, το αποτέλεσμα ήταν μη διαγνωστικό λόγω αδυναμίας καταγραφής. Το αντίστοιχο ποσοστό στην 24ωρη καταγραφή ήταν σαφώς μικρότερο.

Συμπεράσματα: Με την 24ωρη παρακολούθηση του εμβρυϊκού ρυθμού βελτιώνεται η ποιότητα καταγραφής. Η ανίχνευση διαταραχών του ρυθμού όπως ολιγάριθμες σοβαρές επιβραδύνσεις ήταν συχνότερη με την 24ωρη καταγραφή σε σχέση με το συμβατικό καρδιοτοκογράφημα χωρίς ωστόσο να παρουσιάζουν κλινική σημασία.

ΥΠΟΞΙΚΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ (ΕΑ 08)

Αντσακλής Π.^{1,2,3}, Παπαντωνίου Ν.¹, Παπαζεύκος Β.¹, Σίνδος Μ.¹, Ντόμαλη Α.¹, Black R.², Αντσακλής Α.¹

¹Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Παν/μιο Αθηνών

²Department of Obstetrics & Gynaecology, John Radcliffe Hospital, Oxford, UK

Εισαγωγή: Η υποξική ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια (ΥΙΕ) αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κλινικά προβλήματα της μαιευτικής και σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Η ΥΙΕ χαρακτηρίζεται από κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα οξείας εγκεφαλικής βλάβης, οφειλόμενης σε ασφυξία (υποξία-οξέωση). Επίσης η χρονική στιγμή κατά την οποία έγινε η βλάβη είναι δύσκολο να προσδιοριστεί.

Μέθοδος: Πραγματοποιήσαμε μία αναδρομική μελέτη με έλεγχο των ιστορικών όλων των τελειόμηνων κυήσεων (≥ 37 εβδομάδων) που παρουσίασαν ΥΙΕ και γεννήθηκαν μεταξύ Ιανουαρίου 2006 - Ιανουαρίου 2008. Ελέγχθηκαν όλοι οι φάκελοι νεογνών που είχαν διαγνωσθεί με ΥΙΕ ή «νεογνικούς σπασμούς». Καταγράψαμε τα παρακάτω στοιχεία: 1. μέθοδο τοκετού 2. μέθοδο αναζωογόνησης του νεογνού 3. το βαθμό της ΥΙΕ 4. τυχόν νεογνικούς θανάτους 5. άλλες παθολογικές καταστάσεις καθώς και αναπτυξιακά προβλήματα του νεογνού. Οι περιπτώσεις χωρίστηκαν σε 3 ομάδες ανάλογα με το βαθμό ΥΙΕ: ήπιες, μετρίου βαθμού και σοβαρού βαθμού ή βαριάς αναπηρίας (British Association of Perinatal Medicine definitions). Βρήκαμε 15 καταγεγραμμένες περιπτώσεις ΥΙΕ για την περίοδο των 2 ετών που μελετήσαμε. Από τις 15 περιπτώσεις βρήκαμε πλήρη στοιχεία για τις 10 από αυτές. Μελετήσαμε λεπτομερώς τις σημειώσεις-φακέλους των ασθενών, τόσο από τη διάρκεια της κύησης όσο και από τη διάρκεια-μέθοδο του τοκετού.

Αποτελέσματα: Η επίπτωση της ΥΙΕ στον πληθυσμό μας υπολογίστηκε σε 0.16%. Σε αυτό τον πληθυ-

σμό είχαμε 4 θανάτους (Θνητότητα: 27%), ενώ η νοσηρότητα υπολογίστηκε στο 34%. Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού μας ήταν τα ακόλουθα: Ηλικία μητέρας (μέση τιμή): 26,2 έτη, ηλικία κύησης (μέση τ.): 39,7 εβδομάδες και βάρος γέννησης νεογνού (μέση τ.): 3210 gr. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος για όλους τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου που μπορεί να σχετίζονται με ΥΙΕ. Πιθανοί παράγοντες κινδύνου αναγνωρίστηκαν σε 5 περιπτώσεις και περιλάμβαναν: (α) παράταση δευτέρου σταδίου τοκετού: 2 περιπτώσεις (20%), (β) ανώμαλη προβολή εμβρύου: 1 περίπτωση (10%) - Ισχιακή προβολή, (γ) Οξεία συμβάντα κατά τη διάρκεια του τοκετού: 1 περίπτωση (10%) - Βραδυκαρδία, (δ) ελαττωμένες εμβρυϊκές κινήσεις: 1 περίπτωση (10%).

Συμπεράσματα: Η ΥΙΕ αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κλινικά προβλήματα της σύγχρονης μαιευτικής και νεογνολογίας και σχετίζεται με υψηλά ποσοστά νεογνικής θνητότητας και νοσηρότητας. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι αιτίες της ΥΙΕ είναι ετερογενείς, και δεν φαίνεται να σχετίζονται τόσο πολύ με γεγονότα κατά τη διάρκεια του τοκετού αλλά κυρίως με γεγονότα κατά τη διάρκεια της κύησης αλλά πριν από τον τοκετό.

ΔΕΙΚΤΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΣΤΟ ΑΙΜΑ ΚΑΙ ΟΥΡΑ ΑΣΦΥΚΤΙΚΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ (ΕΑ 09)

Σαραφίδης Κ.¹, Τσεκπεντζή Ε.¹, Αγακίδου Ε.¹, Ταπάργου Α.², Διαμαντή Ε.¹, Σούμπαση Β.¹, Παπαχρήστου Φ.², Δρόσου-Αγακίδου Β.¹

Α' Νεογνολογική Κλινική & Εντατική Νοσηλεία Νεογνών¹ και Α' Παιδιατρική Κλινική² του Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Ο καθορισμός στον ορό και τα ούρα της συστατίνη C (CysC) και λιποκαλίνης που σχετίζεται με τη γελατινάση των ουδετερόφιλων (NGAL) όπως και του μορίου νεφρικής βλάβης-1 (KIM-1) στα ούρα νεογνών με οξεία νεφρική βλάβη (ONB) λόγω περιγεννητικής ασφυξίας και η εκτίμηση της διαγνωστικής τους αξίας στην πρώιμη πρόγνωση ONB. Υλικό και μέθοδος: Προοπτική μελέτη σε νεογνά με διάρκεια κύησης ≥ 36 εβδομάδες που υπέστησαν ασφυξία (n=13) και υγιή νεογνά συγκρίσιμης διάρκειας κύησης (n=22). Οι βιολογικοί δείκτες μετρήθηκαν την ημέρα ζωής (HZ) 1, 3 και 10 (ELISA). Αποτελέσματα: Οκτώ ασφυκτικά νεογνά ανέπτυξαν ONB (κρεατινίνη ορού ≥ 1.5 mg/dL για >24 ώρες ή αυξανόμενες τιμές >0.3 mg/dL από την HZ 1). Τα ασφυκτικά νεογνά είχαν σημαντικά υψηλότερη CysC ορού την HZ 1 όπως και NGAL ορού, CysC ούρων και NGAL ούρων σε όλους τους χρόνους. Συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, η υποομάδα ασφυξία-ONB εμφάνισε υψηλότερες τιμές NGAL ορού-ούρων και CysC ούρων σε όλους τους χρόνους, ενώ η υποομάδα ασφυξία-χωρίς ONB υψηλότερες τιμές CysC ούρων μόνο την HZ 1 και 3 και NGAL ορού την HZ 10. Τα επίπεδα KIM-1 στα ούρα ήταν παρόμοια μεταξύ ασφυκτικών και υγιών νεογνών. Η ανάλυση με καμπύλες ROC έδειξε σημαντικές AUC την HZ 1 για την NGAL ορού (0.942) και CysC (0.927) και NGAL (0.896) ούρων (όλες p<0.001). Συμπεράσματα: Η NGAL στον ορό όπως και η CysC και NGAL στα ούρα αυξάνουν σημαντικά στα ασφυκτικά νεογνά και είναι ενδεικτικά σωληναριακής βλάβης. Η μέτρησή τους την 1η HZ έχει σημαντική διαγνωστική αξία στην πρόβλεψη της ONB μετά ασφυξία.

ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΜΦΑΛΙΟΥ ΛΩΡΟΥ ΤΗΣ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΠΡΩΤΕΙΝΗΣ ΣΥΝΔΕΣΗΣ ΤΩΝ ΛΙΠΑΡΩΝ ΟΞΕΩΝ (I-FABP) ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ ΜΕ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΑΥΞΗΣΗ (ΕΑ 10)

Μπριάνα Δ.¹, Διόση Σ.¹, Γουργιώτης Δ.², Μπούτσιου Μ.¹, Μπάκα Σ.¹, Μπούτσιου Θ.¹, Μαμαρινός Α.², Χασιάκος Δ.¹, Μαλαμίτση-Πούχγερ Α.¹

¹ Νεογνολογικό Τμήμα, Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,

² Ερευνητικά Εργαστήρια, Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

Σκοπός: Διερεύνηση των κυκλοφορούντων επιπέδων ομφαλίου λώρου της εντερικής πρωτεΐνης σύνδεσης των λιπαρών οξέων [intestinal fatty acid-binding protein (I-FABP), σημαντικού κλινικού δείκτη έγκαιρης ανίχνευσης της νεκρωτικής εντεροκολίτιδας (NEK)] σε τελειόμηνα νεογνά με ενδομήτρια υπολειπόμενη αύξηση (ΕΥΑ) και κανονικό βάρος γέννησης για την ηλικία κύησης (ΚΒΓ), καθώς και σε νεογνά με ΕΥΑ και φυσιολογικά έναντι παθολογικών ενδομήτριων Doppler. Επιπλέον, καθορισμός της πιθανής συσχέτισης των παραπάνω επιπέδων με την επίπτωση της δυσανεξίας στη σίτιση και της ΝΕΚ.

Υλικά και μέθοδος: Προσδιορισμός με ανοσοενζυμική μέθοδο των συγκεντρώσεων I-FABP σε 154 δείγματα ορού ομφαλίου λώρου (μικτό αρτηριοφλεβικό αίμα) από μονόδυμα τελειόμηνα νεογνά με ΕΥΑ (n=50) και ΚΒΓ (n=104).

Αποτελέσματα: Απουσία σημαντικών διαφορών στα επίπεδα I-FABP ομφαλίου λώρου μεταξύ των ομάδων με ΕΥΑ και ΚΒΓ, καθώς και μεταξύ νεογνών με ΕΥΑ και παθολογικά (ωστόσο, χωρίς απουσία ή αναστροφή της τελοδιαστολικής ροής στην ομφαλική αρτηρία) έναντι φυσιολογικών Doppler. Δυσανεξία στη σίτιση ή ΝΕΚ δε διαπιστώθηκε σε κανένα νεογνό της μελέτης. Οι προτυποποιημένες εκατοστιαίες θέσεις ήταν χαμηλότερες στα νεογνά με ΕΥΑ και παθολογικά έναντι φυσιολογικών Doppler (p<0.001). Δε διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ επιπέδων I-FABP ομφαλίου λώρου και πολυάριθμων δημογραφικών παραμέτρων (ηλικία μητέρας, αριθμός προηγηθεισών κύσεων, ηλικία κύησης, προτυποποιημένη εκατοστιαία θέση, βάρος γέννησης και φύλο).

Συμπεράσματα: Τα τελειόμηνα νεογνά με ΕΥΑ παρουσιάζουν φυσιολογικές συγκεντρώσεις I-FABP ομφαλίου λώρου και δε φαίνεται να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης δυσανεξίας στη σίτιση ή ΝΕΚ, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με διαταραχές στην εμβρυική κυκλοφορία. Επομένως, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δε συνηγορούν υπέρ ανάπτυξης ειδικών πρωτοκόλλων σίτισης σε αυτή την ομάδα νεογνών.

ΑΝΑΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ ΜΕ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΥΞΗΣΗΣ (ΕΑ 11)

Καρατζά Α., Φούζας Σ., Μανταγός Σ., Δημητρίου Γ.

Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών

Σκοπός: Μελέτη της λειτουργίας του μυοκαρδίου σε νεογνά με ενδομήτρια καθυστέρηση αύξησης (IUGR) κατά την περίοδο προσαρμογής στην εξωμήτρια ζωή.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν 30 IUGR και 30 φυσιολογικά νεογνά αντίστοιχης ηλικίας κύησης. Πραγματοποιήθηκε υπερηχοκαρδιολογικός έλεγχος στο 2ο και 5ο εικοσιτετράωρο ζωής και αξιολογήθηκαν: 1) το πάχος και η διάμετρος της αριστερής κοιλίας, 2) οι μέγιστες ταχύτητες κίνησης του μυοκαρδίου και ο συντελεστής μυοκαρδιακής απόδοσης (MPI) ως δείκτες συσταλτικότητας, και 3) ο όγκος παλμού και η καρδιακή παροχή. Ταυτόχρονα έγινε και μέτρηση του νατριουρητικού πεπτιδίου τύπου Β (BNP) στον ορό.

Αποτελέσματα: Στο 2ο εικοσιτετράωρο τα IUGR νεογνά είχαν μικρότερο λόγο πάχους τοιχώματος/διάμετρο αριστεράς κοιλίας ($P=0.012$), μεγαλύτερη καρδιακή παροχή ($P<0.001$), αυξημένη καρδιακή συχνότητα ($P<0.001$) και αυξημένο BNP ($P<0.001$) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Το ιστικό Doppler ανέδειξε χαμηλότερες μέγιστες μυοκαρδιακές ταχύτητες και αυξημένο MPI ($P=0.012$) στα IUGR νεογνά. Ο MPI παρουσίασε ισχυρή θετική συσχέτιση με το BNP ($P<0.001$). Παρόμοιες διαφορές παρατηρήθηκαν και στο 5ο εικοσιτετράωρο, με εξαίρεση την καρδιακή παροχή η οποία δεν διέφερε ανάμεσα στις δυο ομάδες ($P=0.736$). Στην ομάδα ελέγχου η καρδιακή παροχή αυξήθηκε ($P<0.001$) ενώ η καρδιακή συχνότητα ελαττώθηκε ($P<0.001$) από το 2ο στο 5ο εικοσιτετράωρο. Αντιθέτως, η καρδιακή συχνότητα παρέμεινε σταθερή ($P=0.184$) στα IUGR νεογνά.

Συμπεράσματα: Τα IUGR νεογνά παρουσιάζουν μετά τη γέννηση στοιχεία αναδιαμόρφωσης και υποκλινικής δυσλειτουργίας του μυοκαρδίου. Κατά την περίοδο προσαρμογής στην εξωμήτρια ζωή αδυνατούν να αυξήσουν τον όγκο παλμού μέσω αύξησης της καρδιακής συσταλτικότητας (φυσιολογική μετάβαση) και η καρδιακή τους παροχή τείνει να διατηρηθεί μέσω αύξησης της καρδιακής συχνότητας.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΤΟΚΕΤΩΝ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 2008 -2009 (ΕΑ 12)

Τσεκούρα Ε., Αθανασιάδης Α., Παπαντωνίου Ν., Γούναρης Α., Ανατολίτου Φ., Παπαγαρουφάλης Κ., Δρόσου Β., Αντσακλής Α., Μαλαμίτση-Πούχγεο Α.

Ειδική επιτροπή του ΚΕΣΥ για την περιγεννητική φροντίδα στην Ελλάδα

Σκοπός: Η μελέτη των στοιχείων του συνόλου των γεννήσεων στην χώρα μας την διετία 2008-2009 σε σχέση με τον αριθμό τους, τον τρόπο τοκετού και τις δυνατότητες παρακολούθησης της εγκύου, της επιτόκου και των νεογνών.

Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία ερωτηματολογίου το οποίο εστάλη από την Ειδική Επιτροπή για την περιγεννητική φροντίδα στην Ελλάδα του ΚΕΣΥ προς στους Διευθυντές του συνόλου των μαιευτικών κλινικών της χώρας δηλαδή Ιδιωτικά Μαιευτήρια (ΙΜ), και Δημόσια Νοσηλευτικά Ιδρύματα (ΔΜ).

Αποτελέσματα: Έγινε συλλογή στοιχείων από 82/85 Πανεπιστημιακές και Κλινικές ΕΣΥ, και σε 38/53 Ιδιωτικά Μαιευτήρια. Σύνολο γεννήσεων κατά τη την διετία 223291. Σε ΙΜ γέννησαν το 50.15%. Συχνότητα καισαρικών τομών ήταν στα ΔΜ 42.51% και 44.1%, ενώ στα ΙΜ 54.54% και 55.65% αντίστοιχα για τα έτη 2008 και 2009.

Σε 10/82 (12.19%) ΔΜ (συμπεριλαμβάνονται συστεγάσεις κλινικών) και σε 6/38 (15.78%) ΙΜ πραγματοποιούνται >1500 τοκετοί ετησίως.

Ως Μονάδες Παρακολούθησης Κυήσεων Υψηλού Κινδύνου αναφέρονται σε 19/82 (23,17%) ΔΜ και σε 5/38 (13,15%) ΙΜ. Προγεννητικός έλεγχος προσφέρεται σε 15/82 (18.29%) ΔΜ και 17/38

(44.73%)IM. Υπερηχογραφήματα Β' Επιπέδου πραγματοποιούνται σε 20/82 (24.39%) ΔΜ και 20/38 (52.63%) IM, αμνιοπαρακεντήσεις σε 16/82 (19.51%) ΔΜ και 16/38 (42.1%) IM, βιοψία τροφοβλάστης σε 14/82 (17%) ΔΜ και 12/38 (%) IM, ομφαλιδοπαρακεντήσεις σε 7 ΔΜ και 8 IM ενώ ενδομήτριες επεμβάσεις σε 6 ΔΜ και 5 IM.

Αναισθησιολογική κάλυψη κατά τον τοκετό αναφέρεται σε 45/82 (54.87%) ΔΜ και 37/38 (97.36%)IM, κάλυψη των κλινικών από παθολόγο σε 45/82 (54.87%) ΔΜ και 36 /38 (94.73%) IM, ΜΕΘ σε 45/82 (54.87%) ΔΜ και 11/38 (28.94%) IM, συνεργασία με γενετιστή 27 ΔΜ και 28 IM.

Ως Κέντρα Διακομιδών για λόγους εξειδίκευσης ή περιοχικής κάλυψης αναφέρονται 25 ΔΜ.

Συμπεράσματα: Οι γεννήσεις στην χώρα γίνονται σε ίδιο ποσοστό στα δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια. Μικρό ποσοστό ΔΜ και IM πραγματοποιούν περισσότερους από 1500 τοκετούς κατ' έτος και έχουν μονάδες παρακολούθησης κυήσεων υψηλού κινδύνου.

ΑΜΕΣΗ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΩΝ ΔΙΔΥΜΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΑΠΟΠΕΡΑΤΩΣΗΣ ΤΟΚΕΤΟΥ (ΕΑ 13)

Μαργιούλα-Σιάροκου Χ., Πετούσης Στ., Δαγκλής Θ., Γκουτζιούλης Α., Γήτας Γ., Καλογιαννίδης Ι., Πράπας Ν., Αγοραστός Θ.

Δ' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Η συσχέτιση της άμεσης περιγεννητικής νοσηρότητας των διδύμων τελειόμηνων κυήσεων σε σχέση με τον τρόπο αποπεράτωσης τοκετού.

Υλικά και μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν όλες οι τελειόμηνες δίδυμες κυήσεις κατά την χρονική περίοδο 2003-2010. Από τη ανάλυση εξαιρέθηκαν νεογνά με συγγενείς ανωμαλίες. Οι κυήσεις ταξινομήθηκαν σε αυτές που αποπερατώθηκαν με καισαρική τομή (ομάδα Α) και σε αυτές που περατώθηκαν δια της κολπικής οδού (ομάδα Β). Μεταξύ των ομάδων της μελέτης συγκρίθηκαν ορισμένα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, καθώς και η άμεση περιγεννητική νοσηρότητα που αφορούσε το Apgar score των νεογνών, το ποσοστό άμεσης διασωλήνωσης και εισαγωγής στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN).

Αποτελέσματα: Επί συνόλου 8068 κυήσεων αποπερατώθηκαν 68 (0,84%) δίδυμες τελειόμηνες κυήσεις που ικανοποιούσαν τα κριτήρια εισόδου εκ των οποίων οι 58 με καισαρική τομή (85,29%) και οι 10 κολπικά (14,71%). Η εβδομάδα αποπεράτωσης τοκετού δεν διέφερε μεταξύ των ομάδων της μελέτης ($37,4 \pm 0,6$ έναντι $37,5 \pm 0,7$, $P=NS$). Αντίστοιχα, η μέση μητρική ηλικία και ο τόκος των γυναικών της μελέτης ήταν συγκρίσιμα. Το ποσοστό του Apgar score στο 1' με τιμή ≤ 4 της ομάδας Α (2,7 %) σε σχέση με αυτό στην ομάδα Β (3,6%) δεν διέφερε σημαντικά. Η ίδια παρατήρηση έγινε στο αντίστοιχο ποσοστό για Apgar score ≤ 7 στο 5' ($P=NS$). Ομοίως, δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά του ποσοστού διασωλήνωσης και εισαγωγής στη MENN μεταξύ των δύο ομάδων της μελέτης.

Συμπεράσματα: Η άμεση περιγεννητική νοσηρότητα των διδύμων τελειόμηνων νεογνών που γεννήθηκαν κολπικά ήταν συγκρίσιμη με αυτών που γεννήθηκαν με καισαρική τομή.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗΣ ΤΡΙΔΥΜΩΝ ΠΡΩΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΚΡΑΝΙΑΚΗ ΥΠΕΡΥΘΡΗ ΦΑΣΜΑΤΟΣΚΟΠΗΣΗ (NEAR INFRARED SPECTROSCOPY - NIRS) ΣΕ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗ ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ - ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ (ΕΑ 14)

Γκιουγκή Ε.¹, Καραγιάννη Π.¹, Τσακαλίδης Χ.¹, Θεοδοωρίδης Θ.², Νικολαΐδης Ν.¹

¹Β' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών Α.Π.Θ, Γ.Ν.Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

²Α' Γυναικολογική και Μαιευτική Κλινική Α.Π.Θ, Γ.Ν.Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Στις τριδυμίες, ο κίνδυνος περιγεννητικού stress είναι αυξημένος για το δεύτερο νεογνό σε σύγκριση με το πρώτο, καθώς και για το τρίτο σε σύγκριση με το πρώτο και δεύτερο.

Σκοπός: Αξιολόγηση της εγκεφαλικής οξυγόνωσης τριδύμων πρόωρων νεογνών κατά την άμεση μεταγεννητική περίοδο σε συσχέτιση με τη σειρά γεννήσεως.

Υλικό - μέθοδοι: Μελετήθηκαν τα νεογνά 4 τριδύμων τριχοριακών κήσεων με συσκευή NIRO-200, που καταγράφει τους δείκτες οξυγόνωσης και αιμάτωσης του εγκεφαλικού ιστού (cerebral tissue oxygenation-TOI και hemoglobin indexes-THI). Σε κάθε νεογνό πραγματοποιήθηκαν 3 καταγραφές κατά την 1η, 3η και 5η ημέρα ζωής, χρόνοι που συμβαίνει η ανακατανομή της εγκεφαλικής ροής.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία κύησης ήταν 33 ± 1.2 εβδ και το μέσο βάρος γέννησης 1870 ± 205 γρ, 1860 ± 291 γρ και 1805 ± 360 γρ για τα πρώτα, δεύτερα και τρίτα νεογνά αντίστοιχα. Τα Doppler ροής στην ομφαλική αρτηρία προ τοκετού κυμαινόταν εντός φυσιολογικών ορίων. Η μέση τιμές pH σε αίμα ομφαλίδας ήταν 7.38 ± 0.01 (SBE:-3.7 \pm 0.2), 7.34 ± 0.03 (SBE:-4.2 \pm 0.3) και 7.31 ± 0.03 (SBE:-4.4 \pm 0.5) για τα πρώτα, δεύτερα και τρίτα νεογνά αντίστοιχα. Σε όλα τα νεογνά τα επίπεδα αιματοκρίτη, γλυκόζης, αρτηριακής πίεσης, οξυγόνωσης και αερισμού κατά τη μελέτη κυμαινόταν σε αποδεκτά επίπεδα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους δείκτες TOI και THI την 1η, 3η και 5η ημέρα ζωής στις 3 ομάδες νεογνών (Πίνακας 1).

Συμπέρασμα: Η εγκεφαλική οξυγόνωση τριδύμων πρόωρων νεογνών, όπως εκτιμήθηκε με NIRS, δεν επηρεάζεται από τη σειρά γεννήσεώς τους.

Πίνακας 1.	Α' τρίδυμο	Β' τρίδυμο	Γ' τρίδυμο
TOI1	69,5 \pm 4,6	57,8 \pm 14,1	66,7 \pm 6,3
THI1	1,07 \pm 0,40	0,97 \pm 0,28	0,90 \pm 0,32
TOI2	64,7 \pm 7,55	66,3 \pm 8,0	61,2 \pm 15,1
THI2	1,10 \pm 0,42	1,43 \pm 0,75	1,22 \pm 0,25
TOI3	66,1 \pm 4,3	68,6 \pm 4,9	64,6 \pm 3,8
THI3	0,62 \pm 0,54	0,93 \pm 0,20	0,94 \pm 0,30

ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΕΚΛΕΚΤΙΚΗΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΠΟΛΥΔΥΜΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΩΡΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ (ΕΑ 15)

Αθανασιάδης Α.^{1,2}, Ζαβλανός Α.^{1,2}, Καραβιδά Κ.², Γερεντέ Α.¹, Αρναούτογλου Χ.¹, Τονακανιαν Α.¹, Τζεβελέκης Φ.¹, Ασημακόπουλος Ε.¹, Ταρλατζής Β.¹

¹Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου", ² Προγεννητική Διάγνωση Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Η αξιολόγηση της έκβασης των πολυδύμων κύησεων, οι οποίες παρουσίασαν άμεσες επιπλοκές μετά από εκλεκτική μείωση εμβρύων.

Μέθοδοι: Συνολικά μελετήθηκαν αναδρομικά 187 πολύδυμες κύησεις, οι οποίες υποβλήθηκαν σε εκλεκτική μείωση εμβρύων κατά το χρονικό διάστημα 2005-Μάρτιος 2011. Η εκλεκτική μείωση των εμβρύων πραγματοποιήθηκε κατά την 10η-14η εβδομάδα της κύησης μετά από διακοιλιακή είσοδο βελόνης στην μήτρα και την ενδοθωρακική έγχυση KCL. Μελετήθηκαν οι άμεσες επιπλοκές (εντός μίας εβδομάδας από την επέμβαση), όπως η ρήξη εμβρυϊκού σάκου, συσπάσεις της μήτρας, κολπική αιμόρροια και χοριοαμνιονίτιδα, καθώς και τα ποσοστά αποβολών (πριν τη 24η εβδομάδα) και πρόωρου τοκετού (πριν την 32η εβδομάδα κύησης).

Αποτελέσματα: Στοιχεία βρέθηκαν για 185/187 (98,9%) πολυδύμες κύησεις. Σε 31/185 (16,7%) περιπτώσεις αναφέρθηκαν πρόωρες επιπλοκές εντός μίας εβδομάδας. Συγκεκριμένα αναφέρθηκαν 17/185 (9,2%) ρήξεις εμβρυϊκών σάκων, 4/185(2,2%) συσπάσεις μήτρας, 7/185 (3,7%) κολπική αιμόρροια και 3/185 (1,6%) περιπτώσεις χοριοαμνιονίτιδας. Το συνολικό ποσοστό αποβολών, πριν την 24η εβδομάδα, ήταν 12/185 (6,4%), εκ των οποίων σε 4/12 (33,3%) είχαν αναφερθεί πρόωρες επιπλοκές, ενώ σε 8/12(66,7%) όχι. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικά διαφορά στην έκβαση της κύησης μεταξύ αυτών που είχαν αναφέρει πρόωρες επιπλοκές και σε αυτές που ήταν ανεπίπλοκες. Το ποσοστό πρόωρου τοκετού ήταν 14/173 (8,1%) και μόνο σε μία περίπτωση είχε αναφερθεί πρόωρη επιπλοκή. Τέλος η πιθανότητα πρόωρων επιπλοκών (17,6% έναντι 3,7%), καθώς και η πιθανότητα αποβολών (7,5% έναντι 3,7%) ήταν υψηλότερη στις περιπτώσεις εκλεκτικής μείωσης των εμβρύων με τελικό αριθμό 2 εμβρύων από αυτό με ένα

Συμπεράσματα: Το ποσοστό των άμεσων επιπλοκών μετά από εκλεκτική μείωση εμβρύων σε πολύδυμες κύησεις εμφανίζεται σχετικά υψηλό. Παρόλα αυτά δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση των επιπλοκών αυτών με την απώλεια της κύησης ή τον πρόωρο τοκετό.

ΕΚΒΑΣΗ ΝΕΟΓΝΩΝ ΤΡΙΔΥΜΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ ΣΕ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗ ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ (ΕΑ 16)

Γκιουγκή Ε.¹, Μητσιάκος Γ.¹, Μυλωνά Ε.¹, Αθανασιάδης Α.², Χ'Ιωαννίδης Η.¹, Τζεβελέκης Φ.², Ασημακόπουλος Ε.², Νικολαΐδης Ν.¹

¹ Β' Νεογνολογική κλινική, Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου»

² Α' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου»

Εισαγωγή: Η επίπτωση των τριδύμων κυήσεων αυξήθηκε περίπου 400% εξαιτίας της ευρείας χρήσης των τεχνικών της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Επιπλέον, οι τριδύμες κυήσεις αποτελούν κυήσεις υψηλού κινδύνου και αναφέρεται διαφορετική νοσηρότητα ανάλογα με τη σειρά γεννήσεως τους.

Σκοπός: Σύγκριση της νεογνικής θνητότητας και νοσηρότητας των τριδύμων νεογνών σε συσχέτιση με τη σειρά γεννήσεως.

Υλικά/Μέθοδοι: Ανάλυση των ηλεκτρονικών δεδομένων καταγραφής των νεογνών τριδύμων κυήσεων που νοσηλεύθηκαν στη μονάδα μας από τον 4/2004 έως τον 6/2011. Συγκρίθηκε η θνητότητα και η βραχυπρόθεσμη και μεσοπρόθεσμη νοσηρότητα ανάμεσα στο 1ο, 2ο και 3ο νεογνό. Η ανάλυση έγινε με SPSS 17 και εφαρμογή Oneway ANOVA test.

Αποτελέσματα: Την περίοδο της μελέτης νοσηλεύτηκαν στη MENN 156 τριδύμα νεογνά από 52 κυήσεις. Σε όλες τις περιπτώσεις ο τοκετός πραγματοποιήθηκε με καισαρική τομή. Η μέση ΔΚ ήταν 31.9 ± 2.3 εβδ και το μέσο ΒΓ 1603 ± 422 γρ, 1545 ± 423 γρ και 1473 ± 441 γρ για το 1ο, 2ο και 3ο νεογνό αντίστοιχα. Η θνητότητα ήταν 8% (4), 2% (1) και 8% (4) αντίστοιχα (μη στατιστικά σημαντικές διαφορές). Επίσης δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις παρακάτω παραμέτρους: σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας (ΣΑΔ), ανοιχτός αρτηριακός πόρος (ΑΑΠ), ενδοκοιλιακή αιμορραγία (IVH), σήψη, νεκρωτική εντεροκολίτιδα (NEK), αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας (RoP), περικολιακή λευκομαλακία (PVL) και βρογχοπνευμονική δυσπλασία (ΒΠΔ) (Πίνακας 1).

Συμπεράσματα: Τα τριδύμα νεογνά έχουν παρόμοια βραχυπρόθεσμη και μεσοπρόθεσμη έκβαση σε συσχέτιση με τη σειρά γεννήσεως.

Πίνακας 1: Αποτελέσματα νεογνικής νοσηρότητας τριδύμων νεογνών ανάλογα με τη σειρά γεννήσεως.

	1ο νεογνό	2ο νεογνό	3ο νεογνό	p
ΣΑΔ	28(53.8%)	24(46.2%)	25(48.1%)	N/S
ΑΑΠ	0	1(1.9%)	1(1.9%)	N/S
IVH	2 (2.3%)	1(1.9%)	3(5.8%)	N/S
Σήψη	10(19.2)	12(23.1%)	11(21.2%)	N/S
NEK	3(5.8%)	3(5.8%)	1(1.9%)	N/S
ROP	1(1.9%)	1(1.9%)	1(1.9%)	N/S
PVL	1(1.9%)	0	0	N/S
ΒΠΔ	1(1.9%)	4(7.7%)	2(3.8%)	N/S

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΠΡΟΕΜΦΥΤΕΥΤΙΚΗ ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ΠΓΔ) α-ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ (α-ΜΑ) (ΕΑ 17)

Δεστούνη Α.¹, Χριστόπουλος Γ.², Βρεττού Χ.¹, Κάκουρου Γ.¹, Κλεάνθους Μ.², Traeger Synodinos J.¹, Καναβάκης Ε.¹

¹Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Χωρέμιο Ερευνητικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία» ²Μοριακή Γενετική, Τμήμα Θαλασσαιμίας, Ινστιτούτο Νευρολογίας και Γενετικής Κύπρου

Σκοπός: Η μελέτη στοχεύει στην ανάπτυξη αξιόπιστου, πρωτοκόλλου ΠΓΔ για αΜΑ (HbH και Hb Bart's εμβρυϊκό ύδρωπα), με ανάλυση πολυμορφικών μικροδορυφορικών αλληλουχιών (STRs) που είναι σε σύνδεση (in linkage) με το σύμπλεγμα των α-γονιδίων αιμοσφαιρίνης.

Υλικά και Μέθοδοι: Για το σχεδιασμό πραγματοποιήθηκε «in silico» ανάλυση για να εντοπιστούν STRs στο συμπλέγμα των α-γονιδίων και να επιλεγούν μετά από έλεγχο αλληλομόρφων σε 100 εθελοντές εκείνα με ποσοστά ετεροζυγωτίας >85% στον ελληνικό και κυπριακό πληθυσμό. Για τα επιλεγμένα STRs σχεδιάστηκε και προτυποποιήθηκε πολλαπλό φθορίζον PCR. Η ευαισθησία και η αξιοπιστία του πρωτοκόλλου εκτιμήθηκε διαγιγνώσκοντας 100 μεμονωμένα λεμφοκύτταρα φορέων αΜΑ. Υπολογίστηκαν ανά STR, τα ποσοστά πολλαπλασιασμού της PCR και της αποτυχίας πολλαπλασιασμού του ενός αλληλομόρφου (ADO). Το τελικό πρωτόκολλο εφαρμόστηκε σε δύο περιστατικά ΠΓΔ με ιστορικό εμβρυϊκού ύδρωπα Hb Bart's. Στο 1ο εστάλησαν για διάγνωση 11 βλαστομερίδια με γονεϊκές μεταλλάξεις PolyA (HBA2:c.*+94A>G) και έλλειμμα a⁰-MEDI (NG_000006.1:g.24664_41064del116401) ενώ στο 2ο εστάλησαν 8 βλαστομερίδια με γονεϊκές μεταλλάξεις αAgr (HBA2:c.89T>C) και a⁰-MEDI.

Αποτελέσματα: Επελέγησαν τα STRs: 15xCA (μεταξύ HbM και HbA2), 17xAC (προς το τελομερικό άκρο του συμπλέγματος) και 20xAC (προς το κεντρομερικό άκρο του συμπλέγματος). Από τη γενετική διάγνωση των 100 μεμονωμένων λεμφοκυττάρων διαπιστώθηκε: επιτυχής πολλαπλασιασμός 92.5%, 95% και 97% και ADO 0%, 5.88% και 8.8% για τα 15xCA, 17xAC και 20xAC αντίστοιχα. Κατά τις κλινικές εφαρμογές, ο γονότυπος καθορίστηκε στα 17/18 βλαστομερίδια (94%) που παρελήφθησαν. Εγκυμοσύνη επετεύχθη στο 1ο περιστατικό και η ΠΓΔ επιβεβαιώθηκε με προγεννητικό έλεγχο.

Συμπεράσματα: Το πρωτόκολλο που αναπτύχθηκε προσφέρει αξιόπιστη ΠΓΔ για βαριές μορφές α-ΜΑ, με ευρεία εφαρμογή στους μεσογειακούς πληθυσμούς.

ΥΠΟΠΛΑΣΤΙΚΟ ΡΙΝΙΚΟ ΟΣΤΟ ΣΤΟ 2ο ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ DOWN. ΑΝΑΛΥΣΗ 6762 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ (ΕΑ 18)

Αθανασιάδης Α.^{1,2}, Ζαβλανός Α.^{1,2}, Γερεντέ Α.¹, Αρναούτογλου Χ.¹, Τσιάρτας Π., Τονακανιάν Α.¹, Τζεβελέκης Φ.¹, Ασημακόπουλος Ε.¹, Ταρλατζής Β.¹

¹Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου", ²Προγεννητική Διάγνωση Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογηθεί η σημασία της μέτρησης του μήκους του ρινικού οστού ως ανεξάρτητου δείκτη στην ανίχνευση εμβρύων με σύνδρομο Down κατά το 2ο τρίμηνο της κύησης.

Μέθοδοι: Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο, 2ου τριμήνου μεταξύ 16ης -24ης εβδομάδας της κύησης, αξιολογήθηκε το μήκος του ρινικού οστού, η παρουσία άλλων χρωματοσωματικών δεικτών και η παρουσία μείζονων συγγενών ανωμαλιών. Τα έμβρυα χωρίστηκαν στην ομάδα I, που είχαν υποπλαστικό ρινικό, σύμφωνα με τις καμπύλες ανάπτυξης της Cicero et al, και στην ομάδα II (ομάδα ελέγχου) εμβρύων που είχαν φυσιολογικό ρινικό οστό και υποβλήθηκαν σε αμνιοπαρακέντηση.

Αποτελέσματα: Από συνολικά 6762 υπερηχογραφικούς ελέγχους 2ου τριμήνου, το μήκος του ρινικού οστού κατέστη δυνατό να μετρηθεί στη μέση οβελιαία τομή σε 5836/6762 (86.3%) κυήσεις. Το ρινικό οστό ήταν μικρότερο της 5ης εκατοστιαίας θέσης σε 71/5836 (1.2%) κυήσεις (ομάδα I), εκ των οποίων σε αμνιοπαρακέντηση υποβλήθηκαν οι 44/71 (61,9%), ενώ στις υπόλοιπες ελήφθησαν τηλεφωνικά από τους γονείς, πληροφορίες για τον φαινότυπο του παιδιού. Από τα 71 έμβρυα με υποπλαστικό ρινικό οστό βρέθηκαν 5/71(7,1%) έμβρυα με σύνδρομο Down, ενώ τα υπόλοιπα 66/71(92,9%) είχαν φυσιολογικό καρυότυπο ή φαινότυπο. 4/5 έμβρυα με σύνδρομο Down είχαν τουλάχιστον ακόμα ένα δείκτη ή μείζονα ανατομική ανωμαλία. Στις γυναίκες της ομάδας II με ρινικό οστό εντός των φυσιολογικών ορίων, πραγματοποιήθηκαν 1175 αμνιοπαρακεντήσεις και βρέθηκαν 9/1175 (0,76%) έμβρυα με τρισωμία 21. Η ευαισθησία ανίχνευσης του συνδρόμου Down σε έμβρυα με υποπλαστικό ρινικό οστό ήταν 35.7%, εξειδίκευση 94.7% με 7,1% θετική προγνωστική αξία. Ο λόγος πιθανοτήτων (likelihood ratio) για σύνδρομο Down ήταν 6.6 φορές αυξημένος σε έμβρυα με υποπλαστικό ρινικό οστό, ενώ σε έμβρυα με φυσιολογικό ρινικό ήταν κατά 0.65 ελαττωμένος. Τέλος, παρατηρήθηκε σημαντικά στατιστική συσχέτιση (Fisher's exact test, $p < 0.05$) στον αριθμό των εμβρύων με τρισωμία 21 ανάμεσα στην ομάδα των γυναικών που κνοφορούσαν έμβρυα με υποπλαστικό ρινικό οστό (ομάδα I) και στην ομάδα των γυναικών με έμβρυα με φυσιολογικό ρινικό οστό (ομάδα II).

Συμπεράσματα: Η μέτρηση του ρινικού οστού αποτελεί βασικό δείκτη στην ανίχνευση του συνδρόμου Down για το σύνδρομο Down. Στη μελέτη μας παρατηρήθηκε σχετικά χαμηλή ευαισθησία, αλλά με πολύ υψηλή εξειδίκευση. Απαιτούνται μεγαλύτερες μελέτες για να καθοριστεί ο ακριβής ρόλος του μήκους ρινικού οστού στην ανίχνευση του συνδρόμου Down και για να δημιουργηθούν πεδία αναφοράς στον ελληνικό πληθυσμό κατά το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Λέξεις-κλειδιά: υποπλαστικό ρινικό οστό, χρωματοσωματικές ανωμαλίες, τρισωμία 21

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ RHD ΚΑΙ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΑΠΟ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΕΜΒΡΥΙΚΟ DNA (ΕΑ 19)

Κολιαλέξη Α.¹, Τούντα Γ.¹, Βρεττού Χ.¹, Παπαντωνίου Ν.², Αντσακλής Α.², Καναβάκης Ε.¹, Μαύρου Α.¹

¹ Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα ² Α' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Σημαντική πρόοδος στον μη επεμβατικό προγεννητικό έλεγχο (ΠΕ) σημειώθηκε με μελέτη ελεύθερου εμβρυϊκού DNA (cffDNA) που απομονώνεται από το πλάσμα εγκύων. Στη κλινική πράξη χρησιμοποιείται για ανίχνευση αλληλουχιών αποκλειστικά εμβρυϊκής προέλευσης στη μητρική κυκλοφορία. Επειδή το cffDNA αποτελεί το 10-15% του ολικού cfDNA παρουσιάζονται δυσκολίες στην ερμηνεία αρνητικών αποτελεσμάτων και απαιτείται επιβεβαίωση της παρουσίας εμβρυϊκού υλικού.

Σκοπός της μελέτης είναι η ανάπτυξη και κλινική αξιολόγηση αξιόπιστων μεθόδων μη επεμβατικού ΠΕ του RhD και του φύλου του εμβρύου το 1ο τρίμηνο της κύησης από cffDNA του πλάσματος εγκύου. Προσδιορισμός του RhD έγινε με ανίχνευση των εξονίων 7 και 10 του RhD, ενώ του φύλου με πολλαπλασιασμό αλληλουχιών των γονιδίων SRY και DYS14 του χρωμοσώματος Y. Η επιβεβαίωση παρουσίας cffDNA έγινε με ταυτόχρονο πολλαπλασιασμό αλληλουχιών του RASSF1A που παρουσιάζει διαφορετικό πρότυπο μεθυλίωσης μεταξύ μητέρας-εμβρύου.

Μετά τη προτύπωση των τεχνικών, για την κλινική αξιολόγηση, ελήφθησαν 7ml περιφερικού αίματος από 48 εγκύους 6-12 εβδομάδων (30 RhD αρνητικές και 18 υψηλού κινδύνου για φυλοσύνδετο νόσημα). Η απομόνωση cffDNA έγινε με εμπορικά διαθέσιμο σύστημα. Ακολούθησε πέψη με ενδονουκλεάση ευαίσθητη στη μεθυλίωση για απομάκρυνση των μη μεθυλιωμένων μητρικών αλληλουχιών του RASSF1A και πολλαπλό PCR των υπό μελέτη αλληλουχιών.

Το RhD του εμβρύου διαγνώστηκε επιτυχώς σε 29/30 δείγματα ενώ ο προσδιορισμός του φύλου ήταν επιτυχής σε όλες τις περιπτώσεις. Μη επεμβατικός ΠΕ του RhD και του φύλου του εμβρύου είναι εφικτός από την 6η εβδομάδα της κύησης και δίνει τη δυνατότητα περιορισμού της χορήγησης RhD ανοσοπροφύλαξης και ελάττωσης των ΠΕ για φυλοσύνδετα νοσήματα.

ΔΙΕΥΡΥΜΕΝΟΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΧΡΩΜΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΜΕ ΤΗ ΜΟΡΙΑΚΗ ΜΕΘΟΔΟ MLPA ΣΕ 860 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ: Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΧΡΩΜΟΣΩΜΑΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ (ΕΑ 20)

Χριστοπούλου Γ., Τσεβά Θ., Χριστοπούλου Σ., Ντόνοχιου Ζ., Καρκαλέτση Μ., Μανίσαλη Ε., Σπρινγκ Α., Βελισσαρίου Β.

Γενική, Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική "ΜΗΤΕΡΑ"

Περιγράφεται η εφαρμογή της μοριακής μεθόδου της πολλαπλής ενίσχυσης ανιχνευτών εξαρτώμενη από την αντίδραση λιγάσης (MLPA: multiplex ligation-dependent probe amplification) στην προγεννητική διάγνωση με την οποία είναι δυνατό να ανιχνευθούν μικρές χρωμοσωματικές ανωμαλίες στο έμβρυο με κλινική σημασία, όπως μικροελλείμματα και μικροδιπλασιασμοί, οι οποίες δεν είναι δυνατό να διαγνωσθούν με το συμβατικό καρυότυπο (σύνδρομα DiGeorge, Prader-Willi, Williams κ.ά.). Με την εφαρμογή της μεθόδου MLPA έχει διευρυνθεί σημαντικά η διαγνωστική ικανότητα του προγεννητικού ελέγχου, όσον αφορά στα χρωμοσωματικά σύνδρομα και παράλληλα έχει αποτελέσει πολύτιμο διαγνωστικό εργαλείο για την εκτίμηση της κλινικής σημασίας κάποιων κυτταρογενετικών ευρημάτων. Καταγράφεται η εμπειρία του εργαστηρίου μας τα τελευταία τεσσεράμισι έτη σε 860 περιστατικά και παρουσιάζονται περιπτώσεις στις οποίες η εφαρμογή της μεθόδου, λόγω ευρημάτων κατά τον κυτταρογενετικό έλεγχο, συνετέλεσε στην ασφαλέστερη διάγνωση.

ΠΡΟΕΜΦΥΤΕΥΤΙΚΗ ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΜΒΡΥΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΔΕΙΞΗ ΑΠΟΒΟΛΩΝ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΩΝ ΑΠΟΤΥΧΗΜΕΝΩΝ ΚΥΚΛΩΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ (ΕΑ 21)

Χατζημελετίου Κ.¹, Κολυμπιανάκης Σ.¹, Πάντος Γ.¹, Γκριμπίζης Γ.¹, Μπίλη Ε.¹, Πράπας Ν.², Πράπας Γ.², Παπανικολάου Β.³, Ζερβακάκου Ρ.³, Ταρλατζής Β.¹

¹Μονάδα Ανθρώπινης Αναπαραγωγής, Α'Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Α.Π.Θ. Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, ²Ιάκεντρο, Μονάδα Ανθρώπινης Αναπαραγωγής, Θεσσαλονίκη, ³Βιογένεσις, Μονάδα Ανθρώπινης Αναπαραγωγής, Θεσσαλονίκη.

Εισαγωγή-Σκοπός: Η δημιουργία βελτιωμένων θρεπτικών υλικών, έχει αυξήσει σημαντικά τα ποσοστά εγκυμοσύνης μετά από εκτενή καλλιέργεια και εμβρυομεταφορά στο στάδιο της βλαστοκύστης. Εντούτοις, ένα μεγάλο ποσοστό των εμβρύων εξακολουθεί να αποτυγχάνει να εμφυτευτεί ή καταλήγει σε αποβολή. Μια πιθανή αιτία είναι η υψηλή συχνότητα των χρωμοσωμικών ανωμαλιών λόγω μειωτικών ή μεταζυγωτικών λαθών. Στη μελέτη αυτή έμβρυα υποβλήθηκαν σε βιοψία και προεμφυτευτική διάγνωση την ημέρα 3 μετά τη γονιμοποίηση, ώστε να επιλεγούν τα φυσιολογικά έμβρυα προς μεταφορά στη μήτρα, και τα έμβρυα που απορρίφθηκαν μετααναλύθηκαν για να επιβεβαιωθεί το αποτέλεσμα της προεμφυτευτικής γενετικής ανάλυσης και να διερευνηθεί αν η ανωμαλία αντικατοπτρίζεται ομοιόμορφα σε όλα τα κύτταρα του εμβρύου.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκαν 45 κύκλοι προεμφυτευτικής γενετικής ανάλυσης για ανευπλοειδίες σε ζευγάρια με φυσιολογικό καρυότυπο. Τα μονά βλαστομερίδια που απομονώθηκαν κατά τη βιοψία και ολόκληρα τα έμβρυα που απορρίφθηκαν προς εμβρυομεταφορά και δεν εκφυλίστηκαν μονιμοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας 0.01 N HCL, 0.1% Tween-20 και αναλύθηκαν με τη μέθοδο FISH σε 2 διαδοχικούς υβριδισμούς, χρησιμοποιώντας ανιχνευτές για τα χρωμοσώματα X, Y, 13, 15, 16, 18, 21, 22.

Αποτελέσματα: Συλλέχθηκαν 528 ώρια εκ των οποίων 398 ήταν ώριμα (MII) και 315 γονιμοποιήθηκαν φυσιολογικά (2pn). Φυσιολογική ανάπτυξη παρουσίαζαν 259 έμβρυα τα οποία υποβλήθηκαν σε βιοψία. Ανάλυση ήταν εφικτή σε 247 έμβρυα, εκ των οποίων τα 86 ήταν φυσιολογικά ενώ 161 παρουσίαζαν χρωμοσωμικές ανωμαλίες. 59/86 φυσιολογικά έμβρυα μεταφέρθηκαν στη μήτρα σε 35 κύκλους εμβρυομεταφορών, 17/35 (48.6%) είχαν +ve hCG και 13/35 (37.1%) εξελίχθηκαν σε κλινικές εγκυμοσύνες. Ένα περιστατικό δεν προχώρησε σε εμβρυομεταφορά λόγω χαμηλού ενδομητρίου και τα φυσιολογικά έμβρυα κρυοσυντηρήθηκαν, ενώ οι υπόλοιποι 9 κύκλοι δέν είχαν κανένα φυσιολογικό έμβρυο για μεταφορά. Η μοριακή κυτταρογενετική μετα-ανάλυση των απορριφθέντων, μη εκφυλισμένων εμβρύων (n=150), επιβεβαίωσε τις χρωμοσωμικές ανωμαλίες και αποκάλυψε ότι η πλειονότητα ήταν ομοιόμορφα ανευπλοειδή (72/150; 48%) λόγω μειωτικών λαθών, ακολουθούμενα από τα μωσαϊκά (>50% ανώμαλα κύτταρα-41/150; 27.3%) (<50% ανώμαλα κύτταρα- 17/150; 11.3%), τα χαστικά (16/150; 10.7%) και τα περίπλοκα πολυπλοειδή (4/150 2.7%). Ο μωσαϊκισμός οφειλόταν σε ένα μείγμα από ανευπλοειδή, τετραπλοειδή, χαστικά και πολυπλοειδή κύτταρα. Οι μηχανισμοί που οδήγησαν στις μεταζυγωτικές χρωμοσωμικές ανωμαλίες, όπως τεκμηριώθηκαν από τα μοτίβα υβριδοποίησης ήταν ο ανώμαλος διαχωρισμός (3:1), η απώλεια χρωμοσωμάτων και η δημιουργία μικροσπυρήνων. Σφάλματα στην κυτταροπλασματική διαίρεση ήταν υπεύθυνα για τη δημιουργία πολυπύρηνων κυττάρων και πολυπλοειδίων.

Συμπεράσματα: Η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση αποφεύγει τη μεταφορά ανώμαλων εμβρύων στη μήτρα. Σε συνδυασμό με τη μετα-ανάλυση όλων των κυττάρων των εμβρύων προσφέρει μια σφαιρική εικόνα της χρωμοσωμικής τους κατάστασης και βοηθά στην κατανόηση των αιτιών υπογονιμότητας και στη σωστότερη συμβουλευτική καθοδήγηση του ζευγαριού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΤΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ ΙΑΣΩ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 2000-2010 (ΕΑ 22)

Κωνσταντίνου Δ., Κλαυδιανού Μ., Μπαρμπάκος Σ., Μοίρα Π., Στίγκα Α., Τραγόμαλου Ε.,
Σαγεώρη Α., Δημητρίου Κ.

Μαιευτήριο ΙΑΣΩ - Αθήνα

Σκοπός εργασίας: Η αποτύπωση των αποτελεσμάτων λειτουργίας μιας μεγάλης ΜΕΝΝ ιδιωτικού μαιευτηρίου στον ελληνικό χώρο για την εκτίμηση της ποιότητας της παρεχόμενης εντατικής νοσηλείας νεογνών κατά την τελευταία δεκαετία.

Υλικό - Μέθοδος: Η συλλογή των στοιχείων έγινε από την μηχανογραφική υπηρεσία, τα αρχεία της ΜΕΝΝ και των κεντρικών εργαστηρίων του Μαιευτηρίου.

Αποτελέσματα: Ο συνολικός αριθμός των γεννήσεων κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 2000-2010 κυμάνθηκε από 12.534 έως 15.336 ετησίως με προοδευτική αύξηση του αριθμού των νεογνών από πολύδυμες κήσεις (δίδυμα από 5,5% σε 8% και τρίδυμα από 0,28% σε 0,36% το 2000 και το 2010 αντίστοιχα). Τα κάτω από 1500 γρ νεογνά από 0,70% που ήταν πριν το 2000 διπλασιάστηκαν (1,40%) κατά την τελευταία δεκαετία, όπως και τα κάτω από 2500 γρ που από 5,5% έφθασαν στο 11,4% κατά το ίδιο διάστημα. Μεγάλη μείωση παρουσιάστηκε στον απόλυτο αριθμό μεταφορών νεογνών από το ΙΑΣΩ προς κρατικά νοσοκομεία, από το 2004 και μετά, που τα έξοδα νοσηλείας πληρώνονταν από τα ασφαλιστικά τους ταμεία. Για να καλυφθούν οι αυξημένες ανάγκες νοσηλείας της μονάδας (100 νεογνά την ημέρα), έγινε δύο φορές αύξηση των κλινών της ΜΕΝΝ από 60 πριν το 2005, στις 112 το 2009.

Ο αριθμός των ≤ 30 εβδ νοσηλευθέντων προώρων αυξήθηκε σημαντικά μετά το 2005 (από 50 σε 130 κατ' έτος) καθώς και η επιβίωσή τους (ΕΒ) που κατά το 2009 έφθασε το 94%.

Πίνακας 1. Επιβίωση ανάλογα με την ΗΚ (2008-2010)

ΗΚ (εβδ)	Επιβίωση %
23	21
24	40
25	62
26	79
27	87
28	89

Πίνακας 2. Η βελτίωση της Επιβίωσης νεογνών ΗΚ 24-26 εβδ

Χρον.Περίοδος	Επιβίωση%
2000-2003	38
2004-2007	41
2008-2010	73

Χειρουργικές επεμβάσεις που έγιναν την τελευταία διετία 2009-2010: 145 σε 126 νεογνά - επέζησαν όλα εκτός από δύο που χάθηκαν από αιτίες άσχετες με το είδος και τον χρόνο της χειρουργικής επέμβασης. Κύριες αιτίες θανάτου των προώρων ήταν: αδυναμία ανταπόκρισης στην παρεχόμενη εντατική νοσηλεία, περικοιλιακή ασφυξία, ενδοκοιλιακή αιμορραγία, πνευμονική αιμορραγία, συγγενείς και χρωμοσωμικές ανωμαλίες, περιγεννητικές και ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, βαριά παραμονή εμβρυϊκής κυκλοφορίας και άλλα. Η περιγεννητική θνησιμότητα στο ΙΑΣΩ το 2010 ήταν 5.73 ο/οο ενώ η νεογνική θνησιμότητα κατά το ίδιο έτος ήταν 1.4 %.

Αναλυτικά τα παραπάνω αποτελέσματα δημοσιεύονται στο ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ της ΜΕΝΝ του ΙΑΣΩ που κυκλοφόρησε το 2011

ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ ΚΛΟΘΟ ΣΤΟ ΠΛΑΣΜΑ ΠΡΟΩΡΩΝ ΚΑΙ ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΝ 1ο ΜΗΝΑ ΖΩΗΣ (ΕΑ 23)

Γαρατζιώτη Μ., Λαζαροπούλου Χ., Κουρλαμπά Γ., Σκιαθίτου Α.-Β., Παπασωτηρίου Ι., Σιαχανίδου Τ.
Μονάδα Νεογνών Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών & Βιοχημικό Τμήμα Νοσοκομείου Παίδων «Αγία Σοφία»

Εισαγωγή: Σε πειραματόζωα και ενήλικες, η πρωτεΐνη Klotho ρυθμίζει την ομοιοστασία ασβεστίου και φωσφόρου, προστατεύει από οξειδωτικό stress και πιθανόν συμμετέχει σε μηχανισμούς αντίστασης στην ινσουλίνη. Ο ρόλος της στα νεογνά δεν είναι γνωστός.

Σκοπός: Να μελετηθούν τα επίπεδα της Klotho σε νεογνά, η πιθανή μεταβολή τους κατά τον 1ο μήνα ζωής, και η συσχέτισή τους με παραμέτρους μεταβολισμού, αύξησης, και οξειδωτικού stress.

Μέθοδοι: Προσδιορίστηκαν με Elisa τα επίπεδα της Klotho στο πλάσμα 50 υγιών νεογνών (25 προώρων και 25 τελειομήνων) κατά τη 14η και 28η ημέρα ζωής. Μελετήθηκε η συσχέτιση των επιπέδων Klotho με τη συγκέντρωση ασβεστίου, φωσφόρου, 1,25-υδροξυ-βιταμίνης D, παραθορμόνης, γλυκόζης και ινσουλίνης ορού, το δείκτη αντίστασης στην ινσουλίνη (HOMA-IR), τα σωματομετρικά των νεογνών, και δείκτες οξειδωτικού stress (MDA και SOD ορού).

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα της Klotho ήταν σημαντικά υψηλότερα στα τελειομήνα συγκριτικά με τα πρόωρα νεογνά κατά τη 14η (1099 ± 480 και 884 ± 239 pg/mL, αντίστοιχα) και 28η ημέρα ζωής (1277 ± 444 και 983 ± 264 pg/mL, αντίστοιχα). Η διαφορά των επιπέδων Klotho μεταξύ 14ης και 28ης ημέρας ζωής ήταν σημαντική στα πρόωρα και στα τελειομήνα. Στο σύνολο των νεογνών της μελέτης, τα επίπεδα Klotho συσχετίστηκαν θετικά με το βάρος και το μήκος σώματος, τα επίπεδα 1,25-υδροξυ-βιταμίνης D και MDA ορού, ενώ δεν διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση με τη συγκέντρωση γλυκόζης, ινσουλίνης και το δείκτη HOMA-IR.

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα της Klotho αυξάνουν κατά τη διάρκεια του 1ου μήνα ζωής και είναι υψηλότερα σε τελειομήνα συγκριτικά με πρόωρα νεογνά. Στη νεογνική ηλικία, η Klotho πιθανόν έχει ρόλο στο μεταβολισμό της βιταμίνης D, στο οξειδωτικό stress, και στη σωματική αύξηση.

Η ΚΑΦΕΪΝΗ ΚΑΙ Η ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΚΕΝΩΣΗ ΣΕ ΠΧΒΓ ΝΕΟΓΝΑ (ΕΑ 24)

Κωνσταντινίδου Κ., Κώσταλος Χ., Βαρχαλαμά Ε., Κόκκορη Φ., Τσαντίλα Κ., Αντωνογεώργος Γ., Λαμπαδαρίδης Ι., Γούναρης Α.

Νεογνολογική Κλινική-MEN, Τμήμα Υπερήχων. Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Παντελεήμων»- Νίκαια

Τα τελευταία χρόνια έχει βρεθεί ότι η καφεΐνη έχει πολλαπλές γενικότερες θετικές επιδράσεις στα ΠΧΒΓ νεογνά. Σκοπός της εργασίας μας ήταν να ερευνήσουμε αν η χρήση της καφεΐνης επηρεάζει την κινητικότητα του στομάχου.

Μέθοδος: Η εργασία μας ήταν μια τυχαιοποιημένη μερικώς τυφλή έρευνα στην οποία χρησιμοποιήθηκε ο σχεδιασμός cross over. Σε κάθε ένα από τα 22 νεογνά, που είχαν μέσο ΒΓ (SD) 1077γρ (229) και μέση ΗΚ (SD) 28.6εβδ (2.1), μετρήθηκε η γαστρική κένωση, όπως αυτή εκφράζεται από την μεταβολή στους υπερήχους του ACSA, δύο φορές. Όταν στα νεογνά χορηγήτο καφεΐνη (ομάδα Α) και όταν δεν τους χορηγήτο (ομάδα Β). Τα νεογνά χωρίστηκαν και σε 2 υποομάδες, στα νεογνά με ΒΓ < 1000γρ και με ΒΓ 1000-1500γρ. Αξιολογήθηκαν οι επιπλοκές από το πεπτικό κατά την διάρκεια της διαδικασίας.

Αποτελέσματα: Η διαφορά που βρέθηκε στην μέση ACSA, μεταξύ των ομάδων Α (καφεΐνη) και Β (41.7/31.5 λεπτά), δεν ήταν στατιστικά σημαντική (P=0.065). Οι επιπλοκές από το πεπτικό κατά την χορήγηση καφεΐνης ήταν περισσότερες στην ομάδα της καφεΐνης από την ομάδα Β (P=0.09). Στην υποομάδα των νεογνών με ΒΓ 1000-1500γρ ο χρόνος γαστρικής κένωσης ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος κατά την χορήγηση καφεΐνης (53.1/32.6 λεπτά, P=0.005).

Συμπεράσματα: Η επίδραση της καφεΐνης στην κένωση του στομάχου στα μεγαλύτερα από τα νεογνά ΠΧΒΓ της ερευνάς μας, πιθανά να σχετίζεται με τον βαθμό ωριμότητας του νευρομυϊκού συστήματος του πεπτικού.

Ο ΠΙΘΑΝΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΔΟΥ ΤΩΝ ΛΕΚΤΙΝΩΝ ΤΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΩΝ ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΑΥΞΗΣΗ (ΕΑ 25)

Μπριάνα Δ.¹, Διόση Σ.¹, Γουργιώτης Δ.², Μπούτσιου Μ.¹, Μπάκα Σ.¹, Μαρμαρινός Α.², Χασιάκος Δ.¹, Μαλαμίτση-Πούχγεο Α.¹

¹Νεογνολογικό Τμήμα, Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ²Ερευνητικά Εργαστήρια, Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

Σκοπός: Διερεύνηση του πιθανού ρόλου της οδού των λεκτινών του συμπληρώματος [λεκτίνης συνδέουσας τη μαννόζη (mannose-binding lectin, MBL), H-ficolin και L-ficolin] στο ανοσοποιητικό σύστημα των νεογνών με ενδομήτρια υπολειπόμενη αύξηση (ΕΥΑ), μέσω προσδιορισμού των επιπέδων ομφαλίου λώρου των MBL, H-ficolin και L-ficolin σε νεογνά με ΕΥΑ και κανονικό βάρος γέννησης για την ηλικία κύησης (ΚΒΓ). Επιπλέον, σκοπός της μελέτης ήταν η περιγραφή πιθανών συσχετίσεων των παραπάνω επιπέδων μεταξύ τους, καθώς και με πολυάριθμες δημογραφικές παραμέτρους των νεογνών στη γέννηση.

Υλικά και μέθοδος: Προσδιορισμός με ανοσοενζυμική μέθοδο των συγκεντρώσεων MBL, H- και L-ficolin σε 154 δείγματα ορού ομφαλίου λώρου (μικτό αρτηριοφλεβικό αίμα) από μονόδυμα τελειόμηνα νεογνά με ΕΥΑ (n=50) και ΚΒΓ (n=104).

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα ορού MBL στον ομφάλιο λώρο βρέθηκαν ελαττωμένα στην ομάδα με ΕΥΑ, σε σύγκριση με την ομάδα με ΚΒΓ (p=0.029). Αντίθετα, δε διαπιστώθηκαν διαφορές στα επίπεδα ομφαλίου λώρου H- και L-ficolin μεταξύ των δύο ομάδων. Η επίδραση της ηλικίας της μητέρας, του αριθμού προηγηθεισών κύησεων, της ηλικίας κύησης, της προτυποποιημένης εκατοστιαίας θέσης, του βάρους γέννησης και του φύλου στα επίπεδα ομφαλίου λώρου MBL, H- και L-ficolin δεν ήταν σημαντική. Στην ομάδα με ΕΥΑ, τα επίπεδα MBL ομφαλίου λώρου συσχετίστηκαν αρνητικά με τα αντίστοιχα επίπεδα L-ficolin (r=-0.442, p=0.001).

Συμπεράσματα: Τα σχετικά ελαττωμένα επίπεδα MBL στα έμβρυα με ΕΥΑ πιθανώς αντιπροσωπεύουν έναν επιπλέον μηχανισμό, μέσω του οποίου η ΕΥΑ προδιαθέτει σε αυξημένη ευπάθεια στην ανάπτυξη λοιμώξεων. Η αρνητική συσχέτιση μεταξύ επιπέδων MBL και L-ficolin στην ομάδα με ΕΥΑ ενδέχεται να υποδηλώνει μια υποκειμένη ανοσολογική διαταραχή και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΤΤΙΚΟΝ»: ΕΝΑΣ ΦΙΛΙΚΟΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΒΡΕΦΗ ΔΡΟΜΟΣ (ΕΑ)

Μέξη Π., Νύκταρη Γ., Δασκαλάκη Α., Τσεκούρα Ε., Καψαμπέλη Ε., Σίδηρη Β., Μπουρνάς Ν., Μπούρας Γ., Τασιοπούλου Ι., Κύρκου Ι., Κασσάνος Δ., Νικολαΐδου - Καρπαθίου Π.

Γ' Παιδιατρική και Γ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) και η UNICEF, αναγνωρίζοντας τη σημασία του μητρικού θηλασμού (ΜΘ) για τη δημόσια υγεία, ανέλαβαν την πρωτοβουλία της δημιουργίας φιλικών προς τα βρέφη νοσοκομείων (ΦΒΝ) για την προαγωγή, υποστήριξη και προώθηση του ΜΘ. Τα ΦΒΝ εφαρμόζουν τα δέκα βήματα για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό της ΠΟΥ και της UNICEF και τον κώδικα εμπορίας των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος.

Η διαδικασία αξιολόγησης ενός νοσοκομείου ορίζεται από την ΠΟΥ και UNICEF. Στο νοσοκομείο μας η εφαρμογή της είχε τους παρακάτω σταθμούς:

3/2004: Έναρξη λειτουργίας του μαιευτηρίου και εφαρμογή των περισσότερων από τα δέκα βήματα.

5/2007: Δημιουργία πενταήμερου σεμιναρίου μητρικού θηλασμού για επαγγελματίες υγείας.

7/2007: Η πρώτη γραπτή πολιτική για το μητρικό θηλασμό σε Ελληνικό Μαιευτήριο

2/2009: Μετεκλήθη από το εξωτερικό ειδικός στην ανάπτυξη φιλικών για τα βρέφη νοσοκομείων (κ. Genevieve Becker, coordinator BFHI της ΠΟΥ) και ξεκίνησε η διαδικασία αυτοαξιολόγησης, ώστε το Νοσοκομείο «Αττικόν» να γίνει το πρώτο φιλικό για τα βρέφη νοσοκομείο στην Ελλάδα και να αποτελέσει τον πιλότο και για άλλα νοσοκομεία στη χώρα μας. 6/2001 Ομάδα αξιολογητών πραγματοποίησε την εξωτερική αξιολόγηση που θα ολοκληρωθεί τον 9/2011

Τα αποτελέσματα της εφαρμογής των οδηγιών της των ΠΟΥ/ UNICEF στην έναρξη και τη διάρκεια του θηλασμού και του αποκλειστικού θηλασμού στο νοσοκομείο φαίνονται στον παρακάτω πίνακα, όπου επίσης γίνεται σύγκριση με ταυτόχρονες δημοσιευμένες έρευνες.

	2005	2011	1*	2*
Μητρικός θηλασμός (έναρξη)	85	96	85	
Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός (έναρξη)	65			
Μητρικός θηλασμός (6ος μήνας)	31		17	
Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός (6ος μήνας)	17		12	

*Πηγή ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Κατά τη μελέτη του συνόλου των γεννήσεων το 2005 διαπιστώθηκε ότι η έναρξη του αποκλειστικού ΜΘ και η διάρκειά του ΜΘ ήταν πολύ μεγαλύτερες από τις αναφερόμενες τον ίδιο καιρό στην υπόλοιπη Ελλάδα. Η αύξηση της έναρξης του ΜΘ κατά το 2011 όχι μόνο είναι στατιστικά σημαντική, αλλά δείχνει και την συνεχή προσπάθεια βελτίωσης που καταβάλλεται.

¹ Theofilogiannakou M, Skouroliakou M, Gounaris A et al. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2006;43:

16^ο
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
21-23 Οκτωβρίου 2011

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ORAL-POSTER

(0)P01-(0)P25

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΠΡΟΕΜΦΥΤΕΥΤΙΚΗΣ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ ΗΛΑ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕΜΟΝΟΓΟΝΙΔΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥ-ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ (O-01)

Κάκουρου Γ., Δεστούνη Α., Βρεττού Χ., Traeger-Συνοδινού J., Καναβάκης Ε.

Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Χωρέμειο Ερευνητικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Σκοπός εργασίας: Ανάπτυξη πρωτοκόλλου προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης (ΠΓΔ) για τυποποίηση ΗΛΑ παράλληλα με γενετική διάγνωση νοσημάτων του αιματολογικού-ανοσοποιητικού συστήματος όπως β-μεσογειακή αναιμία (β-ΜΑ), Diamond-Blackfan (DBA), χρόνια κοκκιωματώδης νόσος (ΧΚΝ), για απόκτηση υγιούς, αδελφού δότη με στόχο θεραπεία πάσχοντος παιδιού στην οικογένεια.

Υλικό και μέθοδοι: Επτά ζευγάρια ζήτησαν ΠΓΔ για συμβατό αδελφό-δότη (5 είχαν παιδί με β-ΜΑ, 1 με DBA και 1 με ΧΚΝ). Κατά τον σχεδιασμό επελέγησαν 18 πολυμορφικές αλληλουχίες (short tandem repeats, STRs) ομοιόμορφα κατανομημένες κατά μήκος του συστήματος ΗΛΑ. Παράλληλα, για κάθε νόσημα, σχεδιάστηκε πρωτόκολλο ΠΓΔ για άμεση και έμμεση ανίχνευση της υπεύθυνης μετάλλαξης. Για τη β-ΜΑ χρησιμοποιήθηκε το ήδη υπάρχον πρωτόκολλο (ανίχνευση >95% μεταλλάξεων στην Ελλάδα). Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας αναπτύχθηκε πρωτότυπη πολλαπλή φθορίζουσα PCR με σταδιακά μειούμενη θερμοκρασία υβριδοποίησης ανά κύκλο, που επιτρέπει πολλαπλασιασμό, ταυτόχρονα, οποιουδήποτε συνδυασμού από τους παραπάνω γενετικούς τόπους (one-step single-tube multiplex fluorescent touchdown PCR). Το πρωτόκολλο εκτιμήθηκε ελέγχοντας μεμονωμένα λεμφοκύτταρα ετεροζυγωτών στα STRs, ώστε να υπολογιστούν τα ποσοστά πολλαπλασιασμού της PCR και του φαινομένου αποτυχίας πολλαπλασιασμού από το ένα αλληλόμορφο (ADO), ανά γενετικό τόπο.

Αποτελέσματα: Η επιτυχία πολλαπλασιασμού, ανά γενετικό τόπο, κατά τη γενετική διάγνωση μεμονωμένων λεμφοκυττάρων, ήταν 97.6-100% και το ADO 0-6.2%. Κλινική εφαρμογή έγινε σε ένα περιστατικό β-ΜΑ. Εστάλησαν 15 βλαστομερίδια, διαγνώστηκαν για β-ΜΑ τα 13/15 και ΗΛΑ τυποποίηση έγινε στα 15/15.

Συμπεράσματα: Το πρωτόκολλο «one-step single-tube multiplex fluorescent touchdown PCR» που αναπτύξαμε πλεονεκτεί των πρωτοκόλλων που έχουν εφαρμοστεί διότι εφαρμόζεται σε κάθε περιστατικό χωρίς ειδική προετοιμασία, απαιτεί μία μόνο αντίδραση PCR δίνοντας με χαμηλότερο κόστος, γρηγορότερα, αξιόπιστα αποτελέσματα.

ΕΛΑΤΤΩΜΕΝΗ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ ΤΗΣ ANNEXIN V ΣΕ ΠΛΑΚΟΥΝΤΕΣ ΚΥΗΣΕΩΝ ΜΕ ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑ (O-02)

Γκούρβας Β.¹, Σουλιτζής Ν.¹, Δάλπα Ε.¹, Κούκουρα Ο.², Κουτρουλάκης Δ.², Κωνσταντινίδου Α.³, Σπαντίδος Δ.Α.¹, Σηφάκης Σ.²

¹Εργαστήριο Κλινικής Ιολογίας Παν/μίου Κρήτης, ²Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν/μίου Κρήτης

³Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Παν/μίου Αθηνών

Σκοπός: Η annexin V είναι πρωτεΐνη με αντιθρομβωτικές ιδιότητες, η οποία εκφράζεται στον πλακουντιακό ιστό, κατέχοντας σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της ομαλής κυκλοφορίας του αίματος. Η προεκκλαμψία αποτελεί σοβαρή επιπλοκή της κύησης, η οποία σχετίζεται με σημαντικές δυσμενείς επιπτώσεις τόσο στη μητέρα όσο και στο έμβryo. Χαρακτηριστικό του πλακούντα εγκύων με προεκκλαμψία είναι η αυξημένη εμφάνιση θρόμβων. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η μελέτη των επιπέδων έκφρασης της πρωτεΐνης της annexin V στον πλακουντιακό ιστό κυήσεων με προεκκλαμψία.

Υλικά και μέθοδος: Συλλέχθηκαν 23 πλακούντες από κυήσεις που εμφάνισαν προεκκλαμψία και 34 πλακούντες από φυσιολογικές κυήσεις. Η έκφραση της annexin V μετρήθηκε σε επίπεδο πρωτεΐνης τόσο με Western Blot όσο και με ανοσοϊστοχημεία. Το γονίδιο της β-ακτίνης χρησιμοποιήθηκε ως εσωτερικός μάρτυρας.

Αποτελέσματα: Η πρωτεΐνη της annexin V υποεκφράζεται σε 13/23 (57%) πλακούντες που προέρχονται από κυήσεις με προεκκλαμψία, συγκριτικά με την έκφρασή της στους πλακούντες που προέρχονται από φυσιολογικές κυήσεις, με μέσο όρο επιπέδων έκφρασης το 68% της έκφρασης των φυσιολογικών δειγμάτων ($p=0.018$). Περαιτέρω στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι η έκφραση της πρωτεΐνης της annexin V στα δείγματα της προεκκλαμψίας είναι μειωμένη στις μη-καπνίστριες (12/23 δείγματα) σε σχέση με τις καπνίστριες (11/23 δείγματα) (0.51 ± 0.12 vs. 0.84 ± 0.09 , $p=0.019$). Υπάρχει επίσης συσχέτιση της έκφρασης της annexin V με τη διάρκεια της κύησης καθώς και με το βάρος του νεογνού.

Συμπεράσματα: Η μειωμένη πλακουντιακή έκφραση της annexin V μπορεί να σχετίζεται με την αυξημένη εμφάνιση θρόμβων στους πλακούντες εγκύων γυναικών με προεκκλαμψία. Η ύπαρξη ωστόσο δειγμάτων και με φυσιολογική έκφραση της annexin V ίσως εξηγείται από το γεγονός ότι οι γυναίκες αυτές ήταν στην πλειοψηφία τους καπνίστριες. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται οι οποίες: α) θα επιβεβαιώσουν τα παραπάνω ευρήματα β) θα δείξουν εάν η διαταραχή αυτή αποτελεί πρωτοπαθή αιτία θρομβώσεων στον πλακούντα ή επιμέρους εκδήλωση άλλων υποκείμενων μηχανισμών γ) θα διερευνήσουν εάν ο προσδιορισμός των επιπέδων της annexin V στη μητρική κυκλοφορία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προβλεπτικός δείκτης εμφάνισης της νόσου ή της βαρύτητάς της ή ακόμη ως δείκτης πρόωμης διάγνωσης.

ΔΙΑΜΕΣΕΣ ΤΙΜΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΔΙΟΡΘΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΔΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΣΤΟ 1ο ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ (O-03)

Ρίζος Δ.¹ Ελευθεριάδης Μ.², Χαλιάσος Α.³, Ρίζου Μ.³, Αραβαντινός Δ.⁴, Χασιάκος Δ.⁴, Μπότσης Δ.⁴

¹ Ορμονολογικό Εργαστήριο Β' Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα ² "Embryo Care", Κέντρο Ιατρικής του Εμβρύου, Αθήνα ³ "Diamedica SA", Εργαστήριο Εργαστηριακής Ιατρικής, Αθήνα ⁴ Β' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Στα προγράμματα πληθυσμιακού προγεννητικού ελέγχου για χρωμοσωμικές ανωμαλίες του εμβρύου στο 1ο τρίμηνο της κύησης με βάση την αυχενική διαφάνεια (NT) την ελεύθερη β υπομονάδα της χοριακής γοναδοτροπίνης (Fb-hCG) και την σχετιζόμενη με την κύηση πρωτεΐνη Α του πλακούντα (PAPP-A), οι συγκεντρώσεις των δεικτών μετατρέπονται σε πολλαπλάσια της διάμεσης τιμής (MoMs) και στη συνέχεια τα MoMs διορθώνονται για μια σειρά παραγόντες όπως το σωματικό βάρος της γυναίκας. Αποτελεί καθιερωμένη πρακτική και επιβάλλεται να υπολογίζονται οι διάμεσες τιμές των δεικτών με την ηλικία κύησης για τον πληθυσμό που κάθε κέντρο εξυπηρετεί.

Ασθενείς και Μέθοδος: Σε 2840 γυναίκες που έκαναν προγεννητικό έλεγχο στο 1ο τρίμηνο της κύησης (11,0-14,57 εβδομάδες), και γέννησαν νεογνά χωρίς χρωμοσωμικές ανωμαλίες υπολογίσαμε τις διάμεσες τιμές (medians) της Fb-hCG και του PAPP-A σε συνάρτηση με την ηλικία κύησης. Οι μετρήσεις έγιναν με τον αναλυτή Kryptor της εταιρείας BRAHMS GmbH, Berlin, Germany. Στη συνέχεια υπολογίσαμε τους συντελεστές διόρθωσης των MoMs σε σχέση με το βάρος σώματος, το κάπνισμα, και τον τρόπο σύλληψης.

Αποτελέσματα: Η εξίσωση που περιγράφει τη σχέση της Fb-hCG και του PAPP-A με την ηλικία κύησης (σε ημέρες) είναι:

$$\text{Median Fb-hCG} = 616,4 * \text{EXP}(-0,0319 * \text{Day})$$

$$\text{Median PAPP-A} = 0,0217 * \text{EXP}(0,057 * \text{Day})$$

Χρησιμοποιήσαμε τις παραπάνω εξισώσεις για να υπολογίσουμε τα MoMs της Fb-hCG και του PAPP-A. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των MoMs της Fb-hCG και του PAPP-A με το βάρος σώματος και το κάπνισμα και υπολογίστηκαν οι αντίστοιχοι συντελεστές διόρθωσης.

Συμπέρασμα: Ο υπολογισμός των διαμέσων τιμών και των συντελεστών διόρθωσης των βιοχημικών δεικτών Fb-hCG και PAPP-A στο 1ο τρίμηνο της κύησης για τον πληθυσμό που κάθε κέντρο προγεννητικού ελέγχου εξυπηρετεί, είναι απαραίτητο να γίνεται προκειμένου να βελτιώσει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων του.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΝΤΙΠΟΝΕΚΤΙΝΗΣ, IGF-1 ΚΑΙ IGFBP-2 ΣΤΟ ΓΑΛΑ ΜΗΤΕΡΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΜΕΡΕΣ ΤΗΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ (O-04)

Ντέκα Ε., Λιόσης Γ., Καστανίδου Ο., Παπαγαρουφάλης Κ., Παλτόγλου Γ., Μαστοράκος Γ., Λυκερίδου Α.

Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο “Ελενα Ελ. Βενιζέλου”

Σκοπός μελέτης: Είναι να διερευνηθεί εάν υφίστανται διαφορές στα επίπεδα σημαντικών ορμονικών μεταβολικών παραγόντων στο γάλα των πρώτων ημερών.

Υλικό και μέθοδος: Μετρήθηκαν τα επίπεδα της αντιπυνεκτίνης, του IGF-1 και του IGFBP-2, στο γάλα 30 μητέρων με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη κύησης (ΙΣΔΚ) και 20 υγιών μητέρων μαρτύρων, την 2η και 4η ημέρα γαλουχίας.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα αντιπυνεκτίνης στο πρωτόγαλα ήταν αυξημένα τόσο στις διαβητικές όσο και στις υγιείς μητέρες (mean= 111ng/ml+14ng/ml και 126 ng/ml +18ng/ml αντίστοιχα). Οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. (p>0.05) Τα επίπεδα της αντιπυνεκτίνης παρουσίασαν σημαντική πτώση από το πρωτόγαλα στο μεταβατικό γάλα, τόσο στις διαβητικές (p<0.0003) όσο και στις υγιείς μητέρες (p<0.0002), χωρίς οι τιμές να διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Τα επίπεδα των IGF-1 και IGFBP-2 δεν διέφεραν στατιστικά μεταξύ των δύο ομάδων τόσο στο πρωτόγαλα όσο και στο μεταβατικό γάλα.

Συμπέρασμα: Το γάλα των μητέρων με ΙΣΔΜ δε διαφέρει από το γάλα των υγιών μητέρων κατά τις πρώτες ημέρες της γαλουχίας όσον αφορά στην περιεκτικότητα σημαντικών ρυθμιστικών μεταβολικών παραγόντων, που συμμετέχουν στους μηχανισμούς προγραμματισμού της αύξησης τις πρώτες μέρες ζωής. Συνεπώς σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματά δεν μπορεί να υποστηριχθεί η στέρωση του πολύτιμου μητρικού γαλακτος στην ευαίσθητη κατηγορία των νεογνών διαβητικών μητέρων.

ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ (NIPD), ΜΕ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΠΑΤΡΙΚΩΝ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΩΝ, ΣΤΟ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΑΙΜΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ, ΓΙΑ ΤΡΕΙΣ ΣΥΧΝΕΣ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ (O-05)

Δεστούνη Α., Βρεττού Χ., Δημησιάνος Γ., Τούντα Γ., Κολιαλέξη Α., Μαύρου Α., Καναβάκης Ε., Traeger-Συνοδινού J.

Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Χωρέμιο Ερευνητικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Σκοπός της μελέτης ήταν ο σχεδιασμός και βελτιστοποίηση μεθοδολογίας NIPD για την ανίχνευση τριών συχνών μεταλλάξεων β-Μεσογειακής Αναιμίας (β-MA) στην Ελλάδα [IVSI-110(HBB:c.93-21G>A), CD39(HBB:c.118C>T), IVSI-6(HBB:c.92+6T>C) που συναντώνται σε ποσοστά 42%, 17%

και 7% αντίστοιχα] στο περιφερικό αίμα εγκύων γυναικών.

Υλικό και μέθοδοι: Η μεθοδολογία που σχεδιάστηκε βασίζεται στο φθορίζον PCR με τροποποιημένους αλληλομορφοειδικούς εκκινητές (Locked Nucleic Acid-LNA) για αύξηση της ειδικότητάς της αντίδρασης (fluorescent allele-specific PCR). Για κάθε μετάλλαξη η βελτιστοποίηση της μεθόδου έγινε σε αραιωμένο γενομικό DNA ετεροζυγωτών (έως 6pg). Για τον έλεγχο της ειδικότητας η μέθοδος εφαρμόστηκε σε ελεύθερο εμβρυϊκό DNA (cfFDNA) που απομονώθηκε από: α) 30 δείγματα πλάσματος όγκου 500μl από άτομο φυσιολογικό για β-MA (αρνητικά), β) 30 δείγματα πλάσματος όγκου 500μl, από άτομο φυσιολογικό για β-MA επιμολυσμένου με DNA από 30 λεμφοκύτταρα ετεροζυγώτη για τη μετάλλαξη (θετικά). Για τον έλεγχο της ευαισθησίας εντοπίστηκε κάθε μετάλλαξη σε 30 μεμονωμένα λεμφοκύτταρα ενός ετεροζυγώτη. Η εκτίμηση της μεθόδου για κλινική εφαρμογή έγινε στο περιφερικό αίμα 19 εγκύων, ανιχνεύοντας τη πατρική μετάλλαξη (11 για την IVSI-110(G>A), 7 για την CD39(C>T) και 1 για την IVSI-6(T>C)), οι οποίες προσήλθαν στο εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής για προγεννητική διάγνωση β-MA.

Αποτελέσματα: Η μέθοδος παρουσιάζει ειδικότητα 100% και ευαισθησία >90%. Η πατρική μετάλλαξη ανιχνεύτηκε στο cfFDNA των 6/19 εγκύους που έφεραν έμβρυα με την πατρική μετάλλαξη, ενώ δεν εντοπίστηκε στις 13/19 με έμβρυα αρνητικά για την πατρική μετάλλαξη, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της προγεννητικής διάγνωσης.

Συμπεράσματα: Η μεθοδολογία προσφέρει ανίχνευση των εμβρυϊκών μεταλλάξεων πατρικής προέλευσης στο περιφερικό αίμα εγκύων με ευαισθησία >90% και μπορεί να εφαρμοστεί σε κλινικό επίπεδο.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΓΟΝΕΙΣ ΠΡΟΩΡΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΝ (O-06)

Μπούζα Ε.¹, Λιακοπούλου Μ.², Μπουγιούκου Δ.¹, Ευθυμιάδη Μ.², Μουλλά Β.², Αναγνωστάκου Μ.¹
¹Β' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία», Αθήνα ²Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία», Αθήνα

Οι γονείς των παιδιών που γεννήθηκαν πρόωρα παρουσιάζουν συχνά συναισθηματικά και ψυχολογικά προβλήματα.

Σκοπός: Η διαχρονική εκτίμηση της ψυχικής έντασης (stress) και κατάθλιψης στους γονείς παιδιών που γεννήθηκαν πρόωρα και η σχέση τους με παράγοντες κινδύνου. **Υλικό και Μέθοδος:** 148 γονείς πρόωρων παιδιών που νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΝ μεταξύ Φεβρουαρίου 2006 και Μαΐου 2011 και εντάχθηκαν στο πρόγραμμα διαχρονικής παρακολούθησης. Καταγράφηκαν παράγοντες κινδύνου από την νεογνική ηλικία του παιδιού, επιβαρυντικοί κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και η νευροαναπτυξιακή εξέλιξη στους 6,12 και 24 μήνες. Χορηγήθηκε στη μητέρα και τον πατέρα το ερωτηματολόγιο εκτίμησης ψυχικής έντασης Parenting Stress Index (PSI) - Short form και στη μητέρα το ερωτηματολόγιο εκτίμησης της κατάθλιψης Beck Depression Inventory.

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε συσχέτιση στατιστικά σημαντική ανάμεσα στη βαθμολογία στο PSI στους 6 μήνες με το βάρος γέννησης (μητέρες $p<0,019$, πατέρες $p<0,041$) και στους 12 μήνες με την παρουσία σοβαρών εγκεφαλικών βλαβών ($p<0,032$). Επίσης στη βαθμολογία στο Beck στους 6 μήνες

με το βάρος γέννησης ($p < 0.034$), στους 12 μήνες με την παρουσία σοβαρών εγκεφαλικών βλαβών ($p < 0,008$) και με την αναπτυξιακή υστέρηση ($p < 0,018$) και στους 24 μήνες με την παθολογική νευρολογική εξέταση στην έξοδο ($p < 0,001$). Επίσης, διαπιστώθηκε αύξηση των συμπτωμάτων με τον χρόνο, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της υποκλίμακας αγωνίας του PSI (PSI-I) της μητέρας στους 6 σε σχέση με τους 24 μήνες ($p < 0,02$), μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας ψυχικής έντασης της μητέρας ($p < 0,02$) και του πατέρα ($p < 0,042$) στους 6 σε σχέση με τους 24 μήνες και κατάθλιψης της μητέρας στους 6 σε σχέση με τους 24 μήνες ($p < 0,05$).

Συμπεράσματα: Οι γονείς παιδιών που γεννήθηκαν πρόωρα παρουσιάζουν σε αυξημένο ποσοστό ψυχική ένταση και κατάθλιψη που σχετίζονται με αναπτυξιακά προβλήματα του παιδιού τους και αυξάνονται με τον χρόνο. Τα προγράμματα διαχρονικής παρακολούθησης πρόωρων παιδιών πρέπει να στελεχώνονται από ειδικούς που θα υποστηρίξουν ψυχολογικά τους γονείς.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΟΥ ΜΗΚΟΥΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΑΠΟ ΤΟ 1ο ΣΤΟ 2ο ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΟΥ ΠΡΟΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ (O-07)

Αντσακλής Π., Παπαντωνίου Ν., Νάτσης Σ., Θεοδωρά Μ., Δασκαλάκης Γ., Πιλάλης Θ., Μεσογίτης Σ., Αντσακλής Α.

Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής & Υπερήχων, Α' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα»

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να συγκρίνουμε το μήκος του τραχήλου της μήτρας στις 11-13+6 εβδομάδες με αυτό στις 21-23+6 εβδομάδες της κύησης και τις μεταβολές στο μήκος του τραχήλου σε αυτό το διάστημα, σε έναν πληθυσμό ασυμπτωματικών γυναικών, χαμηλού κινδύνου με μονήρεις κηλίδες και να ελέγξουμε τις πληροφορίες που μπορεί να προσφέρει για την πρόβλεψη του πρόωρου τοκετού.

Μέθοδος: Μία προοπτική μελέτη, όπου εξετάσαμε 1021 ασυμπτωματικές γυναίκες, χαμηλού κινδύνου με μονήρεις κηλίδες, με διακολπικό υπερηχογράφημα, και πραγματοποιήθηκε μέτρηση του τραχήλου της μήτρας στις 11-13+6 εβδομάδες και στις 21-23+6 εβδομάδες της κύησης. Τελικό αποτέλεσμα της κύησης είχαμε σε 833 γυναίκες, οι οποίες και αποτελούσαν τον τελικό πληθυσμό μελέτης μας. Χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test για τη σύγκριση των μέσων τιμών του μήκους του τραχήλου της μήτρας μεταξύ των γυναικών που γέννησαν πριν και μετά τις 37 εβδομάδες. Mann-Whitney test χρησιμοποιήθηκε για να συγκρίνουμε τις τιμές που δεν είχαν κανονική κατανομή. Wilcoxon signed rank tests χρησιμοποιήθηκαν για να ελέγξουμε τις μεταβολές του μήκους του τραχήλου της μήτρας μεταξύ των δύο χρονικών περιόδων (1ο και 2ο τρίμηνο).

Αποτελέσματα: Από τις γυναίκες που γέννησαν πρόωρα, 59 (7,1%) γυναίκες γέννησαν πριν τις 37 εβδομάδες και 17 (2%) γέννησαν πριν τις 34 εβδομάδες. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στη μέση ηλικία της μητέρας, το κάπνισμα, τον δείκτη μάζας σώματος (BMI) και τις επεμβάσεις στον τραχήλο, μεταξύ των γυναικών που γέννησαν πριν και μετά τις 37 εβδομάδες. Η μέση τιμή του τραχήλου της μήτρας υπολογίστηκε στα 40mm (37-44) και 37mm (33-40), για τις 11-13+6 και τις 21-23+6 εβδομάδες, αντίστοιχα. Η μείωση του μήκους του τραχήλου της μήτρας ήταν στατιστικά σημαντική τόσο για τις γυναίκες που γέννησαν πριν τις 37 εβδομάδες όσο και τις γυναίκες που γέννησαν μετά

τις 37 εβδομάδες. Αντίστοιχα, η μείωση του μήκους του τραχήλου της μήτρας ήταν στατιστικά σημαντική και για τις γυναίκες που γέννησαν πριν και μετά τις 34 εβδομάδες. Η μέση ηλικία των γυναικών υπολογίστηκε 29,5 έτη (SD 5,1 έτη).

Συμπέρασμα: Η μεταβολή του μήκους του τραχήλου της μήτρας από το 1ο στο 2ο τρίμηνο της κύησης δεν είχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των γυναικών που γέννησαν πριν τις 37 εβδομάδες και αυτών που γέννησαν μετά τις 37 εβδομάδες και δεν φαίνεται να έχει προβλεπτική ικανότητα για τον πρόωρο τοκετό.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΤΙΟΞΕΙΔΩΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΠΟΥ ΣΙΤΙΣΤΗΚΑΝ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ Η ΕΞΑΝΘΡΩΠΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΓΑΛΑ (O-08)

Λειψού Ν., Ανατολίτου Φ., Φωτόπουλος Σ., Μπούζα Ε., Πετράτου Ε., Δουβίτσα Κ., Αναγνωστάκου Μ. Β' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία»

Το μητρικό γάλα υπερέχει του εξανθρωποποιημένου γάλακτος διότι περιέχει ενδογενείς αντιοξειδωτικούς παράγοντες. Παρ' όλα αυτά δεν είναι γνωστό εάν είναι ισχυρός αντιοξειδωτικός παράγοντας in vivo. **Σκοπός:** Ο βαθμός του οξειδωτικού στρες, της αντιοξειδωτικής ικανότητας και της οξειδωτικής βλάβης του DNA και σε πρόωρα νεογνά που έλαβαν μητρικό ή εξανθρωποποιημένο γάλα.

Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 20 νεογνά, διάρκειας κύησης (ΔΚ) ≤ 32 εβδομάδων και βάρους γέννησης (ΒΓ) $< 1800\text{g}$. 10 έλαβαν μητρικό γάλα (ομάδα Α) και 10 έλαβαν εξανθρωποποιημένο γάλα (ομάδα Β). Το επίπεδο του οξειδωτικού στρες και της αντιοξειδωτικής ικανότητας στον ορό έγινε με τη φωτομετρική μέθοδο D-ROM και BAP αντίστοιχα, η βλάβη του DNA έγινε έμμεσα με τη μέτρηση του μεταβολίτη 8-OHdG στα ούρα. Οι χρονικές περιόδους μελέτης ήταν: 1η-3η ημέρα ζωής (α), ημέρα έναρξης εντερικής σίτισης (β), ημέρα πλήρους σίτισης (γ) και 2 εβδομάδες μετά την πλήρη εντερική σίτιση (δ).

Αποτελέσματα: Μεταξύ της ομάδας Α και της ομάδας Β δεν ανευρέθη στατιστικά σημαντική διαφορά των υπολογιζομένων δεικτών. Συνενώνοντας τις δύο ομάδες, στο σύνολο του πληθυσμού βρέθηκε σημαντική διαφορά του D-ROM μεταξύ περιόδων α και δ ($p < 0,017$), β και γ ($p < 0,005$), και β και δ ($p < 0,001$). Η αντιοξειδωτική ικανότητα BAP παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά, με τιμές αυξανόμενες, μεταξύ α και γ περιόδου ($p < 0,039$) ενώ ο μεταβολίτης 8-OHdG μεταξύ της α και δ χρονικής περιόδου ($p < 0,004$).

Συμπέρασμα: Στο σύνολο του πληθυσμού, η εντερική σίτιση ενισχύει σημαντικά την αντιοξειδωτική ικανότητα παρά τα υψηλά επίπεδα οξειδωτικού στρες, όχι όμως ανάλογα με το είδος της εντερικής σίτισης.

ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ ΗΚ≤34 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΚΑΙ ΒΓ≤2000G ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΜΕΝΝ (O-09)

Διαμαντή Ε.¹, Χαριτίδου Σ.², Παμπούκα Μ.¹, Σαραφίδης Κ.¹, Αγακίδου Ε.¹, Δρόσου-Αγακίδου Β.¹
¹Α' Νεογνολογική Κλινική και ΜΕΝΝ Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θεσσαλονίκης, ²Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Να εκτιμηθεί η επίπτωση χορήγησης πρωτεΐνης από το 1ο24ωρο ζωής σε δόση 1-1,5 g/Kg/ημέρα, στην αύξηση των ζώντων νεογνών με ΗΚ≤34 εβδ και ΒΓ≤2000g κατά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΝΝ.

Υλικό-Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν 148 νεογνά από τα 154 που επέζησαν την περίοδο 2009. Καταγράφηκαν: περιγεννητικά/νεογνικά χαρακτηριστικά, διάρκεια παρεντερικής διατροφής, ημέρα ζωής (ΗΖ) έναρξης σίτισης, ΗΖ πλήρους εντερικής σίτισης, ΗΖ ανάκτησης ΒΓ και το ΒΣ, ΜΣ, ΠΚ, Kcal/Kg στη γέννηση και κατόπιν σε εβδομαδιαία χρονικά διαστήματα μέχρι την έξοδο. Η θρέψη εκτιμήθηκε με τις καμπύλες του Fenton και η αύξηση με τις καμπύλες του Ehrenkranz.

Αποτελέσματα: Η μέση τιμή του Z score στη γέννηση και έξοδο ήταν: ΒΣ[-0,57±0,73 και -1,46±0,67(p<0,0001)], ΠΚ[-0,16±0,91και -0,11±0,84(p=0,62)], ΜΣ[-0,47±1,25 και -0,94± 1,38 (p=0,002)], αντίστοιχα. Η έναρξη εντερικής σίτισης έγινε σε 2,9±2,4ημέρες, η πλήρης εντερική σίτιση σε 10,7±7ημέρες και η ανάκτηση του ΒΓ σε 11,3±4,5ημέρες. Οι Kcal/Kg/d ήταν 34,4±8 την 1ηΗΖ, 102±13 την 7ηΗΖ και ≥120 μετά τη 14ηΗΖ. Η ταχύτητα αύξησης ως προς το βάρος ήταν 19,3±6 g/Kg/d. Στατιστικά σημαντική αρνητική επίδραση σε αυτή είχαν το ΒΓ/ΗΚ/ΒΠΔ/σηψαιμία/αιμοδυναμικά σημαντικός ΑΑΠ. Η ταχύτητα αύξησης ως προς την ΠΚ ήταν 0,8±0,3cm/wk και ως προς το ΜΣ 0,9±0,3cm/wk. Η αύξηση σε βάρος ήταν πάνω από τις καμπύλες αναφοράς για τα AGA αλλά και AGA/SGA νεογνά.

Συμπεράσματα: Η θρέψη στην έξοδο υπολειπόταν σημαντικά, παρά το μεγαλύτερο ρυθμό αύξησης από τον συνιστώμενο 15g/Kg/d. Πιθανόν, η χορήγηση πρωτεΐνης από την 1η ΗΖ σε δόση 3-3,5g/Kg/d και η χορήγηση Kcal/Kg/d στα ανώτερα όρια των συστάσεων να έχει καλύτερα αποτελέσματα ως προς θρέψη στην έξοδο.

40 ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΕΝΑ ΔΗΜΟΣΙΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ (O-10)

Κουρή Ε.², Λιόσης Γ.¹, Μαγαζιώτη Ι.¹, Φωτίου Α.¹, Λυκερίδου Α.², Παπαγαρουφάλης Κ.¹

¹Τμήμα Νεογνών - Μαιευτήριο Ε. Βενιζέλου

²ΤΕΙ Αθηνών τμήμα Μαιευτικής

Σκοπός: Η μελέτη της διακύμανσης των περιγεννητικών δεικτών σε ένα δημόσιο περιγεννητικό κέντρο στη διάρκεια των 40 τελευταίων χρόνων.

Υλικό: Καταγράφηκαν όλες οι γεννήσεις με Β.Γ >500gr και Η.Κ ³23 εβδ. σε τέσσερις χρονικές περιόδους. Την περίοδο Α αποτέλεσε το έτος 1972, την Β το 1992, την Γ το 2002 και την Δ το 2009

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 6986 τοκετοί την περίοδο Α, 4000 την Β, 6157 την Γ και 6838 την Δ.

Το 1972 σχεδόν όλες οι μητέρες ήταν ελληνικής καταγωγής το 1992 ήταν 86,5%, το 2002 56 % και το 2009 45 %. Το ποσοστό των καισαρικών τομών(ΚΤ) αυξήθηκε από 13.6% το 1972, στο 24.75% το 1992, 46.6% το 2002 και έφθασε στο 60,7 % το 2009. Υπήρχε μεγάλη μείωση της εμβρυικής θνησιμότητας >23 εβδ που ήταν 17.3‰ την περίοδο Α, 11.1‰ την Β, 8.1‰ την Γ και 7,01 ‰ την Δ. Αντίστοιχη μείωση παρατηρήθηκε και στην περιγεννητική θνησιμότητα 43.5‰ Α, 17.8‰ Β, 10.1‰ Γ και 11 ‰ Δ. Η πρόωμη νεογνική θνησιμότητα για τα ΠΧΒΓ <1500 γρ ήταν 83.5% Α, 34% Β, 13% Γ και 10% Δ και για τα ΕΧΒ Γέννησης <1000 γρ ήταν 100%, 61.1%, 26% και 15% αντίστοιχα

Συμπεράσματα: Η σημαντική βελτίωση των περιγεννητικών δεικτών στην διάρκεια των 40 χρόνων αποδεικνύουν σταθερή βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας. Η συνεχιζόμενη όμως αύξηση της συχνότητας των ΚΤ επιβάλλει την παραπέρα έρευνα και αντιμετώπιση

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΚΕΤΩΝ ΜΕΤΑ ΤΟ 35ο ΕΤΟΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ (O-11)

Τσεκούρα Ε., Πολυχρονάκου Α., Κύρκου Ι., Παπαδόπουλος Ι., Κασσάνος Δ.

ΜΕΝΝ Γ' Παιδιατρικής Πανεπιστημιακής Κλινικής και Γ' Μαιευτική Πανεπιστημιακή Κλινική Νοσοκομείο "Αττικόν"

Σκοπός: Η μελέτη τελειόμηνων και οριακά πρόωρων τοκετών στην Γ' Μαιευτική Πανεπιστημιακή Κλινική σε σχέση με την ηλικία της μητέρας κατά τον τοκετό.

Μέθοδος: Έγινε αναδρομική συλλογή στοιχείων από το αρχείο του νεογνολογικού τμήματος της Γ' Παιδιατρικής Πανεπιστημιακής Κλινικής του Νοσοκομείου "Αττικόν" στο σύνολο των γεννήσεων της Γ' Μαιευτικής Πανεπιστημιακής Κλινικής το έτος 2010.

Αποτελέσματα: Έγινε συλλογή στοιχείων από 1513 γεννήσεις οριακά πρόωρων ή τελειόμηνων νεογνών. Στο 22.39% (320/1513) η ηλικία της μητέρας κατά τον τοκετό ήταν ≥ 35 ετών ενώ στο 19.37% (62/320) ≥ 40 ετών. Πρωτοτόκες ήταν στο 38.75% (124/320), ενώ το 39.37% ήταν δευτεροτόκες. Φυσιολογικός τοκετός σε 38.43% (123/320). Μέσο pH=7.34. Επιπλοκές παρατηρήθηκαν σε 13.12% (42/320) νεογνά. Η συχνότητα φυσιολογικού τοκετού ήταν μικρότερη σε σχέση με τις μητέρες με ηλικία κύησης ≥ 35 ετών. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στην επίπτωση επιπλοκών στον φυσιολογικό τοκετό σε σχέση με την ηλικία της μητέρας. Παρατεταμένη ρήξη υμένων είχε το 1.8% και κεχωρωμένο αμνιακό υγρό το 4%, συχνότητα μικρότερη σε σχέση με τις μητέρες με ηλικία <35 ετών. Το 20% είχε θυρεοειδοπάθεια της κύησης και το 13.75% σακχαρώδη διαβήτη κύησης το 65.90% των οποίων αντιμετωπίζονταν με δίαιτα. Το 75% σιτίσθηκε με αποκλειστικό μητρικό θηλασμό, ενώ το 18.43% με μικτή διατροφή.

Συμπεράσματα: Η καισαρική τομή είναι συχνότερη στις γυναίκες άνω των 35 ετών αν και η επίπτωση επιπλοκών στον φυσιολογικό τοκετό δεν εξαρτάται από την ηλικία της μητέρας εντούτοις. Περίπου το 1/4 των εγκύων είναι άνω των 35 ετών και σε πάνω από το 1/3 αυτών είναι το πρώτο τους παιδί. Μεγάλο ποσοστό των γυναικών αυτών εφαρμόζει αποκλειστικό μητρικό θηλασμό.

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ENDOREDUPPLICATION ΣΕ ΤΡΟΦΟΒΛΑΣΤΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΝΔΟΤΡΑΧΗΛΟ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΥΗΣΗ (O-12)

Σηφάκης Σ.¹, Fejgin M.D.², Libermann M.², Θεοδωρά Μ.³, Perry N.², Tsipouras P.⁴, Amiel A.², Αντσακλής Α.³

¹Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο, ²Monaliza Medical Ltd, Kfar Saba & Bar Ilan University, Ramat-Gan, Israel, ³1η Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 4Ikonisys Inc, New Haven, CT, USA

Σκοπός: Τροφοβλαστικά κύτταρα αποφολιδώνονται στον ενδοτράχηλο εγκύων γυναικών και αποτελούν βιολογικό υλικό για μη επεμβατικό προγεννητικό έλεγχο. Endoreduplication είναι το φαινόμενο του διπλασιασμού των χρωμοσωμάτων χωρίς να προηγείται μίτωση, οδηγεί σε πολυπλοειδία και σχετίζεται με αυξημένη μεταβολική δραστηριότητα των κυττάρων. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της συχνότητας ανεύρεσης τροφοβλαστών με πολυπλοειδία στον ενδοτράχηλο μεταξύ της 5ης-12ης εβδομάδας κύησης.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκαν 36 κήσεις, 21 θήλεων και 15 αρένων εμβρύων, με φυσιολογική έκβαση. Κυτταρολογικά δείγματα ελήφθησαν από τον ενδοτράχηλο μεταξύ 5ης-12ης εβδομάδας με τη χρήση ψήκτρας σε βάθος 1.5-2 εκατοστών. Τα δείγματα εξετάστηκαν με την εφαρμογή μεθόδου FISH και αυτοματοποιημένης μικροσκοπίας (Ikoniskope, Ikonisys Inc, USA) και τη χρήση ιχνηθετών (probes) για τα χρωμοσώματα X, Y, και 21. Η ανίχνευση του φαινομένου endoreduplication βασίστηκε στην παρουσία 4 σημάτων X και 21 για τις κήσεις θήλεων εμβρύων καθώς και 2, 2, και 4 σημάτων για τα χρωμοσώματα X, Y, και 21 αντίστοιχα, για τις κήσεις αρένων εμβρύων. Όλες οι κήσεις ήταν ευπλοειδικές μετά από κυτταρογενετικό έλεγχο ή εξέταση FISH.

Αποτελέσματα: αναγνωρίστηκαν κατά μ.ο. 93470 και 90742 κύτταρα σε 1200 πεδία για κάθε κήση άρενος και θήλεως εμβρύου αντίστοιχα. Στις κήσεις θήλεων εμβρύων αναγνωρίστηκαν πολυπλοειδικά κύτταρα στις 20/21 περιπτώσεις με εύρος 0-52, μ.ο 15.2 και ποσοστό 0.02%. Στις κήσεις αρένων εμβρύων αναγνωρίστηκαν πολυπλοειδικά κύτταρα στις 10/15 περιπτώσεις, με εύρος 0-5, μ.ο 2 και ποσοστό 0.003%. Στο 95% των περιπτώσεων πολυπλοειδίας επρόκειτο για τετραπλοειδία ενώ στις υπόλοιπες για πενταπλοειδία κ.ά. Δεν υπήρξε συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των πολυπλοειδικών κυττάρων και της εβδομάδας κύησης. Τα κύτταρα με πολυπλοειδία ήταν 2-3 φορές μεγαλύτερα από τα υπόλοιπα κύτταρα του ενδοτράχηλου. Δεν ανευρέθησαν πολυπλοειδικά κύτταρα στον ενδοτράχηλο 5 μη εγκύων γυναικών που εξετάστηκαν ως controls.

Συμπεράσματα: Σε φυσιολογικές κήσεις μεταξύ 5ης-12ης εβδομάδας τα τροφοβλαστικά κύτταρα εμφανίζουν σε χαμηλή συχνότητα πολυπλοειδία (endoreduplication), που πιθανά αποτελεί ένα φυσιολογικό φαινόμενο που σχετίζεται με την αυξημένη μεταβολική δραστηριότητα του αναπτυσσόμενου πλακούντα. Κήσεις θήλεων εμβρύων εμφανίζουν σχετικά συχνότερα πολυπλοειδία, εύρημα που απαιτεί περαιτέρω επιβεβαίωση και διερεύνηση. Η αναγνώριση της ύπαρξης του φαινομένου endoreduplication και της συχνότητάς του είναι σημαντική για την αξιόπιστη εφαρμογή μεθόδου μη επεμβατικού προγεννητικού ελέγχου που στηρίζεται στη συλλογή και μελέτη τροφοβλαστικών κυττάρων από τον ενδοτράχηλο εγκύων γυναικών.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ, ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΔΙΔΥΜΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ, ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ Η΄ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΣΥΛΛΗΨΗ, ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΕΙΣΗΧΘΗΣΑΝ ΣΤΗ ΜΕΝΝ (Ο-13)

Χατζησταματίου Κ., Μασούρα Σ., Τσερτανίδου Α., Διαμαντή Ε.*, Καλογιαννίδης Ι., Παπούλη Μ.,
Δρόσου-Αγακίδου Β.*, Αγοραστός Θ.**

*Δ' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης *Α' Νεογνολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης **Β' Νεογνολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*

Σκοπός: Η σύγκριση των μαιευτικών επιπλοκών και της νεογνικής νοσηρότητας νεογνών διδύμων κυήσεων που εισήχθησαν στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ), των οποίων σύλληψη έγινε φυσιολογικά ή μετά από IVF.

Υλικά και μέθοδος: Μελετήθηκαν συνολικά 46 νεογνά διχοριονικών δίδυμων κυήσεων τα οποία εισήχθησαν στην ΜΕΝΝ κατά το έτος 2010. Από αυτά 32 νεογνά (69.5%) προήλθαν από φυσιολογική σύλληψη (ομάδα Α) και 14 νεογνά (30.5%) μετά IVF (ομάδα Β). Μεταξύ των δύο ομάδων έγινε συγκριτική ανάλυση των επιπλοκών κατά την κύηση, (προεκλαμψία, σακχαρώδης διαβήτης κύησης, πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων-ΠΡΕΥ, πρόωρος τοκετός και ελάττωση ενδομήτριας ανάπτυξης-IUGR), της νεογνικής νοσηρότητας (Apgar score, άμεση διασωλήνωση, υπογλυκαιμία, λοιμώξεις, διάρκεια παραμονής στη ΜΕΝΝ) και νεογνικής θνησιμότητας.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία (mean±SD) των γυναικών της ομάδας Α ήταν 31±7 έτη και της ομάδας Β 35±7 έτη (P=0,1), ενώ η μέση ηλικία κύησης κατά τον τοκετό 33,6±4 εβδομάδες και 32,5±4 εβδομάδες αντίστοιχα (P=NS). Το μέσο βάρος γέννησης των νεογνών της ομάδας Α ήταν 1928±604 και της ομάδας Β 1667±571 (P= 0,1). Το 50% των νεογνών της ομάδας Β γεννήθηκαν με βάρος γέννησης <1500gr (VLBW), ενώ το αντίστοιχο της ομάδας Α ήταν 22% (P= 0,05). Οι επιπλοκές κατά την κύηση δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων. Υπήρξε σημαντική διαφορά στο ποσοστό ΠΡΕΥ μεταξύ της ομάδας Α (0%) και της ομάδας Β (43%) (P<0,0001). Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στη νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα μεταξύ των δύο ομάδων.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης οι μαιευτικές επιπλοκές και η νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα μεταξύ διχοριονικών δίδυμων κυήσεων μετά από φυσιολογική σύλληψη ή υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ήταν συγκρίσιμη.

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΝΕΡΓΟΦΟΡΩΝ ΘΡΕΠΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ (0-14)

Φωτίου Μ.¹, Μιχαηλίδου Α.¹, Αθανασιάδης Α.², Μουστάκης Δ.¹, Νάρη Α.¹, Κύρκου Χ.¹, Τσακουμάκη Φ.¹, Αθανασιάδη Ε., Τζεβελέκης Β.², Ασημακόπουλος Ε.², Ταρλατζής Β.²

¹Τομέας Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων, Γεωπονική Σχολή ΑΠΘ,

²Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου"

Σκοπός εργασίας: Σκοπός της μελέτης ήταν α) η καταγραφή και αξιολόγηση της διατροφικής πρόσληψης εγκύων σε επίπεδο ενεργοφόρων θρεπτικών συστατικών και β) η διερεύνηση της υπόθεσης ότι η πρόσληψη μακροθρεπτικών συστατικών δύναται να συσχετιστεί με το βάρος γέννησης και το δείκτη βάρους του νεογνού (ponderal index).

Υλικά και μέθοδοι: Στην έρευνα έλαβαν μέρος 240 έγκυες, οι οποίες θα υποβάλλονταν σε αμνιοπαρακέντηση για προγεννητικό έλεγχο, μεταξύ της 16ης και 28ης εβδομάδας μονήρους κύησης. Η καταγραφή της διατροφικής πρόσληψης των εγκύων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ημιποσοτικού ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων, ενώ ο υπολογισμός των θρεπτικών συστατικών έγινε σύμφωνα με βάσεις δεδομένων χημικής σύνθεσης τροφίμων. Στοιχεία σχετικά με τις σωματομετρικές παραμέτρους των νεογνών λήφθηκαν από τους ατομικούς ιατρικούς φακέλους. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 18.

Αποτελέσματα-Συζήτηση: Η μέση καθημερινή ενεργειακή πρόσληψη από τις πρωτεΐνες ανερχόταν στο 17,2% της συνολικής, ενώ η αντίστοιχη από τους υδατάνθρακες στο 43% και από το λίπος στο 39,8%. Το Institute of Medicine συστήνει το 10% - 35% της καθημερινής ενεργειακής πρόσληψης να καλύπτεται από πρωτεΐνες, το 45-65% από υδατάνθρακες και το 20-35% από λίπος. Επομένως, σύμφωνα με τις συστάσεις θα έπρεπε να καταναλώνονται μεγαλύτερες ποσότητες υδατανθράκων και μικρότερη ποσότητα λίπους. Στην παρούσα μελέτη, δεν καταγράφηκε συσχέτιση μεταξύ της πρόσληψης ενεργοφόρων θρεπτικών συστατικών και των παραμέτρων σωματικής ανάπτυξης των νεογνών που μελετήθηκαν. Στο ίδιο συμπέρασμα σχετικά με την επίδραση της μητρικής διατροφής σε επίπεδο ενεργοφόρων θρεπτικών συστατικών στην ανάπτυξη του νεογνού κατέληξαν οι Lagiou et al. (2004), ενώ οι Moore et al. (2004) αναφέρουν ότι το ποσοστό της ενέργειας που προέρχεται από τις πρωτεΐνες σχετίζεται θετικά με το βάρος γέννησης του νεογνού και το βάρος του πλακούντα.

Συμπεράσματα: Με δεδομένο ότι στη βιβλιογραφία αναφέρονται διαφορούμενα αποτελέσματα, η συσχέτιση της διατροφικής πρόσληψης της μητέρας με τις σωματομετρικές παραμέτρους ανάπτυξης του νεογνού χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Βιβλιογραφία: Institute of Medicine Food and Nutrition Board. *Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids*. Washington (DC): National Academy Press; 2002.

Lagiou, P., Tamimi, R.M., Mucci, L.A., Adami, H.O., Hsieh, C.C., Trichopoulos, D. (2004) Diet during pregnancy in relation to maternal weight gain and birth size. *European J Clinical Nutrition*, 58: 231-237.

Moore, V.M., Davies, M.J., Willson, K.J., Worsley, A., Robinson, J.S. (2004) Dietary composition of pregnant women is related to size of the baby at birth. *J Nutr*, 134: 1820-1826.

Η ΦΕΡΡΙΤΙΝΗ ΟΡΟΥ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ, ΣΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ, ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΑΣ ΣΤΗ ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ (Ο-15)

Πετρίδου Σ., Σούμπαση Β., Σαραφίδης Κ., Διαμαντή Ε., Μητσάκης Κ., Αγακίδου Ε., Δρόσου Β.
Α' Νεογνολογική Κλινική και Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών Α.Π.Θ, Ιπποκράτειο Γ Ν Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Να προσδιοριστεί η συσχέτιση μεταξύ περιγεννητικής κατάστασης σιδήρου με την εμφάνιση βρεφικής σιδήροπενίας σε πρόωρα νεογνά

Μέθοδος: Σε 137 πρόωρα νεογνά εκτιμήθηκαν η γενική αίματος, η φερριτίνη ορού (SF) και ο διαλυτός υποδοχέας τρανσφερίνης (sTfR) στη γέννηση, 2ο, 6ο και 12ο μήνα της ζωής (στο 12ο μήνα, μετρήσεις ήταν διαθέσιμες σε 88 νήπια). Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 3 ομάδες ανάλογα με τη SF στη γέννηση. Ομάδα Α: SF ≤ 60 μg / L (ανεπαρκή αποθέματα σιδήρου, n = 34), Ομάδα Β: SF = 61-200 μg / L (επάρκεια σιδήρου n = 68), Ομάδα Γ: SF > 201 μg / L (υπερφόρτωση με σίδηρο n = 35). Η αιμοσφαιρίνη γέννησης (Hb), SF και sTfR συγκρίθηκαν με αυτά της Hb, SF και sTfR σε 2, 6, 12 mo. Σε όλα τα βρέφη χορηγήθηκε σίδηρος σύμφωνα με τη ΔΚ.

Αποτελέσματα: Οι 3 ομάδες ήταν συγκρίσιμες (ΒΓ, ΔΚ και νεογνικά προβλήματα). Στη γέννηση τα επίπεδα SF και sTfR διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Στους 12 μήνες η SF και Hb ήταν σημαντικά χαμηλότερες στην ομάδα Α. Η SF γέννησης συσχετιζονταν σημαντικά με: τη SF 12 μην (p = 0.0001, r = 0,43), το sTfR γέννησης (p = 0.0001, r = -0,41) και την Hb 12 μην (p = 0,003, r = 0,34), επίσης η SF 2ου μην με την SF 12ου μην (p = 0,016, r = 0,3). Τιμές SF < 45.3 στη γέννηση είχαν ευαισθησία 83,3% και ειδικότητα 88,6% για σιδηροπενική αναιμία στο πρώτο έτος της ζωής (AUC = 0,879, p = 0,0001).

Συμπέρασμα: Η περιγεννητική κατάσταση του σιδήρου είναι προγνωστικός δείκτης του αποθηκευτικού σιδήρου στη βρεφική ηλικία. Τιμές SF γεννήσης < 45 μg / L στα πρόωρα νεογνά, είναι ευαίσθητος δείκτης για ανάπτυξη σιδηροπενικής αναιμίας στο πρώτο έτος της ζωής. Έγκαιρος προσδιορισμός και εξατομικευμένες συστάσεις δοσολογίας του σιδήρου είναι απαραίτητες για την πρόληψη της σιδηροπενικής αναιμίας.

Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΜΙΣΟΠΡΟΣΤΟΛΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΩΡΙΜΑΝΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΣΕ ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ (Ο-16)

Τσιτσής Β., Τσοκάκη Θ.

Γενικό Νοσοκομείο Πύργου «Ανδρέας Παπανδρέου» Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική

Σκοπός: Η χρήση της μισοπροστόλης για την ωρίμανση του τραχήλου της μήτρας σε τελειόμηνες κύσεις.

Υλικό: Αναδρομική μελέτη 2005-2011 στη Μ/Γ Κλινική του Γ.Ν.Πύργου, στην οποία εξετάστηκε η χρήση μισοπροστόλης σε συγκεντρώσεις 25mg και 50mg χορηγούμενη εφ'άπαξ κολπικά σε σύγκριση με ομάδα ελέγχου που δεν έλαβε μισοπροστόλη.

Μέθοδος: Οι ασθενείς χωρίστηκαν τυχαία σε τρεις ομάδες: Α) 629 επίτοκες με 25mg, Β) 660 επίτοκες με 50mg και Γ) δείγμα ελέγχου 1021 επιτόκων. Αξιολογήθηκαν: 1) το Bishop's Score σε επίπεδα $\geq 8/13$, 2) η υπερτονία μήτρας και το κεχρωσμένο ενάμνιο, 3) η εμβρυϊκή δυσχέρεια και η εκτέλεση Καισαρικής Τομής, 4) ο τρόπος έκβασης τοκετού.

Αποτελέσματα: Στην ομάδα: Α) οι φυσιολογικοί τοκετοί ανήλθαν σε 503 (80%), οι επείγουσες καισαρικές σε 31 (4,7%), οι καισαρικές λόγω δυσαναλογίας - μη εξέλιξης τοκετού σε 95 (14,9%). Bishop's Score $\geq 8/13$ εντός 24ωρου σε 285 επίτοκες (45,3%), ενώ κεχρωσμένο ενάμνιο σε 57 (9%). Στη Β) οι φυσιολογικοί τοκετοί ανήλθαν σε 552 (82,4%), οι επείγουσες καισαρικές σε 36 (5,45%), οι καισαρικές λόγω δυσαναλογίας σε 72 (10,9%). Bishop's Score $\geq 8/13$ σε 508 επίτοκες (76,5%), ενώ κεχρωσμένο ενάμνιο σε 95 περιστατικά (14,4%). Στη Γ) οι φυσιολογικοί τοκετοί ήταν 773 (75,7%), οι επείγουσες καισαρικές 58 (5,7%), οι καισαρικές λόγω δυσαναλογίας 190 (18,6%), ενώ κεχρωσμένο ενάμνιο σε 72 (7,1%).

Συμπεράσματα: Με δόση 50mg προέκυψαν περισσότεροι φυσιολογικοί τοκετοί χωρίς ανάγκη επιπρόσθετης χορήγησης ωκυτοκίνης και μειωμένα ποσοστά καισαρικών τομών λόγω μη εξέλιξης - δυσαναλογίας. Είχαμε παρόμοια ποσοστά επειγουσών καισαρικών μεταξύ ομάδας με 50mg και δείγματος ελέγχου, ενώ υπήρξαν μειωμένα ποσοστά επειγουσών καισαρικών με δόση 25mg. Παρ'ότι υπήρξε ελαφρώς αύξηση του κεχρωσμένου εναμνίου στις ομάδες με χορήγηση μισοπροστόλης, δεν επηρεάστηκε η περιγεννητική νοσηρότητα, ούτε αυξήθηκε η ανάγκη νοσηλείας των νεογνών σε μονάδα εντατικής θεραπείας.

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΚΑΙ ΑΜΕΣΗΣ ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΩΡΩΝ ΤΟΚΕΤΩΝ ≤ 28 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ ΜΕ Η ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΩΡΗ ΡΗΞΗ ΕΜΒΡΥΙΚΩΝ ΥΜΕΝΩΝ (O-17)

Τανιμανίδης Π., Μαυρωνά Α., Ραβανός Κ., Κατσαμάγκας Τ., Μασούρα Σ., Καλογιαννίδης Ι., Τραϊανός Β., Αγοραστός Θ.

Δ' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη συγκρίθηκαν οι μαιευτικές επιπλοκές και η άμεση νεογνική νοσηρότητα πρόωρων τοκετών ≤ 28 εβδομάδων, με η χωρίς πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων (ΠΡΕΥ).

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν 6986 μονήρεις κυήσεις την περίοδο 2003-2009, από τις οποίες 111 ικανοποιούσαν τα κριτήρια εισόδου [95 πρόωροι τοκετοί χωρίς ΠΡΕΥ (ομάδα Α) και 16 με ΠΡΕΥ (ομάδα Β)]. Μελετήθηκαν οι μαιευτικές επιπλοκές (προεκλαμψία, υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη του εμβρύου, προδρομικός πλακούντας, αποκόλληση πλακούντα, χοριοαμνιονίτιδα, εμβρυϊκό stress, αιμορραγία 3ου σταδίου τοκετού) και η άμεση νεογνική νοσηρότητα (με βάση το Apgar Score των νεογνών, το ποσοστό άμεσης διασωλήνωσης και εισαγωγής στη ΜΕΝΝ) μεταξύ των δυο ομάδων της μελέτης.

Αποτελέσματα: Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων σε ότι αφορά το σύνολο των μαιευτικών επιπλοκών της μελέτης. Ελαφρά τάση ($P=0.2$) παρατηρήθηκε υπέρ της ομάδας Α (18%) σε σχέση με την ομάδα Β (1%) σε ότι αφορά το εμβρυϊκό stress. Σε ότι αφορά την άμεση νεογνική νοσηρότητα υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά του ποσοστού του νεογνών με Apgar score ≤ 4 στο 1' υπέρ της ομάδας Α (63%) σε σχέση με την ομάδα Β (27%), διαφορά η οποία δεν πα-

ρατηρήθηκε στο 5' για Apgar score ≤ 7 . Αντίθετα παρατηρήθηκε τάση ($P=0.2$) για υψηλότερο ποσοστό άμεσης διασωλήνωσης υπέρ της ομάδας B (37.5%) σε σχέση με την ομάδα A (21%). Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των νεογνών των δύο ομάδων που εισήχθησαν στη MENN.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης το ποσοστό των μαιευτικών επιπλοκών δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ πρόωρων τοκετών ≤ 28 εβδομάδων, με ή χωρίς (ΠΡΕΥ). Σε ότι αφορά στην άμεση νεογνική νοσηρότητα, αυτή ήταν συγκρίσιμη μεταξύ των πρόωρων τοκετών με ή χωρίς ΠΡΕΥ.

ΕΧΕΙ ΘΕΣΗ Η ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ ΣΕ ΕΛΑΦΟΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ; (O-18)

Μητσιάκος Γ., Kovacs L., Παπαγεωργίου Α.,

McGill University, Jewish General Hospital, Montreal, Quebec, Canada

Εισαγωγή: Η προγεννητική χορήγηση κορτικοστεροειδών (ΠΧΚ) συσχετίζεται με καλύτερη έκβαση των πρόωρων νεογνών. Η αποτελεσματικότητα της ΠΧΚ σε κήματα με σοβαρή ενδομήτρια καθυστέρηση στην αύξηση (ΕΚΑ) είναι αμφισβητήσιμη εξ' αιτίας των ήδη υψηλών επιπέδων ενδογενών κορτικοστεροειδών και τη δυνητική βλάβη στον εγκέφαλο και στο καρδιοκυκλοφορικό σύστημα.

Σκοπός: Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της ΠΧΚ σε πρόωρα νεογνά με σοβαρή ΕΚΑ.

Υλικά/Μέθοδοι: Αναλύθηκαν τα δεδομένα όλων των νεογνών διάρκειας κύησης (ΔΚ) από 24 έως 31 6/7 εβδομάδες και βάρους γέννησης (ΒΓ) ≤ 3 η ΕΘ. Έγινε σύγκριση της θνητότητας και νοσηρότητας μεταξύ εκείνων των νεογνών που οι μητέρες τους έλαβαν 2 δόσεις ΠΧΚ (ομάδα Α) και εκείνων που δεν έλαβαν (ομάδα Β).

Αποτελέσματα: Από 1565 νεογνά, 212 (13.5%) παρουσίασαν σοβαρή ΕΚΑ. Η ομάδα Α, η οποία περιελάμβανε 130 νεογνά με μέση ΔΚ 28 ± 2.4 εβδ και μέσο ΒΓ 789 ± 213 γρ, συγκρίθηκε με την ομάδα Β των 82 νεογνών με ΔΚ 28 ± 2.6 εβδ και ΒΓ 779 ± 215 γρ. Η σύγκριση των αποτελεσμάτων παρατίθεται στον πίνακα 1.

Συμπεράσματα: Η ΠΧΚ σε έδαφος σοβαρής ΕΚΑ δεν επιφέρει βελτίωση της έκβασης των πρόωρων νεογνών. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται προκειμένου να εκτιμηθούν δυνητικοί κίνδυνοι από τα υψηλά επίπεδα κορτικοστεροειδών στο ΚΝΣ.

Πίνακας 1: Έκβαση νεογνών με ΠΧΚ (ομάδα Α) έναντι μη ΠΧΚ (ομάδα Β)

	Ομάδα Α	Ομάδα Β	P
pH ομφαλίου λώρου	7,31 \pm 0,07	7,21 \pm 0,15	0,000
Apgar 5	7,5 \pm 1,6	6,2 \pm 2,2	0,000
Χοριοαμνιονίτιδα	11(8,5%)	6(7,3%)	N/S
ΣΑΔ	69(53%)	53(64,6%)	N/S
Ημέρες σε μηχανικό αερισμό	18,2 \pm 27	23 \pm 35	N/S
IVH (III-IV)	7(5,2%)	5(6,1%)	N/S
PVL	3(3%)	1(1,5%)	N/S

PDA	58(44%)	43(52,4%)	N/S
ROP Gr III	11(11%)	7(10,3%)	N/S
Σήψη	34(26,2%)	24(29,3%)	N/S
Χειρουργική NEK	2(1,5%)	1(1,2%)	N/S
BPD (O ₂ 36 εβδομάδα)	28(27,7%)	18(26,5%)	N/S
Θνητότητα	27(21,1%)	14(17,1%)	N/S

Συντομεύσεις: ΣΑΔ = σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας, IVH = ενδοκοιλιακή αιμορραγία, PVL= περικοιλιακή λευκομαλάκυνση, PDA= ανοικτός αρτηριακός πόρος, ROP=αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας, BPD= βρογχονευμονική δυσπλασία

ΕΠΙΔΗΜΙΑ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ECHO-6 ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΝΕΟΓΝΩΝ (O-19)

Γουδεσίδου Μ., Σιαφάκας Ν., Γαϊτανά Κ., Ζέρβα Α., Καλαϊτζή Α., Κανταρτζή Ε., Πετεινάκη Ε., Γούναρης Α.

Νεογνολογική Κλινική-MENN, Μικροβιολογικό Εργαστήριο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

Εισαγωγή: Επιδημίες ιογενούς μηνιγγίτιδας από εντεροϊούς έχουν αναφερθεί στην Ελλάδα όχι όμως σε Μονάδες Νεογνών. Περιγράφουμε 8 περιστατικά που παρουσιάστηκαν στη Μονάδα μας σε μορφή επιδημίας κατά τους καλοκαιρινούς μήνες (Ιούλιος-Αύγουστος) του τρέχοντος έτους.

Υλικό: Πρόκειται για νεογνά ηλικίας 6-30 ημερών που νοσηλεύονταν στη Μονάδα για άλλους λόγους και εμφάνισαν πυρετό >38ο C (1-2 πυρετικά κύματα) με καλή γενική κατάσταση. Τρία από τα οχτώ νεογνά είχαν εξέλθει του Τμήματος και επανήλθαν 3-5 ημέρες μετά την έξοδό τους με εμπύρετο.

Στα πλαίσια διερεύνησης της λοίμωξης ελήφθησαν καλλιέργειες ENY, αίματος και ούρων. Από το ENY απομονώθηκε γενετικό υλικό και έγινε έλεγχος με PCR για παρουσία ερπητοϊών και εντεροϊών.

Αποτελέσματα: Κατά την 1η ημέρα της νόσου η μέση τιμή του αριθμού των λευκοκυττάρων στο ENY ήταν 341/mm³ (εύρος 130-900) με τύπο λεμφοκυτταρικό στα 6 από τα 8. Τα επίπεδα γλυκόζης και λευκόματος στο ENY ήταν φυσιολογικά. Η κατά Gram χρώση του ENY και η ανίχνευση αντιγόνων για *S. Agalactiae* και *E.Coli K1* ήταν αρνητικές. Η καλλιέργεια ENY ήταν σε όλες τις περιπτώσεις στείρα. Οι καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν επίσης στείρες. Ανιχνεύθηκε γενετικό υλικό εντεροϊού ECHO-6 στο ENY.

Τα νεογνά έλαβαν αρχικά αντιβίωση για λίγες μέρες η οποία μετά τη διάγνωση διακόπηκε. Η πλειοκύττωση στο ENY αποκαταστάθηκε σταδιακά και ο απεικονιστικός έλεγχος με Υ/Χ εγκεφάλου δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα.

Συμπέρασμα: Η άσηπτη μηνιγγίτιδα από εντεροϊούς πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση της νεογνικής μηνιγγίτιδας, ιδίως όταν αυτή παίρνει τη μορφή επιδημίας, και να αντιμετωπίζεται ανάλογα.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΡΟΩΡΩΝ ΤΟΚΕΤΩΝ (O-20)

Μαυρωνά Α., Τανιμανίδης Π., Μελιτζανοπούλου Α., Νενάντοβ Σ., Δαγκλής Θ., Μασούρα Σ., Γκουτζιούλης Μ., Αγοραστός Θ.

Δ' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Η παρουσίαση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των πρόωρων τοκετών (≤ 37 εβδομάδες) και των επιπλοκών που συσχετίστηκαν με την προωρότητα.

Υλικό και μέθοδος: Κατά την χρονική περίοδο 2003-2009 μελετήθηκαν τα χαρακτηριστικά 6986 τοκετών, από τους οποίους 868 ήταν πρόωροι. Μελετήθηκαν η μέση ηλικία της μητέρας, ο τόκος, οι επιπλοκές που συσχετίστηκαν με τον πρόωρο τοκετό, ο τρόπος αποπεράτωσης του τοκετού και το άμεσο περιγεννητικό αποτέλεσμα.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των γυναικών της μελέτης ήταν 29 ± 6 έτη (78%, < 35 ετών και 22%, ≥ 35 ετών). Το 48% των γυναικών ήταν πρωτοτόκες και 52% πολυτόκες. Το 48.7% (n=421) των γυναικών γέννησε με φυσιολογικό τοκετό, 49.7% (n=433) με καισαρική τομή (ΚΤ) (17.3% προηγηθείσα ΚΤ, 24.3% επείγουσα ΚΤ, 8.1% προγραμματισμένη ΚΤ-εκτός των προηγηθεισών ΚΤ) και 1.6% (n=14) με επεμβατικό κολπικό τοκετό. Οι κυριότερες παθολογικές καταστάσεις που συσχετίστηκαν με τον πρόωρο τοκετό ήταν οι εξής: ΠΡΕΥ 11.2%, προεκλαμψία 7%, προδρομικός πλακούντας 2.8%, πρόωρη αποκόλληση πλακούντα (άνευ εμβρυϊκού stress) 4.6%, χοριοαμνιονίτιδα 1.3%, επαπειλούμενη εμβρυϊκή ασφυξία 16%. Στο 57% των περιπτώσεων δεν συνυπήρχε παθολογική κατάσταση στην εγκυμοσύνη. Το μέσο βάρος γέννησης των νεογνών ήταν 2162 ± 804 gr. Το ποσοστό των νεογνών με βάρος γέννησης < 2500 gr (LBW) ανήλθε στο 60.7%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό νεογνών που παρουσίασε υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη (IUGR) ήταν 6.7%. Το Apgar score του πρώτου λεπτού ήταν ≤ 4 στο 16% των νεογνών (n=139) και του πέμπτου λεπτού ≤ 7 στο 18% (n=154). Άμεση διασωλήνωση χρειάστηκε το 6.3% των νεογνών, ενώ 425 νεογνά (49%) χρειάστηκαν εισαγωγή στη Μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών (MENN).

Συμπέρασμα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στην κλινική μας η ΚΤ αποτελεί το συνήθη τρόπο αποπεράτωσης τοκετού του πρόωρου τοκετού και το ήμισυ περίπου των πρόωρων νεογνών θα χρειασθούν εισαγωγή στην MENN.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΗΨΑΙΜΙΑΣ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΧΑΜΗΛΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΠΡΟΩΡΩΝ (O-21)

Καραγιάννη Π.¹, Κυριακίδου Μ.², Παπαϊωάννου Ε.¹, Μητσιάκος Γ.¹, Μάμαλου Χ.², Νικολαΐδης Ν.¹

¹B' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών Α.Π.Θ, Γ.Ν.Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, ²Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Γ.Ν.Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η σηψαιμία συνδυάζεται με υψηλό ποσοστό θνησιμότητας και νοσηρότητας στα χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά (XBGN), ελάχιστα όμως είναι γνωστά σχετικά με τα μακροχρόνια αποτελέσματά της.

Σκοπός: Ο καθορισμός της επίδρασης της σηψαιμίας στην νευρολογική έκβαση στη διορθωμένη ηλικία των 18 μηνών, στα XBGN.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν πρόωρα νεογνά που νοσηλεύτηκαν στη Β' ΜΕΝΝ του Γ.Ν. Παπαγεωργίου από 04/2004 έως 08/2008 με διάρκεια κύησης (ΔΚ) από 24+6/7 έως 32+0/7 και βάρος γέννησης (ΒΓ) ≤ 1500 γρ. Η αξιολόγησή της νευρολογικής τους έκβασης πραγματοποιήθηκε στη διορθωμένη ηλικία 18,86 ($\pm 1,05$) μήνες με τη Hammersmith infant neurological examination. Το μέσο βάρος γέννησης (\pm SD) ήταν 1124,97($\pm 231,11$) και η μέση διάρκεια κύησης (\pm SD) ήταν 29,14($\pm 1,85$).

Αποτελέσματα: Από τα 215 νεογνά που αξιολογήθηκαν τα 61 (28,4%) είχαν αποδεδειγμένη σηψαιμία, τα 41 (19,1%) ύποπτη ενώ τα 113 (52,6%) δεν είχαν σηψαιμία. Εγκεφαλική παράλυση (ΕΠ) παρατηρήθηκε σε 10/61 (16,39%) νεογνά με αποδεδειγμένη σηψαιμία συγκρινόμενα με 5/113 (4,42%) νεογνά που δεν εμφάνισαν σημεία σηψαιμίας [OR 4,23 με 95% CI (1,376-13,042), $p=0,011$]. Η πολυμεταβλητή ανάλυση απέδειξε ότι η σηψαιμία ανεξάρτητα αυξάνει τον κίνδυνο ΕΠ στα πρόωρα νεογνά OR 1,52 με 95% CI (1,09-3,04), $p=0,02$. Επιπλέον το βάρος γέννησης, η διάρκεια κύησης και η εγκεφαλική βλάβη αποτελούν αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ΕΠ ($p=0,04$, $p=0,045$, $p=0,012$, αντίστοιχα) ενώ η ύποπτη σηψαιμία δεν σχετίζεται με την εμφάνιση ΕΠ.

Συμπεράσματα: Η βεβαιωμένη σηψαιμία συσχετίζεται σημαντικά με νευρολογικά προβλήματα στα ΧΒΓΝ, ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες. Στρατηγικές με στόχο τη μείωση των νεογνικών λοιμώξεων κρίνονται απαραίτητες για την μείωση των απώτερων νευρολογικών επιπλοκών στην ομάδα αυτή των νεογνών.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ ΛΗΠΤΡΙΩΝ ΩΡΙΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 40 ΕΤΩΝ (O-22)

Πετούσης Στ., Ταβανιώτου Α., Γκουντάκου Μ., Παπαθεοδώρου Α., Κασάπη Ε., Μαργιούλα-Σιάρκου Χ., Παναγιωτίδης Ι., Πράπας Ν., Πράπας Ι.

ΙΑΚΕΝΤΡΟ, Κέντρο Εξωσωματικής Γονιμοποίησης και Γενετικής, Θεσσαλονίκη

Σκοπός εργασίας: Η μελέτη των μαιευτικών επιπλοκών σε κήσεις ληπτριών ηλικίας άνω των 40 ετών και η συσχέτισή τους με τον αριθμό των εμβρύων.

Υλικά και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη σε κήσεις που επετεύχθησαν μετά από λήψη ωαρίων μεταξύ 2006-2010. Από την ανάλυση εξαιρέθηκαν περιπτώσεις αυτόματων αποβολών και υποκλινικών κήσεων. Μελετήθηκαν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των εγκύων, η διάρκεια κύησης, το βάρος γέννησης καθώς και η συχνότητα πρόωρου τοκετού, σακχαρώδους διαβήτη κύησης, υπεραστικής νόσου, ενδομήτριας καθυστέρησης της ανάπτυξης, πρόωρης ρήξης εμβρυϊκών υμένων, αποκόλλησης πλακούντα και εισαγωγής στο νοσοκομείο πριν την περάτωση του τοκετού. Ακολούθως, συγκρίθηκε η συχνότητα εμφάνισης των ανωτέρω μαιευτικών επιπλοκών μεταξύ μονήρων και διδύμων κήσεων.

Αποτελέσματα: Περατώθηκαν 75 κήσεις ζώντων νεογνών, εκ των οποίων οι 52 μονήρεις(69,33%) και οι 23 δίδυμες(31,66%). Στο γενικό πληθυσμό, το ποσοστό προωρότητας ήταν 37,3%, σακχαρώδους διαβήτη 13,3%, υπεραστικής νόσου 8%, ενδομήτριας καθυστέρησης της ανάπτυξης 4%, πρόωρης ρήξης εμβρυϊκών υμένων 5%, αποκόλλησης πλακούντα 4%, ενώ εισαγωγή στο νοσοκομείο απαιτήθηκε σε ποσοστό 13%. Συγκρίνοντας τις μονήρεις με τις δίδυμες κήσεις, παρατηρήθηκε ότι η διάρκεια κύησης και το βάρος γέννησης ήταν σημαντικά ελαττωμένα και το ποσοστό πρόωρου τοκε-

τού σημαντικά υψηλότερο στις δίδυμες σε σχέση με τις μονήρεις κηήσεις ($P < .0001$). Αντίστοιχα, παρατηρήθηκε σαφώς υψηλότερο ποσοστό στις δίδυμες σε ότι αφορά την εμφάνιση υπερτασικής νόσου (17,3% έναντι 3,8%) και την ανάγκη εισαγωγής στο νοσοκομείο πριν την περάτωση του τοκετού (17,5% έναντι 11,5%).

Συμπεράσματα: Οι δίδυμες κηήσεις μετά από λήψη ωαρίων σε εγκύους άνω των 40 ετών εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά μαιευτικών επιπλοκών. Επομένως, η μεταφορά ενός μόνο γονιμοποιημένου ωαρίου στις γυναίκες άνω των 40 μπορεί να συμβάλλει στην αποφυγή των αυξημένων ποσοστών μαιευτικών επιπλοκών που συνοδεύουν τις δίδυμες κηήσεις.

ΚΥΗΣΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ >35 ΕΤΩΝ: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΟ ΚΑΙ ΤΟ ΝΕΟΓΝΟ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ (O-23)

Χατζή Ε., Αντωνάκου Α.

Τμήμα Μαιευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Σήμερα όλο και μεγαλύτερος αριθμός γυναικών αποφασίζει να τεκνοποιήσει μετά την ηλικία των 35 ετών. Ειδικά μετά την ηλικία των 40 ετών, εμφανίζονται συχνότερα επιπλοκές κατά τη διάρκεια της κύησης, όπως είναι η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι αυτόματες αποβολές, η αποκόλληση του πλακούντα, αλλά και το αυξημένο ποσοστό καισαρικών τομών. Παράλληλα φαίνεται να επηρεάζεται και η υγεία του εμβρύου- νεογνού, με συχνότερη εμφάνιση εμβρύων με σύνδρομο Down, χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά (XBGN) ενώ, και η περιγεννητική θνησιμότητα είναι υψηλότερη.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η επιβεβαίωση ή μη, της επιρροής της μητρικής ηλικίας στο περιγεννητικό αποτέλεσμα σε γυναίκες ηλικίας 35 ετών και άνω. Δηλαδή, ελέγχθηκε αν και πώς η προχωρημένη ηλικία της γυναίκας επηρεάζει i) την πορεία της εγκυμοσύνης, ii) την εξέλιξη του τοκετού, iii) την υγεία της γυναίκας και iv) την υγεία του εμβρύου - νεογνού.

Μέθοδος- Δείγμα: Πρόκειται για προδρομική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο διάστημα μεταξύ του Φεβρουαρίου- Απριλίου του 2011. Το δείγμα αποτέλεσαν 100 μητέρες άνω των 35 ετών που γέννησαν στην περιοχή των Αθηνών. Οι μητέρες ενημερώθηκαν αναλυτικά για τους σκοπούς της μελέτης και αφού έδωσαν τη συγκατάθεσή τους συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο 22 ερωτήσεων. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικές με τον προγεννητικό έλεγχο στον οποίο υποβλήθηκαν, τη χρήση καπνού, τον τρόπο τοκετού, την εμφάνιση μαιευτικών και νεογνικών επιπλοκών.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος ηλικίας των μητέρων ήταν τα $38,1 \pm 2,7$ έτη. Το 77% ήταν Ελληνίδες και το 23% αλλοδαπές. Το 43% είχε πανεπιστημιακή μόρφωση και το 69% εργαζόταν. Μόνο 1/100 μητέρων δεν υποβλήθηκε σε κανέναν προγεννητικό έλεγχο. Κατά μέσο όρο οι έγκυες του δείγματος είχαν υποβληθεί σε 3 υπερήχους. Το 33% είχε υποβληθεί σε αμνιοπαρακέντηση. Το 53% των γυναικών ήταν πρωτοτόκες και το 8% είχε υποβληθεί σε IVF. Οι πιο συχνές μαιευτικές επιπλοκές ήταν η εμφάνιση ΣΔ (9%) και υπέρτασης (8%), ενώ 13% των γυναικών γέννησαν πριν την 37η εβδ. Το 56% των γυναικών γέννησε με καισαρική τομή. Σε σχέση με τα νεογνά, 8% εμφάνισαν κάποιου βαθμού νοσηρότητα, 5 μεταφέρθηκαν σε εντατική μονάδα νοσηλείας και μόνο 1 χρειάστηκε διασωλήνωση.

Συμπέρασμα: Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι οι γυναίκες του δείγματος είχαν επαρκή παρακολούθηση στη διάρκεια της κύησης και ικανοποιητικό περιγεννητικό αποτέλεσμα. Η ηλικία σαν μοναδικός παράγοντας κινδύνου δεν φαίνεται να επηρεάζει τόσο την έκβαση της κύησης, όσο όταν συνυπάρχει με άλλα παθολογικά αίτια. Παρά το γεγονός ότι η έρευνα αυτή αφορά γυναίκες ≥ 35 ετών, σύμφωνα με τα στοιχεία που προέκυψαν, δεν φαίνεται να θεωρείται αυτό το σύνολο ως “υψηλού κινδύνου”, αλλά το σύνολο γυναικών ηλικίας >40 ετών. Επομένως, το περιγεννητικό αποτέλεσμα μιας κύησης σε γυναίκες ηλικίας 35-40 ετών, εφόσον δεν εμφανίζουν κάποιο χρόνιο νόσημα, θα μπορούσε να συγκριθεί με αυτό των γυναικών ηλικίας 20-35 ετών. Στο μέλλον είναι σκόπιμο να πραγματοποιηθούν περισσότερες μελέτες σχετικά με τη κύηση σε ηλικίες >40 ετών, τους συνυπάρχοντες κινδύνους και την επίδρασή τους στο περιγεννητικό αποτέλεσμα.

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΤΕΡΟΤΑΞΙΑΣ ΣΤΗ 13Η ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΥΗΣΗΣ- ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (Ο-24)

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

Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης - Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

Τα σύνδρομα ετεροταξίας ή καρδιοσπληνικά σύνδρομα, είναι σπάνιες συγγενείς ανωμαλίες, οι οποίες εμφανίζονται με συχνότητα 0.8-4% σε νεογνά με συγγενείς καρδιοπάθειες. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό προγεννητικής διάγνωσης συνδρόμου ετεροταξίας του τύπου δεξιού ισομερισμού (σύνδρομο ασπληνίας ή Ivemark), στο 1ο τρίμηνο της κύησης. Η διάγνωση βασίστηκε σε πρώιμα υπερηχογραφήματα, τα οποία χαρακτηρίζονταν από ανώμαλη διάταξη των σπλάχνων και σοβαρής συγγενούς καρδιοπάθειας του εμβρύου. Σαραντάχρονη έγκυος, σε 1η κύηση κατόπιν ICSI, εξετάστηκε με υπερηχογράφημα στα πλαίσια του προγεννητικού ελέγχου 1ου τριμήνου στις 13 εβδ. κύησης. Η αυχενική διαφάνεια μετρήθηκε 3.2mm, το ρινικό οστό ήταν παρόν. Διαπιστώθηκε παλίνδρομη ροή στον φλεβώδη πόρο. Ακολούθησε λεπτομερής εξέταση της εμβρυϊκής καρδιάς χρησιμοποιώντας τεχνολογία έγχρωμου Doppler υψηλής ανάλυσης διακοιλιακά και διακολπικά. Η εξέταση έδειξε φυσιολογικό φλεβοκομβικό καρδιακό ρυθμό, φυσιολογική θέση της εμβρυϊκής καρδιάς στο θώρακα, φυσιολογικό προσανατολισμό του καρδιακού άξονα, δύο κολποκοιλιακές βαλβίδες με φυσιολογικές φλεβοκοιλιακές συνδέσεις και έλλειψη περικαρδιακής συλλογής υγρού. Σε αντίθεση, διαπιστώθηκε ανώμαλη απεικόνιση των τεσσάρων καρδιακών κοιλοτήτων, παρουσιάζοντας μια υποπλαστική (αρ) κοιλία με δυσπλαστική (αρ) κολποκοιλιακή βαλβίδα. Η (δε) καρδιακή κοιλία ήταν διπλής εξόδου. Επίσης το μεσοκοιλιακό διάφραγμα παρουσίαζε έλλειμμα στο μεμβρανώδες τμήμα. Κατά την υπερηχογραφική εξέταση των εμβρυϊκών σπλάχνων, το στομάχι απεικονίστηκε στα δεξιά και το ήπαρ κεντρικά. Η βιοψία χοριακών λαχνών έδειξε έναν φυσιολογικό καρυότυπο άρρενος εμβρύου (46,XY) και η εξέταση για σύνδρομο Di George ήταν αρνητική. Η σύμπλοκη συγγενής καρδιοπάθεια επιβεβαιώθηκε δύο εβδομάδες αργότερα από παιδοκαρδιολόγο. Η προγεννητική διάγνωση καρδιοσπληνικών συνδρόμων θα μπορούσε να είναι εφικτή νωρίς στην κύηση με τη βοήθεια μοντέρνας τεχνολογίας υπερήχων στα χέρια εξειδικευμένων υπερηχογραφιστών.

ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΟΥΡΗΤΗΡΙΚΩΝ ΚΑΘΕΤΗΡΩΝ (O-025)

Παπαντωνίου Ν., Σίμου Μ., Δασκαλάκης Γ., Παπαζεύκος Β., Παπαμανώλης Β., Κουτρουμάνης Π., Κυρίτσης Ν., Μεσογίτης Σ., Αντσακλής Α.

Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο "Αλεξάνδρα"

Σκοπός: Να αναδειχθεί η επίπτωση της μαιευτικής υστερεκτομής στην κλινική μας, μετά των σχετικών ενδείξεων, και να διερευνηθεί η συμβολή της προεγχειρητικής τοποθέτησης ουρητηρικών καθετήρων (pig-tail) στη μείωση της νοσηρότητας, πού χαρακτηρίζει τέτοιες μαιευτικές επεμβάσεις.

Μέθοδοι: Καταγράφηκαν και μελετήθηκαν αναδρομικά όλες οι μαιευτικές υστερεκτομές πού πραγματοποιήθηκαν στην κλινική μας από τον Ιανουάριο του 2009 έως τον Σεπτέμβριο του 2011. Στη συνέχεια χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: σε αυτές πού έγινε προεγχειρητική τοποθέτηση ουρητηρικών καθετήρων και σε αυτές πού δεν έγινε τοποθέτηση pig-tail προεγχειρητικά. Ακολούθησε σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τον απαιτούμενο διεγχειρητικό χρόνο, τις ανάγκες σε μετάγγιση ολικού αίματος και πλάσματος, τις διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές και το συνολικό χρόνο νοσηλείας της μητέρας. Δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία περιγεννητικής έκβασης καταγράφηκαν σε όλες τις περιπτώσεις μαιευτικής υστερεκτομής.

Αποτελέσματα: Προέκυψαν 32 μαιευτικές υστερεκτομές ανάμεσα σε 12 171 γεννήσεις πού έλαβαν χώρα στο χρονικό διάστημα που μελετήθηκε (2.6 σε 1000 γεννήσεις). Οι ενδείξεις ήταν προδρομικός πλακούντας (90.6%) και ατονία μήτρας (9.4%). Ανάμεσα στις 32 περιπτώσεις οι 30 ακολούθησαν καισαρική τομή (93.75%) και οι 2 (6.25%) έγιναν μετά από φυσιολογικό τοκετό λόγω ατονίας. Στην ομάδα τοποθέτησης pig-tail ο μέσος εγχειρητικός χρόνος ήταν μειωμένος σε σχέση με την ομάδα χωρίς. Συγκεκριμένα, 1.67 ώρες και 2.99 ώρες αντίστοιχα, ενώ λιγότερες ήταν και οι ανάγκες σε αίμα και πλάσμα: 2.4 μονάδες αίμα σε αντίθεση με 5.32 μονάδες κατά μέσο όρο, 2 συνολικά πλάσματα σε αντίθεση με 4.68 πλάσματα -μέσος όρος- στην ομάδα χωρίς pig-tail. Καταγράφηκαν διεγχειρητικά 6 συρραφείσες ρήξεις ουροδόχου κύστεως, όταν δεν χρησιμοποιήθηκε ουρητηρικός καθετήρας προεγχειρητικά και 2 περιπτώσεις στην ομάδα των pig-tail, καθώς και η δημιουργία κυστεοκολπικού συρριγγίου μετεγχειρητικά στην ομάδα όπου δεν ετέθησαν pig-tail.

Συμπέρασμα: Η τοποθέτηση ουρητηρικών καθετήρων πριν από την τέλεση μαιευτικής υστερεκτομής διευκολύνει τη διεκπαιρέωση της επέμβασης και απαιτεί λιγότερους και πιο σύντομους διεγχειρητικούς χειρισμούς, μειώνοντας έτσι την απώλεια αίματος και τις κακώσεις των ουρητήρων πού συνήθως συνοδεύουν μία τέτοια δύσκολη επέμβαση.

16^ο
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
21-23 Οκτωβρίου 2011

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

P01-P154

ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΣΤΙΣ 16 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΚΥΗΣΗΣ: ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (E-001)

Παπουτσής Δ.¹, Σίνδος Μ.¹, Ντόμαλη Α.¹, Παπαευθυμίου Μ.², Δασκαλάκης Γ.¹, Μεσογίτης Σ.¹, Παπαντωνίου Ν.¹, Αντσακλής Α.¹

¹ Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, ² Κυτταρολογικό Τμήμα Νοσοκομείου Αλεξάνδρα

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού αδενοκαρκινώματος παγκρέατος στην κύηση. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την πρόγνωση της νόσου και τις επιλογές θεραπείας.

Υλικά και Μέθοδος: Ασθενής 33 ετών (G1P0) προσήλθε στην κλινική μας στις 16 εβδομάδες κύησης λόγω αναιμίας (Ht=25%) και απώλειας βάρους (~3Kg).

Αποτελέσματα: Κατά την εισαγωγή, η φυσική εξέταση της εγκύου δεν έδειξε παθολογία, ενώ η μαιευτική εξέταση αποκάλυψε ζώσα μονήρη κύηση 15+5 εβδομάδων με φυσιολογική βιομετρία εμβρύου και ποσότητα αμνιακού υγρού. Η ασθενής είχε αυξημένους καρκινικούς δείκτες και αυξημένες τιμές αμυλάσης αίματος-ούρων. Πραγματοποιήθηκε MRI και διοισοφάγειο υπερηχογράφημα άνω κοιλίας, που έδειξαν νεοπλασματική μάζα στην ουρά του παγκρέατος και δευτεροπαθείς ηπατικές μεταστάσεις. Η FNA βιοψία παγκρέατος αποκάλυψε κακοήθεια αδενικού τύπου. Κατά την 22η ημέρα νοσηλείας, ο υπερηχογραφικός έλεγχος της κύησης κατέδειξε τον ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου. Στη συνέχεια, έγινε πρόκληση τοκετού με μισοπροστόλη και έξοδος νεκρού εμβρύου. Η ασθενής μεταφέρθηκε στην Παθολογική/Ογκολογική κλινική για περαιτέρω διερεύνηση, σταδιοποίηση και αντιμετώπιση.

Συμπεράσματα: Η κλινική εικόνα της νόσου είναι τελείως άτυπη και συχνά συγχέεται με τα φυσιολογικά συμπτώματα της κύησης. Η πρόγνωση στην κύηση είναι πτωχή με πενταετή επιβίωση μετά χειρουργική θεραπεία 20% έναντι 3-5% σε ανεγχείρητο όγκο. Η πρόγνωση εξαρτάται από το στάδιο της νόσου και από το χρόνο μεταξύ διάγνωσης και χειρουργικής επέμβασης. Καθυστέρηση ακόμη και για 1 μήνα μπορεί να καταστήσει τη νόσο μεταστατική. Επέμβαση εκλογής είναι η επέμβαση Whipple (παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή). Κρίσιμη είναι η συμμετοχή πολλαπλών ειδικοτήτων στη διαχείριση του περιστατικού, ενώ λόγω σπανιότητας της νόσου δεν υπάρχουν επίσημες οδηγίες που να κατευθύνουν τη λήψη της οποιασδήποτε απόφασης.

ΑΙΤΙΑ ΣΠΑΣΜΩΝ ΣΕ ΥΓΙΗ ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΑ ΝΕΟΓΝΑ ΤΗΝ 1Η ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΖΩΗΣ (E-002)

Αναγνωστάτου Ν., Χατζηδάκη Ε., Βοριά Π., Μανουρά Α., Κορακάκη Ε., Σαϊτάκης Ε., Σαββάκη Μ., Φιωτάκη Σ., Γιαννακοπούλου Χ.

Νεογνολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης

Εισαγωγή: Η επίπτωση των σπασμών στα νεογνά υπολογίζεται στα 4-10/1000 νεογνά. Η διαφορική διάγνωση των σπασμών που εμφανίζονται σε τελειόμηνα νεογνά είναι ευρεία. Σκοπός μελέτης: Να μελετηθούν τα αίτια σπασμών σε τελειόμηνα νεογνά με ελεύθερο περιγεννητικό ιστορικό. Μέθοδος: Ανασκοπήθηκαν οι φάκελοι των τελειόμηνων νεογνών με ελεύθερο περιγεννητικό ιστορικό που νο-

σηλεύτηκαν λόγω σπασμών την τελευταία 3ετία. Αποτελέσματα: Νοσηλεύτηκαν 6 με μέση ηλικία 2,5 ημερών, μέσο ΒΓ 3400gr. Σε όλα έγινε έλεγχος λοίμωξης, αποκλείστηκαν οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, έλεγχος για συγγενείς λοιμώξεις, PCR για HSV1,2, μεταβολικά νοσήματα, U/s εγκεφάλου, ΗΕΓ και βυθοσκόπηση, ενώ σε 4 νεογνά πραγματοποιήθηκε και MRI. Η αιτιολογία των σπασμών κάλυπτε όλη σχεδόν τη διαφορική διάγνωση των νεογνικών σπασμών. Στο 1ο περιστατικό που εμφάνισε επεισόδια κλονικών συσπάσεων στο ΔΕ άνω άκρο το 3ο 24ωρο ζωής διαγνώστηκε αρτηριοφλεβώδη δυσπλασία επιπλακείσα με αιμορραγία. Στο 2ο περιστατικό που νοσηλεύτηκε λόγω τονικοκλονικών συσπάσεων ΔΕ άνω και κάτω άκρου το 4ο 24ωρο, αναδείχθηκε ισχαιμικό έμφρακτο ΔΕ βρεγματικά με ετεροζυγωτία MTHFR. Στο 3ο νεογνό που εμφάνισε επεισόδια κυάνωσης και εστιακών σπασμών, η βιοψία δερματικής φυσαλιδώδους βλάβης έθεσε τη διάγνωση της ακράτειας χρωστικής (incontinentia pigmenti). Στο 4ο νεογνό με επεισόδια σπασμών την 2η ημέρα διαπιστώθηκε μηνιγγίτιδα από E.Coli, ενώ στο 5ο νεογνό που νοσηλεύτηκε με εστιακούς σπασμούς άνω άκρων στο 3ο 24ωρο θεωρήθηκαν ως καλοήθεις ιδιοπαθείς νεογνικοί σπασμοί, βάση του αρνητικού εργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου. Τέλος, το 6ο περιστατικό παρουσίασε πολλαπλά επεισόδια κυάνωσης, προσήλωσης βλέμματος και συσπάσεων άνω και κάτω άκρων από το 1ο 24ωρο, ωστόσο βάση του αρνητικού ελέγχου σε συνδυασμό με το οικογενειακό ιστορικό νεογνικών σπασμών, τέθηκε η διάγνωση των καλοήθων οικογενών νεογνικών σπασμών.

Συμπεράσματα: Η διαφορική διάγνωση των σπασμών που εμφανίζονται τις πρώτες ημέρες ζωής σε τελειόμηνα νεογνά με ελεύθερο περιγεννητικό ιστορικό είναι ευρεία και για το λόγο αυτό πρέπει να γίνεται εκτεταμένος αλλά στοχευμένος εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος για την ταχύτερη και σωστότερη διάγνωση.

ΑΙΤΙΑ, ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ (E-003)

Αντωνοπούλου Ε., Καμπουροπούλου Γ., Καλαϊτζίδης Ι., Λέφα Π., Παπαδάκη Ε.-Γ.

Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

Σκοπός εργασίας: Η υπογλυκαιμία είναι από τις συχνότερες μεταβολικές διαταραχές της νεογνικής ηλικίας. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της συχνότητας, τα αίτια και η αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας, καθώς και η έκβαση των νεογνών.

Υλικά και μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι περιπτώσεις νεογνών με υπογλυκαιμία από 1/1/2009 έως 30/6/2011. Η μέτρηση της γλυκόζης έγινε κυρίως με την ταχεία μέθοδο (Dextrostix). Ως υπογλυκαιμία ορίστηκε επίπεδο γλυκόζης <40 mg/dl.

Αποτελέσματα: Στο σύνολο των 2.292 γεννήσεων διαπιστώθηκε υπογλυκαιμία σε 35 νεογνά (1,5%). Τα αίτια της υπογλυκαιμίας ήταν: Ο σακχαρώδης διαβήτης κύησης (25,7%), η προωρότητα (22,8%), η λοίμωξη (11,4%), το ελλιποβαρές νεογνό (8,5%), η χρήση φαρμάκων από την μητέρα (2,8%), η περιγεννητική ασφυξία (2,8%) και άλλα αίτια (25,7%). Τα νεογνά αντιμετωπίστηκαν με συχνή σίτιση σε ποσοστό 57,1% και με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών σε ποσοστό 14,2%. Σε όλες τις περιπτώσεις η έκβαση ήταν καλή. Λόγω επιμέρους υπογλυκαιμίας, διακομίστηκαν 10 νεογνά (28,5%) σε μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών.

Συμπέρασμα: Επισημαίνεται η ανάγκη της πρόληψης και έγκαιρης αντιμετώπισης της υπογλυκαιμίας για την αποφυγή μόνιμης νευρολογικής βλάβης.

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ (E-004)

Τσεκούρα Ε., Πολυχρονάκου Α., Γεωργίου Σ., Χρέλιας Χ., Κασσάνος Δ.

ΜΕΝΝ Γ' Παιδιατρικής Πανεπιστημιακής Κλινικής και Γ' Μαιευτικής Πανεπιστημιακής Κλινική Νοσοκομείο "Αττικόν"

Σκοπός: Μελέτη τελειόμηνων-οριακά πρόωρων τοκετών της Γ' Μαιευτικής Πανεπιστημιακής Κλινικής σε σχέση με το είδος τοκετού.

Μέθοδος: Αναδρομική συλλογή στοιχείων από το αρχείο του νεογνολογικού τμήματος της Γ' Παιδιατρικής Πανεπιστημιακής Κλινικής του Νοσοκομείου 'Αττικόν' στο σύνολο των γεννήσεων της Γ' Μαιευτικής Πανεπιστημιακής Κλινικής το έτος 2010.

Αποτελέσματα: Έγινε συλλογή δεδομένων από 1513 νεογνά με ηλικία κύησης (ΗΚ) ≥ 32 -42η εβδομάδα. Μέση ΗΚ=39 εβδομάδες, 11% ≤ 37 η και ≥ 32 η, 11% ≥ 41 η. Μέσο βάρος γέννησης (ΒΓ) 3247 ± 445 , 5.2% < 2500 gr, 5.4% > 4000 gr. Ύψος 50.7 ± 2.4 cm, περίμετρος κεφαλής (ΠΚ) 34.2 ± 1.5 cm. Μέση ηλικία μητέρας (ΗΜ) 30.9 ± 4.9 έτη, 18.1% 35-39 έτη, 4.3% ≥ 40 έτη. Πρωτοτόκες 58%, δευτεροτόκες 32.7%, τριτοτόκες 7.8%. Αγόρια 50.4%.

Τοκετός δια της κοιλιακής οδού ('φυσιολογικός τοκετός' ΦΤ) 46%, (4.7% χρήση εμβρουουλκού). Καισαρική τομή (ΚΤ) 53.3%. Προγραμματισμένη ΚΤ (ΠΚΤ) 35.2% (προηγηθείσα, αίτια από την μητέρα (μυωπία), ΙUGR, έρπης γεννητικών οργάνων, σακχαρώδης διαβήτης κύησης). Κεφαλοπυελική δυσαναλογία ή αδιευκρίνιστα 32.8%, μη εξέλιξη τοκετού 15.7%, πολύδυμη κύηση 5.2%, ισχιακή προβολή 5%, επιθυμίας μητέρας 4%, επείγουσα ΚΤ 1.74%. Πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η αύξηση της ΠΚ κατά μία μονάδα αυξάνει την πιθανότητα ΚΤ κατά 9%. Η ΗΜ ≥ 35 διπλασιάζει την πιθανότητα, $p < 0.001$. Η ΗΚ επηρεάζει τον τρόπο τοκετού. Η ΚΤ είναι ο συχνότερος τρόπος τοκετού πριν την 37η εβδ. (76%), ενώ μετά την 40η ο ΦΤ (74.6%). Παρατεταμένη ρήξη υμένων (ΠΡΥ) και κεχρωσμένο αμνιακό υγρό (ΚΑΥ) παρατηρήθηκαν στο 2.9% και 8.2% αντίστοιχα. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στον τρόπο τοκετού σε σχέση με την παρουσία ή όχι ΚΑΥ και ΠΡΥ. Θνησιγενή ήταν 6 νεογνά (0.4%) από τα οποία (5) ήταν 32-34 εβδ. και (1) 37 εβδ.

Συμπεράσματα: Παρατηρείται αύξηση της συχνότητας των καισαρικών τομών παράλληλη με την αύξηση της ηλικίας της επιτόκου.

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΡΟΠΟΥ ΑΠΟΠΕΡΑΤΩΣΗΣ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΜΕΣΗΣ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΑΝΑ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ ΕΤΟΥΣ (E-005)

Γήτας Γ., Μαργιούλα-Σιάρκου Χ., Πετούσης Στ., Τραϊανός Α., Καλογιαννίδης Ι., Τραϊανός Β., Γκουτζιούλης Μ., Αγοραστός Θ.

Δ' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Η μελέτη του τρόπου αποπεράτωσης τοκετού και της άμεσης περιγεννητικής νοσηρότητας μεταξύ νεογνών που γεννήθηκαν στις διάφορες εποχές του έτους.

Υλικά και μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά το σύνολο των κήσεων που αποπερατώθηκαν κατά την χρονική περίοδο 2003-2009. Για τους σκοπούς της μελέτης οι κήσεις ταξινομήθηκαν σύμφωνα με την εποχή του χρόνου που αποπερατώθηκαν: σε ομάδα Α (Χειμώνα), ομάδα Β (Άνοιξη), ομάδα Γ (Καλοκαίρι) ομάδα Δ (Φθινόπωρο). Συγκρίθηκαν ανά εποχή τα ποσοστά φυσιολογικών τοκετών, της καισαρικής τομής (ΚΤ) επί προηγηθείσας ΚΤ, της επείγουσας-ΚΤ και της προγραμματισμένης-ΚΤ (πλην προηγηθεισών ΚΤ). Ακόμη, αναλύθηκε η περιγεννητική νοσηρότητα, με βάση το Apgar score των νεογνών, το ποσοστό άμεσης διασωλήνωσης και εισαγωγής στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) μεταξύ των ομάδων της μελέτης.

Αποτελέσματα: Υπήρξε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό προγραμματισμένης ΚΤ την περίοδο του καλοκαιριού (ομάδας Γ) σε σχέση με τις άλλες ομάδες ($P < 0.001$). Επιπλέον, παρατηρήθηκε αυξητική τάση στο ποσοστό της άμεσης διασωλήνωσης ($P = 0.07$) και του Apgar score των νεογνών για τιμές ≤ 4 στο 1' ($P = 0.08$), μεταξύ της ομάδας Γ και των άλλων ομάδων της μελέτης. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($P = NS$) μεταξύ των ομάδων της μελέτης ως προς το ποσοστό του φυσιολογικού τοκετού, ΠΚΤ, της επείγουσας ΚΤ και των υπόλοιπων δεικτών περιγεννητικής νοσηρότητας.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η άμεση περιγεννητική νοσηρότητα δεν εμφανίζει σημαντική εποχιακή διαφοροποίηση. Παρατηρείται όμως αυξημένο ποσοστό προγραμματισμένης-ΚΤ κατά την περίοδο του καλοκαιριού.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ (E-006)

Τσεκούρα Ε., Πολυχρονάκου Α., Μπουτοπούλου Β., Καφαμπέλη Ε., Κασσάνος Δ.

MENN Γ' Παιδιατρικής Πανεπιστημιακής Κλινικής και Γ' Μαιευτικής Πανεπιστημιακής Κλινική Νοσοκομείο "Αττικόν"

Σκοπός: Η μελέτη τελειόμηνων-οριακά πρόωρων τοκετών της Γ' Μαιευτικής Πανεπιστημιακής Κλινικής σε σχέση με την παρουσία σακχαρώδη διαβήτη κύησης (ΣΔΚ) και θυρεοειδοπάθειας της εγκύου.

Μέθοδος: Αναδρομική συλλογή στοιχείων από το αρχείο του νεογνολογικού τμήματος της Γ' Παιδιατρικής Πανεπιστημιακής Κλινικής του Νοσοκομείου 'Αττικόν' στο σύνολο των γεννήσεων της Γ' Μαιευτικής Πανεπιστημιακής Κλινικής το έτος 2010.

Αποτελέσματα: Έγινε συλλογή δεδομένων από 1513 νεογνά. Σακχαρώδης διαβήτης κύησης (ΣΔΚ) παρατηρήθηκε στο 8.2% (124/1513). Το 71.8% υπό δίαιτα και το 28.2% υπό ινσουλίνη. Πιο διαδεδομένη ήταν η θυρεοειδοπάθεια της εγκύου (ΘΕ) 11.8% (179/1513). Θετικό τίτλο αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων είχε το 20.7%. Στο 19.3% γυναικών με ΣΔΚ συνυπήρχε ΘΕ. Στον ΣΔΚ η ηλικία της μητέρας στο 37.6% ήταν ≥ 35 και στο 15.3% ≥ 40 έτη. Το 53% ήταν πρωτοτόκες. Μέσο βάρος γέννησης 3.295gr (1980-4400gr). Στο 9.7% ΒΓ ≥ 4000 gr. Η ΚΤ ήταν συχνότερη στις γυναίκες με ΣΔΚ (ΚΤ/ΦΤ = 85/39, $p < 0.001$), ενώ δεν υπήρχε διαφορά στον τρόπο τοκετού στις γυναίκες με θυρεοειδοπάθεια (ΚΤ/ΦΤ = 96/83). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στην επίπτωση κακώσεων σε σχέση με την παρουσία ΣΔΚ και τον ΦΤ (28.2%/21.7%). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στις κακώσεις διαβητικών με ινσουλίνη και με δίαιτα, τόσο συνολικά (17.1%/15.7%), όσο και ανά είδος τοκετού ΦΤ(25/29%), ΠΚΤ(13/6.1%), ΕΚΤ (25/22.2%).

Στην MENN εισήχθησαν 5.6% (7/124) νεογνά με ΣΔΚ. Θήλασαν αποκλειστικά ΑΜΘ 71%, μικτή διατροφή έλαβε το 22.6%, και φόρμουλα το 7.2%. Απώλεια βάρους $> 10\%$ εμφάνισε το 21%.

Συμπεράσματα: Η παρουσία ΣΔΚ δεν αποτελεί ένδειξη ΚΤ. Το 1/3 των γυναικών με ΣΔΚ έχει ηλικία ≥ 35 ετών.

ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΤΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΤΟΥ ΓΑΛΗΝΟΥ - ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (E-007)

Σακλαμάκη-Κοντού Μ., Στεφανίδου Ε., Μπόνου Π., Καπόγιαννης Α., Σκουτέλη Ε., Νάσης Ν., Ανδρέου Α.

Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, ΜΗΤΕΡΑ Γενική, Μαιευτική-Γυναικολογική και Παιδιατρική Κλινική

Το ανεύρυσμα της φλέβας του Γαληνού είναι μία σπάνια συγγενής ανωμαλία, με συχνότητα 1 : 25000 γεννήσεις. Χαρακτηρίζεται από αρτηριοφλεβώδη δυσπλασία η οποία δημιουργείται μεταξύ 6ης - 11ης εβδομάδας κύησης και οδηγεί σε διάταση της μέσης προσεγκεφαλικής φλέβας (εμβρυονικά πρόδρομος φλέβας του Γαληνού), με σοβαρές αιμοδυναμικές διαταραχές. Διακρίνουμε τον χοριοειδή τύπο (συχνότερος και βαρύτερης πρόγνωσης) και τον τοιχωματικό.

Λόγω μειωμένων αντιστάσεων στην αρτηριοφλεβώδη επικοινωνία, προκαλείται “υποκλοπή” αίματος μέσω της αορτής στην περιοχή του ανευρύσματος, με αυξημένη επιστροφή φλεβικού αίματος από τον εγκέφαλο στις δεξιές καρδιακές κοιλότητες. Ακολουθεί αύξηση των πνευμονικών αντιστάσεων, διάταση της δεξιάς κοιλίας και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Λόγω υποάρδευσης των στεφανιαίων αρτηριών προκαλείται ισχαιμία του μυοκαρδίου, και λόγω μειωμένης νεφρικής αιμάτωσης, νεφρική ανεπάρκεια. Η αυξημένη πίεση στο εγκεφαλικό φλεβικό σύστημα προκαλεί δυσαπορρόφηση του ΕΝΥ και σε συνδυασμό με την απευθείας πίεση του υδραγωγού του Sylvius από το ανεύρυσμα, υδροκεφαλία.

Η κλινική εικόνα διαφέρει ανάλογα με την ηλικία. Κατά την νεογνική περίοδο, που είναι και η συχνότερη ηλικία εμφάνισης των συμπτωμάτων, κυριαρχούν οι εκδηλώσεις από το κυκλοφορικό, με εικόνα συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας υψηλής παροχής. Η καρδιακή ανεπάρκεια δεν ανταποκρίνεται συνήθως στην συντηρητική αγωγή, συνοδεύεται από νεφρική ή πολυοργανική ανεπάρκεια, μπορεί να απειλήσει άμεσα τη ζωή του νεογνού και απαιτεί επείγοντα εμβολισμό του ανευρύσματος. Στη βρεφική ηλικία τα συμπτώματα από την καρδιά είναι ηπιώτερα, ενώ είναι συχνότερα ο υδροκέφαλος, οι σπασμοί και η ψυχοκινητική καθυστέρηση. Τα μεγαλύτερα παιδιά και οι ενήλικες συνήθως παρουσιάζουν πονοκεφάλους και σπασμούς, λόγω ενδοπαρεγχυματικής ή υπαραχνοειδούς αιμορραγίας, από μικροτέρου μεγέθους αρτηριοφλεβώδη επικοινωνία.

Η διάγνωση τίθεται προγεννητικά (έως 30%) και μετά τη γέννηση, με υπερηχογράφημα εγκεφάλου και Doppler των εγκεφαλικών αρτηριών, αξονική αγγειογραφία και μαγνητική τομογραφία / αγγειογραφία. Η πρόγνωση εξαρτάται από την ηλικία πρώτης διάγνωσης και την κλινική εικόνα. Προγεννητική διάγνωση με εικόνα συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, συνοδεύονται από αυξημένη θνησιμότητα.

Τελευταία, η ενδαγγειακή αντιμετώπιση υπό γενική αναισθησία, με υπερεκλεκτικούς καθετηριασμούς και αποκλεισμό των επικοινωνιών, έχει συμβάλει σημαντικά στην αύξηση της επιβίωσης των νεογνών με ανεύρυσμα της φλέβας του Γαληνού (έως 50% στη νεογνική, και έως 90% στη βρεφική και παιδική ηλικία). Παρουσιάζουμε δύο περιπτώσεις τελειομήνων νεογνών που νοσηλεύσαμε πρόσφατα στη ΜΕΝΝ του Μαιευτηρίου ΜΗΤΕΡΑ. Στο πρώτο νεογνό η διάγνωση είχε τεθεί προγεννητικά, στις 32 εβδ. κύησης, με MRI. Το νεογνό γεννήθηκε με καισαρική τομή σε άλλο ιδιωτικό μαιευτήριο των Αθηνών και μεταφέρθηκε στο ΜΗΤΕΡΑ αμέσως μετά τη γέννηση, διασωληνωμένο, με εικόνα συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας και κοιλιομεγαλία χωρίς σημεία αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης. Τέθηκε σε αγωγή με ινότροπα φάρμακα και διουρητικά, όμως λόγω σταδιακής επιδείνωσης, με ταυτόχρονη αρχόμενη νεφρική ανεπάρκεια, οδηγήθηκε για εμβολισμό την έβδομη ημέρα ζωής. Ο εμβολισμός διεξήχθη με

επιτυχία (κ.Ανδρέου, ΥΓΕΙΑ), με σμίκρυνση του ανευρύσματος κατά 50% στο μετεπεμβατικό MRI. Στη συνέχεια υπεβλήθη επιτυχώς και σε χειρουργική σύγκλιση του βοταλλείου πόρου. Το νεογνό βελτιώθηκε σταδιακά και εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση μετά απο δίμηνη νοσηλεία. Στον επανέλεγχο που διεξήχθη σε ηλικία 9 μηνών, με MRI εγκεφάλου, διαπιστώθηκε περαιτέρω σμίκρυνση του ανευρύσματος, ενώ η σωματική και ψυχοκινητική εξέλιξη του βρέφους είναι ικανοποιητική.

Το δεύτερο νεογνό γεννήθηκε ΤΑΜ, με φυσιολογικό τοκετό, σε επαρχιακό ιδιωτικό μαιευτήριο. Τη 4η ημέρα ζωής παρουσίασε οξεία καρδιακή ανεπάρκεια, και με την υπερηχογραφική διάγνωση βαλβιδικής στένωσης, με στένωση του ισθμού της αορτής, μεταφέρθηκε σε ΜΕΝΝ του Νοσοκομείου Παιδών για περαιτέρω αντιμετώπιση. Ο καρδιακός καθετηριασμός την 5η μέρα ζωής απέκλεισε τα προαναφερθέντα καρδιολογικά ευρήματα. Το υπερηχογράφημα εγκεφάλου έδειξε ανεύρυσμα της φλέβας του Γαληνού, χωρίς διάταση του κοιλιακού συστήματος του εγκεφάλου. Το νεογνό μεταφέρθηκε στην Μονάδα μας για εμβολισμό την 7η ημέρα ζωής, διασωληνωμένο, με καρδιακή ανεπάρκεια και οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Λόγω οξείας ανουρίας υπεβλήθη σε συνεχή περιτοναϊκή κάθαρση επι 14ήμερο και στη συνέχεια σε εμβολισμό του ανευρύσματος την 24η ημέρα ζωής. Παρά την επιτυχία του εμβολισμού, το νεογνό κατέληξε έξι ημέρες αργότερα, απο οξεία νεφρική ανεπάρκεια, σε ηλικία 30 ημερών.

Βιβλιογραφία:

- Stanley Hoang, B.S. Omar Choudhri, M.D., Michael Edwards, M.D. and Rafael Guzman, M.D. *Vein of Galen malformation Neurosurg Focus, Volume 27, November 2009.*
- Alvarez H., Garcia Monaco R., Rodesch G., Sachet M., Krings T., Lasjaunias P. *Vein of Galen Aneurysmal Malformations Neuroimaging Clinics Of North America / 2007 Elsevier Inc.*
- Joseph J. Volpe *Vein of Galen malformation Neurology of the Newborn p.996 - 1002 / 5th Edition 2008.*
- Hassan T., Nassar M., Elghandour M., *Vein of Galen Aneurysms : Presentation and Endovascular Management Pediatr. Neurosurg 2010 / 46:427 - 434.*
- Khullar D, Andeejani A, Bulsara K. *Evolution of Treatment Options For Vein of Galen Malformations J Neurosurg Pediatrics 6: 444 -451, 2010.*
- Arun Kumar Gupta, M.D., Vedula Rajani Kanth Rao, M.D., Dandu Ravi Varma, D.M., Tirur R. Kapilamoorthy M.D., Chandrasekharan Kesavadas, M.D., Thamburaj Krishnamoorthy, D.M., Bejoy Thomas, M.D., Narendra K. Bodhey, M.D., and Sukalyan Purkayastha, D.M. *Evaluation, management, and long-term follow up of vein of Galen malformations J Neurosurg 105 : 26-33, 2006*
- Ai - Hsien Li, M.D., Derek Armstrong, M.B.B.S., F.R.C.P.C., and Karel G. TerBrugge, M.D., F.R.C.P. *Endovascular treatment of vein of Galen aneurysmal malformation : management strategy and 21- year experience in Toronto J Neurosurg Pediatrics 7 : 3-10, 2011.*
- Jeffrey P. Blount, M.D., W. Jerry Oakes, M.D., R. Shane Tubbs, P.A.-C., PhD., and Robin P. Humphreys, M.D. *History of surgery for cerebrovascular disease in children. Part II. Vein of Galen malformations Neurosurg Focus 20(6): E10, 2006.*
- Gregory G. Heuer, Brandon Gabel, Lauren A. Beslow, Michael F. Stiefel, Erin S. Schwartz, Phillip B. Storm, Rebecca N. Ichord, Robert W. Hurst *Diagnosis and treatment of vein of Galen aneurysmal malformations Childs Nerv Syst (2010) 26: 879 - 887.*

ΑΝΟΙΧΤΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΟΣΤΟΜΙΑ ΣΕ ΠΡΩΡΟ ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ (E-008)

**Παπαδοπούλου Μ.¹, Καραβάνα Γ.¹, Λαϊνάκης Ν.², Καλαντζή Ν.², Νικολάου Β.³, Πατσούρου Ε.¹,
Λαμπαδαρίδης Ι.**

*¹Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών και Νεογνολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας Πειραιά
“Άγιος Παντελεήμων” ²Παιδοχειρουργική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας Πειραιά “Άγιος Παντελεή-
μων” ³Ακτινολογικό -Υπερηχολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας Πειραιά “Άγιος Παντελεήμων”*

Εισαγωγή: Οι παθήσεις της χοληδόχου κύστεως είναι εξαιρετικά σπάνιες στα νεογνά. Λίγες περιπτώσεις έχουν ανακοινωθεί στην διεθνή βιβλιογραφία. Τα νεογνά αυτά είναι σηψαιμικά, ικτερικά, σε βαριά γενική κατάσταση. Ως εκλυτικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί : η ολική παρεντερική διατροφή, οι μεταγγίσεις, η μηχανική αναπνευστική υποστήριξη, οι συγγενείς διαμαρτίες των χοληφόρων, η σηψαιμία, ο παρατεταμένος ειλεός και η μη εντερική σίτιση για μεγάλο χρονικό διάστημα. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, η διάγνωση έχει τεθεί με ερευνητική λαπαροτομία ή νεκροτομικά.

Παρουσίαση περιστατικού: Παρουσιάζεται η περίπτωση πρόωρου, άρρενος νεογνού, το Β' IVF ετερόλογης δίδυμης κύησης 25 εβδομάδων, που γεννήθηκε με καισαρική τομή και Β.Γ 850gr. Σε ηλικία 30 ημερών παρουσίασε σηψαιμία, θρομβοπενία και κλινική εικόνα οξείας χειρουργικής κοιλίας. Ο ακτινολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός για ΝΕΚ. Η διάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας, σε έδαφος ινοκυστικής νόσου όπως αποδείχτηκε σε γονιδιακό έλεγχο, τέθηκε υπερηχογραφικά. Την 37η ημέρα ζωής, λόγω μη ανταπόκρισης στην συντηρητική αγωγή, έγινε ανοιχτή χολοκυστοστομία, τοποθέτηση διαδερμικού καθετήρα (petzer) και παροχέτευση του εμπυήματος. Το νεογνό παρουσίασε άμεση κλινική και εργαστηριακή βελτίωση. Το petzer παρέμεινε και παροχέτευε μέχρι την τελική κατάληξη του νεογνού (την 62η Η.Ζ), λόγω της υποκείμενης νόσου του.

Συμπέρασμα: Παρότι η οξεία αλιθιασική χολοκυστίτιδα είναι μία εξαιρετικά σπάνια κατάσταση στην νεογνική περίοδο, θα πρέπει να την σκεφτόμαστε, σε κάθε νεογνό που παρουσιάζει οξεία χειρουργική κοιλία, ειδικά αν η ακτινολογική εικόνα είναι αρνητική για ΝΕΚ. Εάν η κατάσταση του νεογνού δεν βελτιωθεί με συντηρητικά μέσα, τότε η χειρουργική αντιμετώπιση (ανοιχτή ή κλειστή χολοκυστοστομία) αποτελεί την έσχατη λύση.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΒΡΟΓΧΙΟΛΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΜΕΝ ΝΕΟΓΝΩΝ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΧΡΟΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ 2009-2010 ΚΑΙ 2010-2011 (E-009)

**Χαντζιάρα Χ., Γουδεσίδου Μ., Παπαδημητρίου Ε., Καλαϊτζή Α., Καραδόντα Ι., Κανταρτζή Ε.,
Γαϊτανά Κ., Γούναρης Α.**

Νεογνολογική Κλινική-MENN Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

Σκοπός: Να παρουσιάσουμε τα περιστατικά βρογχιολίτιδας που νοσηλεύσαμε στη ΜΕΝΝ ΠΓΝ Λάρισας κατά την διάρκεια 2 χρονικών περιόδων βρογχιολίτιδας.

Μέθοδος: Μελετήσαμε 33 συνολικά περιστατικά βρογχιολίτιδας, 9 κατά την 1η περίοδο και 24 κατά την 2η. Αναλύσαμε τα χαρακτηριστικά τους (δημογραφικά, κλινικά, εργαστηριακά), την βαρύτητα της νόσου, καθώς και τον τρόπο αντιμετώπισής τους.

Αποτελέσματα: Πρόκειται για τελειόμηνα νεογνά/βρέφη ηλικίας 7-47 ημ και ένα βρέφος με βαριά ΒΠΔ ηλικίας 4,5 μηνών τα οποία εισήχθησαν στη Μονάδα με κλινικό σύνδρομο οξείας βρογχιολίτιδας. Τα 13 ήταν κορίτσια και τα 20 αγόρια. Το μέσο βάρος κατά την εισαγωγή τους ήταν 3336 γρ. (εύρος 2530-4630 γρ.). Τα 18/33 προσήλθαν από το σπίτι και τα 15/33 παραπέμφθηκαν από Π/Δ Κλινικές Νοσοκομείων της Θεσσαλίας. Κατά την εισαγωγή τους προεξάρχον σύμπτωμα ήταν η αναπνευστική δυσχέρεια και δεύτερο σε συχνότητα ο πυρετός. Ανάλογα με την κλινική βαρύτητα και την τιμή $pCO_2 > 45$ mmHg στην εισαγωγή τα 22 (66,6 %) χαρακτηρίστηκαν σαν σοβαρή-εξαιρετικά σοβαρή βρογχιολίτιδα και τα 11 (33,3 %) σαν μέτρια-ήπια βρογχιολίτιδα. Από τα σοβαρά-εξαιρετικά σοβαρά περιστατικά τα 10/33 (30,3 %) αντιμετωπίστηκαν αποκλειστικά με ρινικό CPAP και τα 12/33 (36,4 %) με μηχανικό αερισμό (11 με συμβατικό και 1 με υψίσυχο). Από τα ήπια-μέτρια περιστατικά 9/33 (27,3 %) έλαβαν O_2 σε hood. Νοσηλεύτηκαν κατά μέσο όρο για 8,8 ημέρες (εύρος 3-28).

Συμπεράσματα: Σημειώθηκε σημαντική αύξηση των περιστατικών που χρειάστηκαν νοσηλεία στη ΜΕΝΝ την 2η περίοδο. Η χρήση του ρινικού CPAP περιόρισε την ανάγκη διασωλήνωσης στα σοβαρά περιστατικά.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΜΗ ΣΥΜΠΑΓΟΥΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ ΖΩΗ (E-010)

Θεοδώρου Σ.Φ., Παναγόπουλος Π., Τσαπάκη Ε., Μακρής Γ., Γράψας Σ.Θ., Χρέλιας Χ., Κασσάνος Δ. Γ' Μ/Γ Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Εισαγωγή: Το μη συμπαγές μυοκάρδιο περιγράφεται ως αποτέλεσμα αναστολής της ομαλής δοκιδώσης κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Εμφανίζεται ως μεμονωμένη διαταραχή ή μπορεί να συνυπάρχει με συγγενείς διαμαρτίες της καρδιάς, γενετικά σύνδρομα ή νευρομυικές διαταραχές. Επιπλέκεται δε με αρρυθμίες, εμβολικά επεισόδια και καρδιακή ανεπάρκεια. Η αναλογία συμπαγούς - σπογγώδους μυοκαρδίου καθορίζει την λειτουργικότητα του. Η ευρύτητα του φαινοτύπου, η γενετική ετερογένεια και η οικογενής κατανομή σε ομάδες πασχόντων δεν επιτρέπουν την ομοφωνία της παγκόσμιας καρδιολογικής κοινότητας στο θέμα κατάταξης.

Περιστατικό: Παρουσιάζουμε την περίπτωση 29χρονης πρωτοτόκου εγκυμονούσης με ανάδειξη σπογγώδους μυοκαρδίου του εμβρύου κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο της 23ης εβδομάδας κύησης. Το ζευγάρι μετά από ενημέρωση προχώρησε σε αμνιοκέντηση για έλεγχο των συχνότερων μεταλλάξεων που σχετίζονται με το σπογγώδες μυοκάρδιο. Ο καρυότυπος ήταν φυσιολογικός και ο υπερηχογραφικός καρδιολογικός έλεγχος τόσο του ζεύγους όσο και των γονέων τους ήταν αρνητικός. Υπό ανά 4 εβδομάδες υπερηχογραφικό έλεγχο, η κύηση ολοκληρώθηκε την 38+4 εβδομάδα κύησης μετά από αυτόματη έναρξη τοκετού, με καισαρική τομή και άριστο περιγεννητικό αποτέλεσμα. Η απόφαση για καισαρική τομή ελήφθη λόγω εμβρυικής βραδυκαρδίας κατά την εξέλιξη του τοκετού ενώ η παλμική οξυμετρία του εμβρύου ήταν ικανοποιητική καθόλη την παρακολούθηση. Ακολούθησε υπερηχογραφικός έλεγχος του νεογνού που επιβεβαίωσε τα ευρήματα. Με καλή συσταλτικότητα του μυοκαρδίου, το νεογνό θα βρίσκεται σε τακτό καρδιολογικό έλεγχο.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΗΣ ΠΡΩΡΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΕΝΕΣΗ ΑΝΤΙ-VEGF ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΣΕ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΠΡΩΡΟ ΝΕΟΓΝΟ (E-011)

Τσιρώνη Ε., Γαϊτανά Κ., Γουδεσίδου Μ., Δημάση Β., Καλαϊτζή Α., Ταχμιτζή Σ., Χαντζιάρα Χ., Γούναρης Α.

Νεογνολογική κλινική και Οφθαλμολογική κλινική, Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας

Η σύγχρονη θεραπεία με laser αποτελεί μία αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης της αμφιβληστροειδοπάθειας της προωρότητας (ΑτΠ). Τα πρόσφατα αποτελέσματα της BEAT-ROP μελέτης επιβεβαιώνουν, ότι η ενδοϋαλοειδική ένεση αντι-VEGF παράγοντα (bevacizumab) φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της ΑτΠ, ιδιαίτερα όταν αυτή εντοπίζεται στη Ζώνη I.

Περίπτωση: Πρόκειται για θήλυ νεογνό με ηλικία κύησης 26 εβδομάδων και βάρους γέννησης 790 γρ, που διεκομίσθη στη Μονάδα σε βαριά κατάσταση και τη 33η εβδομάδα διαγνώσθηκε αμφοτερόπλευρη επιθετική μορφή ΑτΠ: plus disease και διαχωριστική γραμμή στη ζώνη I. Για την αντιμετώπισή της χορηγήθηκε ο αντι-VEGF παράγων (bevacizumab-Avastin) 0.625 mg, 0,025 ml, ενδοϋαλοειδικά στους δύο οφθαλμούς με τη χρήση σύριγγας ινσουλίνης (βελόνη 31g). Είχε προηγηθεί αντισηψία στους οφθαλμούς με ενστάλαξη διαλύματος betadine 50% και καταστολή του νεογνού με χορήγηση μιδαζολάμης και φαιντανύλης. Αντιβιοτικό κολλύριο χορηγήθηκε για μία εβδομάδα. Υπήρξε υποχώρηση των εκδηλώσεων εντός των δύο πρώτων 24ωρων. Κατά την 37η εβδομάδα παρατηρήθηκε πλήρης υποχώρηση της νόσου στον αριστερό οφθαλμό με σημαντική πρόοδο της αγγείωσης του αμφιβληστροειδούς μέχρι τα όρια της 3ης Ζώνης. Ο δεξιός οφθαλμός παρουσίασε πιο αργή πορεία αγγείωσης και κατά την 37η εβδομάδα παρουσίασε μιας ώρας νεοαγγείωση ρινικά και περί τις 2 ώρες στην πρόσθια 2η Ζώνη χωρίς plus νόσο, κατάσταση η οποία υποχώρησε εφ' εαυτής. Η πλήρης αγγείωση του αμφιβληστροειδούς ολοκληρώθηκε περί την 43η εβδομάδα. Το νεογνό βρίσκεται σε στενή παρακολούθηση λόγω της περιορισμένης διεθνούς εμπειρίας.

Συμπεράσματα: Η χορήγηση του αντι-VEGF παράγοντα πέτυχε ταχεία υποστροφή της νόσου και πλήρης αγγείωση του αμφιβληστροειδούς σε μία από τις πιο επιθετικές μορφές της νόσου.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΕΚΤΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ (E-012)

Χριστοδουλάκη Χ.Χ., Στρατουδάκης Γ., Τζανάκης Κ., Καμπανιέρης Μ., Καλλονιάτου Μ., Γλαρός Σ., Τσόπελας Α., Δασκαλάκης Γ.

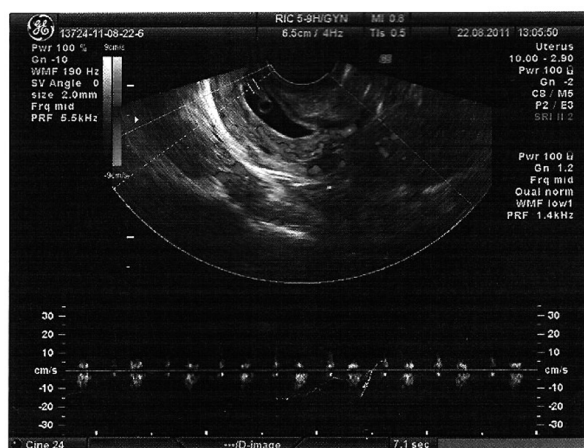
Μ/Γ Κλινική, Γ.Ν.Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

Εισαγωγή: Η τραχηλική έκτοπη κύηση αποτελεί μια σπάνια μορφή εκτόπου κύησης όπου η εμφύτευση του κηήματος πραγματοποιείται στο ενδοτραχηλικό κανάλι. Αποτελεί λιγότερο από 1% των εκτόπων κύσεων και απαντάται περίπου σε 1 στις 9000 εγκυμοσύνες¹. Η τραχηλική κύηση είναι πιο συχνή σε κύσεις υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Συμβαίνει σε 0,1 % αυτών και αποτελεί το 3,7 των inv έκτοπων κύσεων². Η αιτιολογία της είναι άγνωστη και συνδέεται συνήθως με προηγηθείσες επεμβάσεις στον τράχηλο ή την μήτρα όπως αποξέσεις ή καισαρική τομή³. Κατ' άλλους οφείλεται στη γρήγορη μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου στο ενδοτραχηλικό κανάλι πριν εμφυτευτεί ή στην παρουσία μη υποδεκτικού ενδομήτριου.

Περιγραφή περιστατικού: Ασθενής 30 χρονών, άτοκος, προσήλθε στην κλινική μας στην 7η εβδομάδα κύησης με ανώδυνη κολπική αιμόρροια από διημέρου. Το ιατρικό και μαιευτικό ιστορικό της ασθενούς ήταν ελεύθερο. Τα ζωτικά της σημεία ήταν σταθερά. Στην γυναικολογική εξέταση ο τράχηλος ήταν βαρελοειδής με στοιχεία κύησης να προβάλλουν στο έξω τραχηλικό στόμιο. Από το διακολπικό υπερηχογράφημα ανιχνεύθηκε η παρουσία ενδοτραχηλικής κύησης με κύημα αντιστοιχών σε 6 εβδομάδες και με θετική καρδιακή λειτουργία ενώ το σώμα της μήτρας απεικονιζόταν κενό. Στην προσπάθεια διατήρησης της γονιμότητας της ασθενούς αποφασίστηκε να ακολουθηθεί σχήμα μεθοτρεξάτης λευκοβορίνης. Ενώ έγινε η πρώτη δόση μεθοτρεξάτης η ασθενής εμφάνισε έντονη κολπική αιμόρροια και η κλινική της κατάσταση άρχισε να χειροτερεύει. Η ασθενής μεταφέρθηκε στο χειρουργείο όπου υποβλήθηκε σε απόξεση με αναρροφητικό ξέστρο. Αφού ελέγχθηκε η αιμορραγία τοποθετήθηκε ενδομητρικό ταμπόν έγινε μητροκολπικός επιπωματισμός και η ασθενής μεταφέρθηκε στην ανάνηψη. Εξήλθε την τρίτη μέρα νοσηλείας έχουσα καλώς και σε καλή κλινική κατάσταση.

Συζήτηση: Η τραχηλική έκτοπη κύηση αποτελεί παλαιότερα μια σοβαρή κατάσταση που συχνά οδηγούσε σε μαιευτική υστερεκτομία λόγω της μεγάλης αιμορραγίας. Την τελευταία δεκαετία στην προσπάθεια διατήρησης της γονιμότητας αναπτύχθηκαν χειρουργικές και φαρμακευτικές μέθοδοι για την αντιμετώπισή της. Οι χειρουργικές μέθοδοι περιλαμβάνουν περιείδη τραχήλου, κολπικό αιμοστατικό επιπωματισμό, αιμοστατικές συρραφές τραχήλου, απόξεση ακολουθούμενη από τοπική έγχυση προσταγλανδίνης, απολίνωση κατιόντων κλάδων μητριάων. Η φαρμακευτική μέθοδος εμπεριέχει τη χρήση μεθοτρεξάτης ενδομυϊκώς ενδοφλεβίως ενδοτραχηλικά και ενδοαμνιακά.

Στην περίπτωση μας (άτοκος ασθενής) έγινε προσπάθεια συντηρητικής αντιμετώπισης με μεθοτρεξάτη η οποία δεν μπόρεσε να ολοκληρωθεί λόγω της αιμορραγίας. Η αρχή του wait and see (φαρμακευτική αγωγή) πιστεύουμε ότι ήταν επιβεβλημένη, στην αρχή, προς αποφυγή συμφύσεων, κακώσεων ή άλλων βλαβών στον τραχηλικό αυλό με υποθήκευση της πιθανής μελλοντικής γονιμότητάς της.



Βιβλιογραφία:

1. Vela G, Tulandi T. Cervical pregnancy: the importance of early diagnosis and treatment. *J Minim Invasive Gynecol*. 2007 Jul-Aug;14(4):481-4).
2. Karande VC, Flood JT, Heard N, Veeck L, Muasher SJ. Analysis of ectopic pregnancies resulting from in-vitro fertilization and embryo transfer. *Hum Reprod*. 1991 Mar;6(3):446-9
3. Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, Schenker JG. Cervical pregnancy: past and future. *Obstet Gynecol Surv*. 1997 Jan;52(1):45-59
4. Mantalenakis S, Tsalikis T, Grimbizis G, Aktsalis A, Mamopoulos M, Farmakides G. Successful pregnancy after treatment of cervical pregnancy with methotrexate and curettage. A case report. *J Reprod Med*. 1995 May;40(5):409-14.
5. Sanchez-Ferrer ML, Machado-Linde F, Pertegal-Ruiz M, Garcia-Sanchez F, Pérez-Carrion A, Capel-Aleman A, Parilla-Paricio JJ, Abad-Martinez L. Fertility Preservation in Heterotopic Cervical Pregnancy: What Is the Best Procedure? *Fetal Diagn Ther*. 2011 Aug 3

ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΜΕΡΕΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΝΕΟΓΝΑ (E-013)

Σίδερα Β., Κύρκου Ι., Μπουτοπούλου Β., Καψαμπέλη Ε., Παπαδόπουλος Ι., Μπουρνάς Ν.,
Δασκαλάκη Α., Μέξη Π.

Γ' Παιδιατρική και Γ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Σκοπός της μελέτης: Η καταγραφή της απώλειας βάρους φυσιολογικών τελειόμηνων νεογνών τις πρώτες ημέρες ζωής. Σύγκριση των νεογνών που θήλασαν αποκλειστικά και αυτών που χορηγήθηκε συμπλήρωμα. Εκτίμηση νεογνών με απώλεια βάρους μεγαλύτερη του 10%

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν τα φυσιολογικά τελειόμηνα νεογνά που γεννήθηκαν στην κλινική μας κατά το χρονικό διάστημα 6/10-12/010. Κατά την στατιστική ανάλυση εφαρμόστηκε μη παραμετρικός έλεγχος δυο ανεξαρτήτων δειγμάτων (Mann Whitney).

Αποτελέσματα: Γεννήθηκαν 729 τελειόμηνα νεογνά με μέση ΗΚ 38 εβδομάδες και μέσο βάρος γέννησης 3270,77gr. Θήλασαν τα 588 (95,1%) τα 392 αποκλειστικά (66,9%), ενώ στα 194 χορηγήθηκε συμπλήρωμα (33,1%). Μέση απώλεια βάρους τα 3 πρώτα 24ωρα ζωής ήταν 213,94 gr.

Απώλεια βάρους >10% του ΒΓ παρατηρήθηκε σε 64 θηλάζοντα νεογνά. Από αυτά, τα 33 θήλαζαν αποκλειστικά (55,9%), ενώ στα 26 είχε χορηγηθεί και συμπλήρωμα (44,1%). Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά απώλειας βάρους ανάμεσα στις δυο αραπάνω ομάδες ($p=0,795$). Ίκτερο που χρειάστηκε φωτοθεραπεία παρουσίασαν 18/61 (29,5%). Υπογλυκαιμία, δηλαδή τιμή γλυκόζης $\leq 45\text{mg/dl}$ παρουσίασαν 6/61 (9,8%). Ένα νεογνό παρουσίασε εργαστηριακά σημεία υπερτονικής αφυδάτωσης 1/61 (1,6%) και συνολικά 1/729 (0,03%). Απώλεια βάρους μεταξύ 10-12% απαιτεί εντατική παρακολούθηση, ενώ >12% αντιμετωπίζεται με χορήγηση γάλακτος, μετά από άντληση ή φόρμουλας και σε ανάγκη με ενδοφλέβια υγρά.¹ Όλα τα νεογνά αντιμετωπίστηκαν με εντατική παρακολούθηση της διατροφής, δεν χορηγήθηκαν ενδοφλέβια υγρά, και είχαν ομαλή έκβαση.

Συμπέρασμα: Ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός τις πρώτες ημέρες ζωής ενώ συνοδεύεται από απώλεια βάρους > 10% του βάρους γέννησης δεν φαίνεται να προκαλεί σημαντικά προβλήματα.

1. Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation Pediatrics 2004;114;297-316.

ΑΠΩΤΕΡΕΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΦΑΙΡΕΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟ LLETZ ΚΩΝΟΕΙΔΟΥΣ ΕΚΤΟΜΗΣ: ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΑ ΑΣΦΑΛΗ ΟΡΙΑ ΒΑΘΟΥΣ ΕΚΤΟΜΗΣ; ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ (E-014)

Παπουτσής Δ.¹, Σίνδος Μ.¹, Ροδολάκης Α.¹, Μεσογίτης Σ.¹, Σωτηροπούλου Μ.², Αντσακλής Α.¹

¹ Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, ² Παθολογοανατομικό Τμήμα Νοσοκομείου Αλεξάνδρα

Σκοπός: Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την αύξηση του κινδύνου πρόωρου τοκετού σε σχέση με το βάθος κωνοειδούς εκτομής και ο καθορισμός (αν υπάρχουν) μαιευτικά ασφαλών ορίων βάθους εκτομής.

Υλικά και Μέθοδος: Έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας μέσα από τη βάση δεδομένων PubMed και Cochrane. Επίσης, αξιοποιήθηκαν προκαταρκτικά αποτελέσματα ερευνητικών μελετών της κλινικής μας.

Αποτελέσματα: Η κωνοειδής εκτομή από μόνη της σαν διαδικασία μπορεί να οδηγήσει σε απώτερες μαιευτικές επιπλοκές. Σε μελέτη στη Νορβηγία το 2008 που συμπεριελάβε 15.108 τοκετούς γυναικών με ιστορικό κωνοειδούς εκτομής, ο σχετικός κίνδυνος πρόωρου τοκετού ήταν 4,4 στις 24-27 εβδομάδες κύησης, 3,4 στις 28-32 εβδομάδες και 2,5 στις 33-36 εβδομάδες κύησης. Νεότερη μελέτη έδειξε πως αν μια γυναίκα υποβληθεί δύο φορές σε κωνοειδή εκτομή τότε υπάρχει 10-πλάσια αύξηση του κινδύνου πρόωρου τοκετού σε σύγκριση με αύξηση του κινδύνου 2,8 φορές σε μονήρη κωνοειδή εκτομή. Μια μετανάλυση του 2006 έδειξε πως σε βάθος εκτομής >10mm ο σχετικός κίνδυνος πρόωρου τοκετού ήταν 2,6 (95%CI:1,3-5,3). Επίσης, σε άλλη μελέτη βρέθηκε πως αύξηση του βάθους εκτομής κατά 1mm οδηγούσε σε αύξηση του κινδύνου πρόωρου τοκετού κατά 6%. Επίσης, αν ο όγκος του κώνου ήταν >4ml, τότε ο κίνδυνος πρόωρου τοκετού ήταν 31,7% έναντι 3,2%.

Συμπεράσματα: Οι πληροφορίες αυτές θα πρέπει να λαμβάνονται πάντα υπόψη από τους ειδικούς πριν από την κωνοειδή εκτομή ιδίως σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Η θεραπεία γυναικών με παθολογία τραχήλου θα πρέπει να γίνεται έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η καλύτερη ισορροπία μεταξύ της μέγιστης αφαίρεσης της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας και της ελάχιστης διατάραξης της ανατομίας του τραχήλου.

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΣΗΨΑΙΜΙΑΣ (E-015)

Μουτάφη Α., Αλεξάκη Α., Κουμανζέλη Χ., Μπακολέας Β., Χαρίτου Α.

MENN Μαιευτηρίου ΡΕΑ

Συχνή αιτία σηψαιμίας σε νεογνά που νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής νοσηλείας είναι οι Gram θετικοί κόκκοι. Η κλινική εκδήλωση των λοιμώξεων ποικίλλει. Περιγράφονται οι περιπτώσεις δύο νεογνών που η αρτηριακή υπέρταση νεφρικής αιτιολογίας ήταν η πρώτη εκδήλωση της σηψαιμίας. Η λοίμωξη αντιμετωπίστηκε με τη χορήγηση της κατάλληλης αντιβιοτικής αγωγής. Χορηγήθηκε αντι-

περτασική αγωγή. Με την αντιμετώπιση της λοίμωξης η νεφρική λειτουργία και η αρτηριακή πίεση αποκαταστάθηκαν ενώ η αντιυπερτασική αγωγή διεκόπη.

A. Περιστατικό: άρρεν νεογνό 36wk παρουσίασε την 9η ημέρα ζωής αρτηριακή πίεση (ΑΠ) >97η ΕΘ. Οι δείκτες νεφρικής λειτουργίας ήταν επηρεασμένοι (RFI>4, FeNa >3), CRP: θετική, καλλιέργεια αίματος θετική για staph. Epidermidis.

B. Περιστατικό: άρρεν νεογνό 32wk παρουσίασε την 5η ημέρα ζωής ΑΠ >97η ΕΘ. Οι δείκτες νεφρικής λειτουργίας ήταν επηρεασμένοι (RFI>4, FeNa >3), η CRP παρέμεινε αρνητική ενώ η καλλιέργεια αίματος θετική για enterococcus faecalis.

ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΑΠΟΒΟΛΗ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΣΕ ΠΟΛΥΔΥΜΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ: ΠΕΡΙΔΕΣΗ ΤΡΑΧΗΛΟΥ Η' ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (E-016)

Πετούσης Στ., Γκουτζιούλης Α., Μαργιούλα-Σιάρκου Χ., Καλογιαννίδης Ι., Γκουτζιούλης Μ., Πράπας Ν., Αγοραστός Θ.

Δ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός εργασίας: Η σύγκριση του διαστήματος παράτασης της κύησης και των δεικτών περιγεννητικής νοσηρότητας μεταξύ πολύδυμων κύσεων στις οποίες πραγματοποιήθηκε περίδεση τραχήλου μετά την αποβολή του πρώτου εμβρύου με περιπτώσεις όπου ακολουθήθηκε συντηρητική θεραπεία.

Υλικά και μέθοδος: Μελετήθηκαν προοπτικά οι περιπτώσεις πολύδυμων κύσεων με αυτόματη αποβολή του πρώτου εμβρύου ως και την 23η εβδομάδα της κύησης, στις οποίες είχε δοθεί η δυνατότητα επιλογής μεταξύ περιδέσης τραχήλου με τεχνική Mc Donald (ομάδα Α) και συνέχισης με συντηρητική θεραπεία (ομάδα Β). Μελετήθηκαν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των κύσεων και συγκρίθηκαν το μέσο διάστημα παράτασης της κύησης, το ποσοστό γέννησης ζώντων νεογνών, το μέσο βάρος γέννησης, το Apgar score καθώς και το ποσοστό διασωλήνωσης και εισαγωγής στη ΜΕΝΝ.

Αποτελέσματα: Συνολικά, διαπιστώθηκαν 9 περιπτώσεις πολύδυμων κύσεων που ικανοποιούσαν τα κριτήρια εισόδου, εκ των οποίων στις 5 (55.5%) πραγματοποιήθηκε περίδεση τραχήλου και στις 4(44.4%) συντηρητική αντιμετώπιση. Το ποσοστό γέννησης ζώντων νεογνών ήταν 80% (4/5) στην ομάδα Α, ενώ στην ομάδα Β 50% (2/4). Το μέσο διάστημα παράτασης της κύησης ήταν 56,4 ± 57,8 ημέρες για την ομάδα Α και 13,0 ± 14,8 για την ομάδα Β, με το μεγαλύτερο διάστημα παράτασης για την ομάδα Α να είναι 142 ημέρες ενώ στη Β 35 ημέρες. Το μέσο βάρος γέννησης για την ομάδα Β, ήταν 845,0 ± 120,2 γρ. ενώ για την ομάδα Α 1760,0 ± 761,7 γρ., στην οποία εξ' άλλου παρατηρήθηκε και η μόνη περίπτωση γέννησης τελειόμηνου εμβρύου με καισαρική τομή και βάρος γέννησης 2970 γρ. Όλοι οι δείκτες περιγεννητικής νοσηρότητας ήταν βελτιωμένοι στην ομάδα Α.

Συμπεράσματα: Η περίδεση τραχήλου φαίνεται να υπερτερεί της συντηρητικής θεραπείας σε περιπτώσεις πολύδυμων κύσεων με αυτόματη αποβολή του πρώτου εμβρύου.

ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΡΗΞΗ ΕΜΒΡΥΙΚΩΝ ΥΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΟΚΕΤΟΥ (E-017)

Παντατοσάκης Ε., Πετράκος Γ., Αλγαζίδου Ε., Τσέβης Κ., Μπούσιος Ι., Χριστοδουλάκη Χ.,
Νταγκλή Α.

Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

Εισαγωγή: αυτόματη ρήξη θυλακίου ορίζεται η ρήξη των υμένων με έξοδο αμνιακού υγρού τουλάχιστον μία ώρα πριν την έναρξη του τοκετού. Η μελέτη αφορά την έκβαση του τοκετού μετά από αυτόματη ρήξη υμένων στο σύνολο των τοκετών του έτους 2010 στο Γ. Ν. Καλαμάτας.

Υλικό: τα στοιχεία συλλέχθηκαν από το βιβλίο αιθούσης τοκετών και από τους φακέλους νοσηλείας των ασθενών.

Αποτελέσματα: από το σύνολο 620 τοκετών αυτόματη ρήξη θυλακίου συνέβη σε 119 επίτοκες (19,2%). Από αυτές 80 (67,2%) γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και 39 (32,8%) με καισαρική τομή. Σε ότι αφορά τον τόκο 69 (58%) ήταν πρωτοτόκες και 50 (42%) ήταν πολυτόκες.

Συμπεράσματα: στο σύνολο των τοκετών εμφανίζεται υψηλό ποσοστό αυτόματης ρήξης υμένων 19,2% σε σύγκριση με το αναφερόμενο ποσοστό στην βιβλιογραφία (10%). Το υψηλό αυτό ποσοστό οφείλεται κυρίως στο ότι υπάρχει μεγάλος αριθμός εγκύων χωρίς ιατρική παρακολούθηση και με μη συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες.

ΒΑΡΙΑ ΕΜΒΡΥΟΜΗΤΡΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΕ ΠΡΩΩΡΟ ΝΕΟΓΝΟ (E-018)

Τσαντίλα Α., Αλεξάκη Α., Κανδήλη Γ., Ευσταθόπουλος Θ., Χαρίτου Α.

MENN Μαιευτηρίου PEA

Εισαγωγή: Είναι γνωστό ότι στις περισσότερες φυσιολογικές εγκυμοσύνες μικρές ποσότητες εμβρυικών κυττάρων βρίσκονται στην μητρική κυκλοφορία και ότι η συχνότητα αυτών των κυττάρων αυξάνεται με την πρόοδο της εγκυμοσύνης. Η μεγάλη εμβρυομητρική αιμορραγία (FMH) είναι μια σοβαρή επιπλοκή της εγκυμοσύνης, η οποία συμβαίνει σε συχνότητα 3:1000 τοκετούς. Η FMH μπορεί να προκαλέσει σοβαρή εμβρυική αναιμία και σε μερικές περιπτώσεις οδηγεί στον ενδομήτριο θάνατο εξαιτίας αφαιμάξης. Η διάγνωση τίθεται με το Kleihauer and Betke test, που προσδιορίζει το ποσοστό των εμβρυικών κυττάρων που έχουν διαφύγει στην κυκλοφορία της μητέρας, διαμέσου του πλακούντα. **Παρουσίαση περίπτωσης:** Περιγράφεται η περίπτωση γυναίκας 32 ετών, που προσήλθε στο μαιευτήριο λόγω αυτόματης έναρξης τοκετού σε ηλικία κύησης 344 w. Πρόκειται για δευτεροτόκο γυναίκα με στίγμα μεσογειακής αναιμίας και προγεννητικό έλεγχο φυσιολογικό. Γεννήθηκε με ΦΤ, μετά από αυτόματη ρήξη θυλακίου, άρρεν νεογνό με ΒΓ 2050gr (SGA). Το Apgar score ήταν 81 και 95. Το αρτηριακό pH ήταν 7,26 και η Hb 3,1gr/dl. Στη φυσική εξέταση του νεογνού διαπιστώθηκε έντονη ωχρότητα, ήπαρ ψηλαφητό ≈4cm και συγγενής ραιβοποποδία άμφω, ενώ ένα ήπιο συστολικό φύσημα 1/6 ήταν ακουστό στην καρδιακή ακρόαση. Οι σφύξεις του νεογνού ήταν 150/min. Λόγω ήπιας αναπνευστικής δυσχέρειας και κυρίως υποστηρικτικά ετέθη σε μηχανικό αερισμό για ≈24h

και έλαβε δυο μεταγγίσεις με συμπυκνωμένα ερυθρά. Η διάγνωση βαρύτατης εμβρυομητρικής αιμορραγίας επιβεβαιώθηκε με δείγμα αίματος της μητέρας. Το Kleihauer-Betke test (KBT) πραγματοποιήθηκε και ανευρέθηκε ποσοστό ερυθρών με εμβρυική αιμοσφαιρίνη που υπολογίζεται σε διαφυγή 300ml εμβρυϊκού αίματος στην κυκλοφορία της μητέρας. Οι ομάδες αίματος της μητέρας και του νεογνού ήταν και των δύο ORh+. Το νεογνό εξήλθε την 20η ΗΖ, σε καλή γενική κατάσταση.

ΒΑΡΙΑΣ ΜΟΡΦΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΕΡΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΩΟΘΗΚΩΝ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (E-019)

Μαυρονά Α., Ραβανός Κ., Χατζησταματίου Κ., Τσερανίδου Α., Μελιτζανοπούλου Α., Γκουτζιούλης Α., Καλογιαννίδης Ι., Αγοραστός Θ.

Δ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς με συνδρόμο υπερδιέγερσης ωοθηκών (OHSS) βαρείας μορφής με αμφοτερόπλευρη υπό τάση πλευριτική συλλογή και ασκίτη.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 25ετών με ιστορικό συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS) υποβλήθηκε σε πρόκληση ωοθηλακιορρηξίας με γοναδοτροπίνες. Η ασθενής παρουσιάστηκε στην κλινική μας την 13η ημέρα μετά την χορήγηση της HCG (10.000IU) με συμπτώματα έντονης δύσπνοιας, ταχυκαρδίας, κοιλιακής διάτασης, ναυτίας, έμετο και ολιγουρία. Η ακτινογραφία θώρακος της ασθενούς ανέδειξε μεγάλο βαθμού αμφοτερόπλευρη υπό τάση πλευριτική συλλογή, ενώ στον υπερηχογραφικό έλεγχο άνω και κάτω κοιλίας ανευρέθηκε ασκίτικό υγρό και ευμεγέθεις ωοθήκες μέγιστης διαμέτρου περίπου 25εκ. Η τιμή της β-HCG κατά την εισαγωγή ήταν 120mIU/ml. Λόγω της έντονης αναπνευστικής δυσχέρειας έγινε αμφοτερόπλευρη τοποθέτηση Bülow. Λόγω της επιδείνωσης της κλινικής εικόνας τις επόμενες ημέρες και της ανόδου της β-HCG (285 IU/ml) αποφασίστηκε η χορήγηση GnRH-ανταγωνιστών. Λόγω της σταθερά σοβαρής κατάστασης της ασθενούς, κυρίως σε ότι αφορά στο αναπνευστικό σύστημα, και της εμμένουσας τιμής της β-HCG (246 IU/ml), αποφασίστηκε χορήγηση μεθοτρεξάτης (MTX), της οποίας ακολούθησε πτώση (β-HCG=56 IU/ml). Η αφαίρεση των Bülow έγινε μετά από βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας και τη γενικότερη κατάσταση της ασθενούς την 23η ημέρα. Η ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου μετά παρέλευση τριών ημερών. Η ελαφρά αύξηση εκ νέου της β-HCG (152 IU/ml) και η υπερηχογραφική ανεύρεση ενδομήτριου σάκου στο πλαίσιο επανελέγχου της ασθενούς 10 ημέρες μετά την έξοδο της από την κλινική, οδήγησε στην απόφαση για θεραπευτική απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας. Η παρακολούθησης της ασθενούς συνεχίστηκε με εβδομαδιαίες μετρήσεις της β-HCG μέχρι μηδενισμού της.

Συμπεράσματα: Το σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών αποτελεί ιατρογενή επιπλοκή. Η σοβαρή μορφή του συνδρόμου εμφανίζεται σπάνια, παρουσιάζει υψηλή νοσηρότητα και χρήζει ενδονοσοκομειακής και εξατομικευμένης θεραπείας.

ΒΑΡΟΣ ΝΕΟΓΝΟΥ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΤΟΚΕΤΟΥ (E-020)**Παντατοσάκης Ε., Πετράκος Γ., Αλχαζίδου Ε., Τσέβης Κ., Μπούσιος Ι., Χριστοδουλάκη Χ., Νταγκλή Α.***Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας*

Εισαγωγή: η μελέτη περιλαμβάνει την ανάλυση των τοκετών στους οποίους το βάρος γέννησης των νεογνών ήταν >4000 γραμμάρια. Μελετήθηκαν οι τοκετοί που πραγματοποιήθηκαν στο Γ. Ν. Καλαμάτας για το έτος 2010.

Υλικό: τα στοιχεία συλλέχθηκαν από το βιβλίο αιθούσης τοκετών και από τους φακέλους νοσηλείας των ασθενών. Από την μελέτη εξαιρέθηκαν περιπτώσεις επιτόκων με διαγνωσμένο σακχαρώδη διαβήτη.

Αποτελέσματα: από το σύνολο 620 τοκετών σε 69 (11,1%) το βάρος του νεογνού ήταν >4000 γρ. Από αυτές τις επίτοκες 38 (55,1%) γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό, 29 (42%) με καισαρική τομή και 2 (2,9%) με υποβοηθούμενο τοκετό.

Συμπεράσματα: παρατηρείται υψηλό ποσοστό καισαρικής τομής στις επίτοκες με νεογνά βάρους >4000 γρ., αλλά το ποσοστό αυτό οφείλεται και στο ότι υπάρχει μεγάλος αριθμός επίτοκων που προσέρχεται στο Νοσοκομείο με ελλιπή έως ανύπαρκτη ιατρική παρακολούθηση γεγονός που αυξάνει την εμφάνιση επιπλοκών στην εγκυμοσύνη με επακόλουθο την αύξηση του ποσοστού των καισαρικών τομών.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ JACOBSEN ΜΕ ΚΑΡΥΟΤΥΠΟ 46,XXdel(11) (q23.3→qter) ΚΑΙ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΜΕ ΜΟΡΙΑΚΟ ΚΑΡΥΟΤΥΠΟ (array CGH) ΣΕ ΘΗΛΥ ΝΕΟΓΝΟ ΜΗΤΕΡΑΣ 36 ΕΤΩΝ (E-021)**Κοσμά Κ.¹, Τζέτη Μ.¹, Σύρμου Α.¹, Λεξέ Ε.¹, Γιαννίκου Κ.¹, Οικονομάκης Β.¹, Νίκα Α.², Κουβίδη Ε.¹, Καπετανάκης Ι.², Κολιαλέξη Α.¹, Μαύρου Α.¹, Καναβάκης Ε.¹, Κίτσιου-Τζέλη Σ.¹**¹Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής, Ιατρική Σχολή Παν/μίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»²Τμήμα Νεογεννητών και Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Β' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Π & Α Κυριακού»

Εισαγωγή: Το σπάνιο σύνδρομο Jacobsen (OMIM 147791) οφείλεται σε ποικίλου μεγέθους έλλειμμα στο τελικό άκρο του μακρού σκέλους του χρωμοσώματος 11. Χαρακτηρίζεται από κρανιοπροσωπικές και καρδιακές ανωμαλίες, ψυχοκινητική υστέρηση και στην πλειονότητα συνυπάρχει θρομβοπενία/αιμορραγική διάθεση λόγω λειτουργικής διαταραχής αιμοπεταλίων, γνωστής και ως σύνδρομο Paris-Trousseau.

Σκοπός: Περιγράφεται περίπτωση θήλεος νεογνού με κλινική / καρυοτυπική εικόνα συνδρόμου Jacobsen και μοριακή επιβεβαίωση με την εφαρμογή της νεότερης τεχνολογίας συγκριτικού γονιδιωματικού υβριδισμού (array CGH).

Υλικό: Νεογνό θήλυ μητέρας 36 ετών, -στην οποία δεν είχε συσταθεί αμνιοπαρακέντηση, ενώ δεν είχαν διαπιστωθεί προγεννητικά υπερηχογραφικά παθολογικά ευρήματα- εμφάνιζε δύσμορφα χαρακτηριστικά προσώπου, καρδιακές ανωμαλίες, ανωμαλίες άκρων ποδών και χειρών και συνοδό θρομβοπενία.

Μέθοδοι-Αποτελέσματα: Η καρυοτυπική ανάλυση έδειξε καρυότυπο θήλεος με έλλειμμα στο χρωμόσωμα 11: [46,XXdel(11) (q23.3→qter)], ενώ με array CGH επιβεβαιώθηκε το εύρημα και ακόμη κα-

θορίστηκε το μέγεθός του (14,7Mb) καθώς και τα γονίδια της περιοχής του ελλείμματος, από τα οποία τα FLI1, ETS1 είναι τα σημαντικότερα και καθοριστικά του συνδρόμου.

Συμπέρασμα: Προγεννητική διάγνωση του συνδρόμου Jacobsen είναι δυνατή συνήθως με τον χρωμοσωμικό έλεγχο του εμβρύου από δείγμα τροφοβλάστης ή αμνιακού υγρού. Η μεγάλη όμως ποικιλία που χαρακτηρίζει το μέγεθος του ελλείμματος του χρωμοσώματος 11, αναδεικνύει την πρόσθετη αξία του μοριακού καρυοτύπου στη διαγνωστική προσπέλαση περιπτώσεων με φαινοτυπική εικόνα του συνδρόμου αλλά μη εμφανών στον κλασικό καρυότυπο, ώστε να παρέχεται κατάλληλη γενετική συμβουλευτική στην οικογένεια.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ ΩΣ ΦΙΛΙΚΟ ΠΡΟΣ ΤΑ ΒΡΕΦΗ (BABY FRIENDLY HOSPITAL) (E-022)

Πατσουράκου Ε., Εγγλέζου Σ., Δριτσάκου Κ., Νιώρα Ε., Σγάρτσου Α., Λιόσης Γ., Παπαγαρουφάλης Κ.
Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος- Νεογνολογικό Τμήμα και Γραφείο Εκπαίδευσης Νοσοκομείου- Μαιευτηρίου “Ελενα Βενιζέλου”

Σκοπός: Είναι 1ον η περιγραφή των απαραίτητων διαδικασιών πιστοποίησης ενός μαιευτηρίου ως φιλικό προς τα βρέφη σύμφωνα με τις αρχές της UNICEF και της ΠΟΥ, 2ον η επίδραση των διαδικασιών αυτών στα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

Υλικό και Μέθοδος: Για τη διεξαγωγή της μελέτης χρησιμοποιήθηκε προτυποποιημένη φόρμα συλλογής δεδομένων που περιλαμβάνει στοιχεία που αφορούν στο μητρικό θηλασμό.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια προώθησης του προγράμματος έγινε παρέμβαση με 1ον Μαθήματα μητρικού θηλασμού σε εγκυμονούσες και λεχωίδες σε συστηματική μηνιαία βάση (20 ώρες-60 εγκυμονούσες-100 λεχωίδες/μήνα) 2ον Έγιναν 11 τριήμεροι κύκλοι σεμιναρίων επιμόρφωσης του ιατρονοσηλευτικού (20 ώρες/σεμινάριο -278 γιατροί και νοσηλευτές/μαίες), του διοικητικού, τεχνικού και βοηθητικού προσωπικού (5 ώρες/σεμινάριο-11 υπάλληλοι) 3ον Καθιερώθηκε το ιστορικό διατροφής νεογνού και η φόρμα ενυπόγραφης συγκατάθεσης για χορήγηση ξένου γάλακτος σύμφωνα με τον κώδικα εμπορίας ξένου γάλακτος 4ον Διανεμήθηκαν φυλλάδια με την πολιτική του μητρικού θηλασμού σε όλες τις γυναίκες και τους επαγγελματίες υγείας 5ον Εφαρμόστηκε συστηματικά η τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος της μητέρας στην αίθουσα τοκετών. Οι παραπάνω παρεμβάσεις είχαν σαν αποτέλεσμα την πλήρη εφαρμογή του κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και των 10 βημάτων για επιτυχή μητρικό θηλασμό. Το 79,5% από τις εγκυμονούσες ενημερώθηκαν για μητρικό θηλασμό. Η εκπαίδευση των πρωτοτόκων για μητρικό θηλασμό κατά την εγκυμοσύνη αυξήθηκε αναλογικά επί του συνόλου των γεννήσεων από 4% σε 50%. Τα ποσοστά του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού αυξήθηκαν κατά 15%. Τα ποσοστά επαφής του νεογνού δέρμα με δέρμα στην αίθουσα τοκετών αυξήθηκαν κατά 37%. Το 96,5% των λεχωίδων θήλασαν ασχέτως εάν χρειάστηκε να δώσουν έστω και ένα γεύμα ξένου γάλακτος με ενυπόγραφη συγκατάθεση.

Συμπεράσματα: Η εντατική επιμόρφωση των μητέρων και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα μητρικού θηλασμού είχε τελικό αποτέλεσμα τη δραστική αύξηση των ποσοστών μητρικού θηλασμού μέσα στο μικρό χρονικό διάστημα των επτά μηνών της παρέμβασης.

ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΘΝΗΣΙΓΕΝΩΝ ΕΜΒΡΥΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΔΕΚΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΧΡΟΝΩΝ ΣΕ ΕΝΑ ΔΗΜΟΣΙΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ (E-023)

Κουρή Ε.², Γιαλελής Ι.¹, Λιόσης Γ.³, Λυκερίδου Α.², Παπαγαρουφάλης Κ.³

³Τμήμα Νεογνών - Μαιευτήριο Ε. Βενιζέλου ²ΤΕΙ Αθηνών Τμήμα Μαιευτικής ¹Επιμελητής Γ' Μαιευτικής & Γυν/κής Κλινικής Γ.Ν- Μαιευτηρίου Ε. Βενιζέλου

Σκοπός: Η μελέτη της διακύμανσης των θνησιγενών(still-births) στην διάρκεια των δέκα τελευταίων χρόνων.

Υλικό: Καταγράφηκαν όλες οι γεννήσεις με Β.Γ >500gr και Η.Κ ³23 εβδ. από το 2000 έως και το 2010 καθώς και όλων των εμβρύων που πέθαναν ενδομητρίως.

Αποτελέσματα Καταγράφηκαν 72.027 γεννήσεις από τις οποίες το 0,8% αποτελούσαν τα νεκρά έμβρυα με Β.Γ >500gr και Η.Κ ³23 εβδ. Έτσι λοιπόν έχουμε τα εξής ποσοστά: 2000: 9,2%, 2001: 8,3%, 2002:8,1%, 2003:7,8%, 2004:7,61%, 2005:7,42%, 2006:7,21%, 2007:7,11%, 2008:7,3%, 2009:7,01%,2010:6,83%.Τα αίτια διακυμάνθηκαν ως εξής: συγγενείς ανωμαλίες της καρδιάς 7,7%, συγγενείς ανωμαλίες εγκεφάλου 7%,σκελετικές ανωμαλίες 0,7%, αποκόλληση πλακούντα 4,6%, Σακχαρώδης Διαβήτης 0,7%, παθολογία αμνιακού υγρού 1,9%, τρισωμία 18 0,5%, τρισωμία 21 0,36%, ενδομήτριος ασφυξία 6,2%, ενδομήτριος ανοξία 6,8% και αγνώστου αιτιολογίας 60,5%. Επιπλέον μελετήθηκαν και οι ηλικίες των μητέρων και βρέθηκε ότι το 63% για μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισαν γυναίκες κάτω των 21 και άνω των 36 χρονών. Τέλος, η καταγωγή αποτέλεσε πολύ σπουδαίο παράγοντα με τις γυναίκες από την Ελλάδα να βρίσκονται σε πρώτη θέση για μεγαλύτερο κίνδυνο για θνησιγενή με ποσοστό 43,2% και να ακολουθούν έγκυες από Άπω Ανατολή με ποσοστό 27%, από Αλβανία 14,8% και από Αφρική 8,5%.

Συμπεράσματα: Η σημαντική μείωση των still births αποδεικνύει ότι ο προγεννητικός έλεγχος και η φροντίδα που λαμβάνουν οι γυναίκες σήμερα είναι πολύ καλύτερης ποιότητας απ ότι στο παρελθόν. Η αυξανόμενη μεταναστευτική κίνηση που παρατηρείται χρίζει περισσότερη και καλύτερη προγεννητική φροντίδα.

ΔΙΑΡΡΟΗ ΝΕΟΓΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΠΑΡΧΙΑΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ. ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΑΝΔΡΩΣΗ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ (E-024)

Μούσκου Σ.¹, Τρωίζος-Παπαβασιλείου Π.², Χρέλια Κ.¹, Κούκου Δ.-Μ.¹, Βουρβουλάκη Β.¹, Σωτηρίου Σ.¹, Τρωίζος-Παπαβασιλείου Β.², Παπαβασιλείου Ε.¹

¹Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, Κόρινθος, ²Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

Σκοπός: Η καταγραφή του ποσοστού και της αιτίας διακομιδής νεογνών από δευτεροβάθμιο σε τρι-

τοβάθμιο νοσηλευτικό ίδρυμα. Η επάνδρωση των επαρχιακών νοσοκομείων με τον απαιτούμενο εξοπλισμό αποτελούσε ανέκαθεν μια αναγκαιότητα, ιδιαίτερα σημαντική υπό τις υπάρχουσες οικονομικές συνθήκες, καθώς οι “αναίτιες” διακομιδές επιβαρύνουν όχι μόνο την υγεία του ασθενούς, αλλά και την οικονομία και τη λειτουργία των μεγάλων τριτοβάθμιων κέντρων.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν 1647 γεννήσεις, εκ των οποίων 126 (7,65%) διακομιδές νεογνών την τριετία 2008-2010. Τα αίτια των διακομιδών ταξινομήθηκαν με βάση την παθολογία σε πέντε ομάδες: νεογνικός ίκτερος, αναπνευστική δυσχέρεια, λοιμώξεις, προωρότητα και λοιπά αίτια. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με πρόγραμμα Excel.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Η ετήσια κατανομή των διακομισθέντων νεογνών είναι: 2008 6,47% (N=40), 2009 10,93% (N=56) και 2010 5,7% (N=30) επί 618, 510 και 519 γεννήσεων αντίστοιχα. Η συνολική κατανομή των διακομιδών με βάση την παθολογία είναι: νεογνικός ίκτερος 44,44% (N=56), αναπνευστική δυσχέρεια 20,19% (N=25), λοιμώξεις 15,89% (N=20), προωρότητα 6,15% (N=8) και λοιπά αίτια (συγγενείς καρδιοπάθειες, χειρουργικές παθήσεις, κληρονομικά νοσήματα κ.α.) 13,34% (N=17). Ανιχνεύτηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ανάγκης για διακομιδή με το αίτιο διενέργειας της Κ.Τ. ($p=0,011$) καθώς και με τον αριθμό των προηγηθέντων τοκετών ($p=0,014$), όχι όμως και με το φύλο ($p=0,395$), την εθνικότητα ($p=0,722$), το είδος τοκετού ($p=0,154$) και την εποχή ($p=0,081$). Ο νεογνικός ίκτερος αποτελεί ακόμη και σήμερα την κατεξοχήν αιτία διακομιδής νεογνικών περιστατικών. Η στοιχειώδης επάνδρωση των Νοσοκομείων της Περιφέρειας θα μειώσει αυτό το ποσοστό, με αποτέλεσμα την αποσυμφόρηση του κέντρου, την οικονομία και την καλύτερη παροχή ιατρικής περίθαλψης.

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗ ΜΗΤΡΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΑΘΗΝΩΝ ΚΑΙ ΥΠΟΛΟΙΠΗΣ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑΣ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΟ 1980 ΩΣ ΤΟ 2008 (E-025)

Μουσιώλης Α.², Μπαρούτης Γ.¹, Πρωτόπαπας Α.², Κώσταλος Χ.¹, Αντσακλής Α.²

¹ Νεογνολογική Κλινική Νοσοκομείου Αλεξάνδρα, Αθήνα, ² 1η Μαιευτική- Γυναικολογική Κλινική Νοσοκομείου Αλεξάνδρα, Αθήνα

Σκοπός: Οι μεταβολές που έχουν επέλθει στην ελληνική κοινωνία έχουν επηρεάσει το δημογραφικό προφίλ των μητέρων οδηγώντας σε τεκνοποίηση σε μεγαλύτερες ηλικίες. Σκοπός της εργασίας ήταν η σύγκριση των τάσεων που επικράτησαν στην πρωτεύουσα της χώρας σε σύγκριση με την υπόλοιπη επικράτεια.

Υλικό-Μέθοδος: Τα στατιστικά στοιχεία συλλέχθηκαν από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΛ.ΣΤΑΤ) και αφορούσαν γεννήσεις από το 1980 ως το 2008. Οι μητέρες κατατάχθηκαν σε ηλικιακές ομάδες και υπολογίστηκε η σχετική συμμετοχή του κάθε ηλικιακού γκρουπ. Ακολούθως, συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα για τις γυναίκες που γέννησαν στην Αθήνα με αυτές που γέννησαν στην περιφέρεια.

Αποτελέσματα: Στην Αθήνα το 1980 η επικρατούσα ηλικιακή ομάδα ήταν αυτή των 20-24 (33.7%), ακολουθούμενη από αυτή των 25-29 (31.5%). Στην υπόλοιπη χώρα η επικρατής ομάδα των 20-24 ετών απείχε σημαντικά από αυτή των 25-29 (38.6% και 27.2% αντίστοιχα). Το 1990, η επικρατούσα ομάδα στην Αθήνα (με αστικό πληθυσμό περίπου 94%, απογραφή 1991) είχε μετατοπισθεί σ' αυτή των 25-29 (36.35%) ενώ στην υπόλοιπη χώρα η ομάδα των ηλικιών 20- 24 ετών είχε παραμείνει η επικρατούσα (36.13%). Τέλος, το 2008, τόσο στην Αθήνα, με αστικό πληθυσμό περίπου 99%, απογραφή 2001,

(38.27%), όσο και στην υπόλοιπη Επικράτεια, με αστικό πληθυσμό 59,1%, απογραφή 2001, (32.65%) η ομάδα των 30- 34 έγινε η επικρατούσα. Η ομάδα των 30- 34 ετών στην Αθήνα είχε γίνει η επικρατούσα ήδη από το 1999.

Συμπεράσματα: Καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης, οι γυναίκες στην Αθήνα γεννούν σε μεγαλύτερη ηλικία από αυτές στην υπόλοιπη Επικράτεια. Εντούτοις, η τελευταία, ακολουθεί (έστω και με καθυστέρηση) τις μεταβολές της πρώτης παρουσιάζοντας παρόμοιες τάσεις. Έτσι, οι γενικές δημογραφικές τάσεις στην Ελλάδα ακολουθούν μια παράλληλη μορφή, ανεξαρτήτως τύπου πληθυσμού. Φαίνεται όμως, ότι οι συνθήκες ζωής στις αστικές περιοχές της χώρας και ειδικά στην πρωτεύουσα, έχουν ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση της τεκνοποίησης.

ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΠΡΩΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΔΙΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΠΟΡΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ (E-026)

Κωτσόπουλος Ι., Μωρέ Ε., Τσιβεριώτης Κ., Τσάπανος Β.

Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη κακοήθεια στις γυναίκες. Η αύξηση της συχνότητάς του έχει σαν αποτέλεσμα η νόσος να εμφανίζεται όλο και συχνότερα σε εγκυμονούσες γυναίκες. Η συνύπαρξη κύησης και καρκίνου του μαστού θέτει ένα πολύπλοκο δίλημα θεραπευτικής προσέγγισης, αναφορικά με την καταλληλότερη χρονική στιγμή διενέργειας του τοκετού.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα ηλικίας 28 ετών, τεταρτοτόκος, με ιστορικό χειρουργηθέντος, χημειοθεραπευθέντος και ακτινοβοληθέντος πορώδους διηθητικού καρκινώματος μαστού, παραπέμφθηκε από επαρχιακό νοσοκομείο, την 26η εβδομάδα της κύησης, λόγω προϋούσας αύξησης των τιμών της χολερυθρίνης και εμφάνισης ικτέρου. Ο εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε την παρουσία ενδοπαρεγχυματικών ηπατικών μεταστάσεων και ασκτικού υγρού. Η προοδευτικά επιδεινούμενη κλινικοεργαστηριακή της εικόνα υπό συντηρητική θεραπεία, οφειλόμενη κυρίως στο προχωρημένο στάδιο της νόσου, οδήγησε στην απόφαση για διενέργεια πρόωρου τοκετού δια καισαρικής τομής, σε ηλικία κύησης 27 εβδομάδων.

Συμπεράσματα: Η στιγμιά διενέργεια του τοκετού, σε γυναίκες με συνυπάρχοντα καρκίνο μαστού, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το την κλινική κατάσταση της νόσου, η οποία με την σειρά της επηρεάζεται σημαντικά από το στάδιο. Φαίνεται, ότι προχωρημένο στάδιο του καρκίνου του μαστού οδηγεί συχνότερα σε διενέργεια πρόωρου τοκετού.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΗΡΟΥΝΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ ΝΕΟΓΝΩΝ (E-027)

Μούσκου Σ.¹, Αντονογεώργος Γ.², Βαράκης Χ.³, Μπακούλα Χ.⁴, Κυρίτση Ε.⁵, Πύρρος Δ.¹, Σιαχανίδου Τ.⁶
¹Κεντρική Υπηρεσία ΕΚΑΒ, Αθήνα ²Γ' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ» ³Οικονομολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών ⁴Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία» ⁵Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής Α' ⁶Μονάδα Νεογνών, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Εισαγωγή: Η διακομιδή νεογνών αποτελεί υπηρεσία αυξημένου κινδύνου καθώς ασχολείται με μια ιδιαίτερα ευπαθή ομάδα ασθενών, τα νεογνά και κυρίως τα πρόωρα και προβληματικά.

Σκοπός: Η μελέτη της συχνότητας εμφάνισης επιπλοκών και η συσχέτιση τους με κλινικούς παράγοντες του νεογνού αλλά και με το είδος της διακομιδής και το νοσηλευτήριο προέλευσης.

Υλικό-Μέθοδος: Το υλικό μας αποτέλεσαν όλα τα νεογνά που μεταφέρθηκαν με την κινητή μονάδα διακομιδής νεογνών του ΕΚΑΒ τη διετία 2008-2009 (N=1010 νεογνά). Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το SPSS-15, το χ² test, απλή και πολλαπλή λογαριθμική παλινδρόμηση.

Αποτελέσματα: Το 33,9% των νεογνών παρουσίασε μία ή περισσότερες επιπλοκές με συχνότερη την υποθερμία (14,8%) και την υπεργλυκαιμία (10,2%).

Επιπλοκές βρέθηκε να παρουσιάζουν κυρίως τα ELBW νεογνά, τα νεογνά που προέρχονται από νοσηλευτήρια χωρίς MENN και αυτά που κατά την παραλαβή τους είναι σε βαριά γενική κατάσταση και χρήζουν υποστήριξης του αναπνευστικού συστήματος. (p<0.001).

Όσον αφορά στο είδος της διακομιδής, τα νεογνά με αεροδιακομιδή είναι 33% πιο πιθανό να εμφανίσουν επιπλοκές και 23 φορές πιο πιθανό να αποσωληνωθούν λαμβάνοντας υπόψη τους διάφορους συγχυτικούς παράγοντες. Επιπλέον, τα νεογνά που προέρχονται από νοσηλευτήρια που διαθέτουν MENN είναι 33% λιγότερο πιθανό να παρουσιάσουν υπογλυκαιμία, 97% λιγότερο πιθανό να χρειαστούν επείγουσα φλεβική γραμμή και 96% λιγότερο πιθανό να χρειάζονται επείγουσα διασωλήνωση σε σχέση με νεογνά που διακομίζονται από νοσηλευτήρια χωρίς MENN.

Συμπεράσματα: Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης φαίνεται ότι τα ELBW νεογνά καθώς και τα νεογνά που είτε προέρχονται από νοσηλευτήρια χωρίς MENN είτε μεταφέρονται με αεροδιακομιδή έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν επιπλοκές.

ΔΥΣΤΟΚΙΑ ΩΜΩΝ. ΠΡΟΒΛΕΨΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ (2006-2011) (E-028)

**Κυριακίδης Μ.¹, Σίσκου Μ.¹, Χλιάρα Ε.¹, Κοτσαηλίδου Σ.¹, Ευαγγελινός Δ.¹, Γκαρμύρης Π.¹,
Κεσίδου Ν., Σκαφιδά Π.¹**

¹Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Πολυγύρου, ²Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Πολυγύρου

Σκοπός: Η προβλεψιμότητα της δυστοκίας των ώμων εξετάζοντας συγκεκριμένα δημογραφικά στοι-

χεία και αναλύοντας ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που προέκυψαν κατά τη διάρκεια του τοκετού

Υλικό-Μέθοδος: Αναδρομική - συγκριτική μελέτη περιστατικών που παρουσίασαν δυστοκία ώμων κατά τη διάρκεια του τοκετού και γυναικών δίχως την επιπλοκή αυτή. Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν μεταξύ τους εξετάζοντας τους παράγοντες κινδύνου για δυστοκία ώμων (μακροσωμία εμβρύου, παχυσαρκία, υπερβολική αύξηση βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, διαβήτης της κύησης, προηγούμενος τοκετός μακροσωμικού εμβρύου) καθώς επίσης και τις ιδιαιτερότητες που προέκυψαν κατά τη διάρκεια του τοκετού (παράταση 2ου σταδίου του τοκετού, εφαρμογή σικνουλκίας, κάταγμα κλείδας). Δημογραφικοί παράγοντες εξετάστηκαν και η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

Αποτελέσματα: Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους περισσότερους παράγοντες κινδύνου που εξετάστηκαν, σε αντίθεση με την εμβρυική μακροσωμία, που ήταν και ο μοναδικά στατιστικά σημαντικός παράγοντας κινδύνου για δυστοκία ώμων

Συμπεράσματα: Η δυστοκία των ώμων είναι δύσκολο να προβλεφθεί. Η μακροσωμία του εμβρύου είναι ο μοναδικός σημαντικός παράγοντας που παρατηρήσαμε, με συνήθη εργώδη διεξαγωγή του τοκετού και κάταγμα της κλείδας, ως τη συχνότερη νεογνική κάκωση.

ΕΚΒΑΣΗ ΝΕΟΓΝΩΝ ΕΚ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΤΗΝ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 1991-2010 ΣΤΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ (E-029)

Κράλλης Ν., Δρούγια Α., Χοτούρα Ε., Ανδρονίκου Σ.

Νεογνολογική κλινική, πανεπιστημιακό γενικό νοσοκομείο Ιωαννίνων

Σκοπός: Να μελετηθεί η έκβαση των νεογνών που μεταφέρθηκαν μετά την γέννηση στην ΜΕΝΝ του Περιφερειακού Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (ΠΓΝΙ) συγκριτικά με την έκβαση των νεογνών που γεννήθηκαν στο ΠΓΝΙ κατά την εικοσαετία 1991-2010.

Υλικό-μέθοδοι: Καταγράφηκε ο τόπος γέννησης, η ηλικία κύησης (ΗΚ), η έκβαση αυτών και καταγράφηκε ο αριθμός των νεογνών με σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας (ΣΑΔ), εγκεφαλική αιμορραγία (ΕΑ), περιγεννητική ασφυξία (ΠΑ) και σήψη ή μηνιγγίτιδα. Τα νεογνά ταξινομήθηκαν σε δύο ομάδες. Η ομάδα Α περιέλαβε τα νεογνά που γεννήθηκαν στο ΠΓΝΙ και η ομάδα Β αυτά που μεταφέρθηκαν από άλλα μαιευτήρια. Η χρονική διάρκεια της μελέτης υποδιαιρέθηκε σε τέσσερις χρονικές περιόδους, περίοδος Ι (1991-1995), περίοδος ΙΙ (1996-2000), περίοδος ΙΙΙ (2001-2005) και περίοδος ΙV (2006-2010) με σκοπό να καταγραφούν οι πιθανές μεταβολές κατά τη διάρκεια της μελέτης.

Αποτελέσματα: Στις πρώτες 72 ώρες ζωής εισήχθησαν τα 7806 νεογνά (89,5%). Τα 5405 νεογνά (68,5%) ανήκαν στην ομάδα Α και τα 2402 (31,5%) στην ομάδα Β. Κατά μέσο όρο μεταφέρθηκαν 121+13 νεογνά ετησίως. Σημαντικά αυξημένος ήταν ο αριθμός των μεταφερόμενων νεογνών την περίοδο ΙV σε σχέση με της περιόδους Ι και ΙΙ ($p < 0,0002$ και $p < 0,007$ αντίστοιχα). Την περίοδο ΙV η πλειοψηφία των μεταφερόμενων νεογνών προήλθε από την περιοχή της Κέρκυρας. Η θνητότητα στα νεογνά της μελέτης ήταν 3,98%. Τα μεταφερόμενα νεογνά εμφάνισαν υψηλότερη θνητότητα (6,28% έναντι 2,92%, $p < 0,001$), μεγαλύτερη συχνότητα ΣΑΔ στην ηλικιακή ομάδα 28-31 εβδομάδων ΗΚ (88,2% έναντι 54,7%, $p < 0,001$), συχνότερα ΕΑ στην ίδια ομάδα (54,6% έναντι 34,5%, $p < 0,001$), περιγεννητική ασφυξία (6,28% έναντι 2,92%, $p < 0,001$) και σηψαιμία ή μηνιγγίτιδα (4,4% έναντι 2,75%, $p < 0,001$).

Συμπέρασμα: Τα μεταφερόμενα νεογνά εμφανίζουν υψηλότερη θνησιμότητα, και συχνότερα ΣΑΔ, ΠΑ, ΕΑ και λοιμώξεις.

ΕΛΛΕΙΜΜΑ 725kb ΣΤΗΝ ΓΟΝΙΔΙΩΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ 22q13.1 ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΚΑΡΥΟΤΥΠΟΥ (aCGH) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ, ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΔΥΣΠΛΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ WAANDERBURG. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (E-031)

Σιώμου Ε.¹, Παπουλίδης Ι.¹, Μανωλάκος Ε.¹, Θωμαΐδου Α.², Petersen M.B.¹

¹Ευρωγενετική Α.Ε., Θεσσαλονική-Αθήνα, ²Νοσοκομείο Παιδων «Π.&Α. Κυριακού»

Το σύνδρομο Waardenburg (WS) είναι μία σπάνια επικρατής αυτοσωμική ασθένεια (1/40,000) η οποία χαρακτηρίζεται από νευροαισθητήρια κώφωση και υπέρ- ή υπό -μελαγχρωματικές επιδερμικές βλάβες. Λόγω γενετικής ετερογένειας αλλά και επιπρόσθετων κλινικών συμπτωμάτων, το σύνδρομο Waardenburg ταξινομείται σε τέσσερις υπότυπους (WS1-S4). Μέχρι σήμερα έξι γονίδια έχουν συσχετιστεί με τους διαφορετικούς υπότυπους του συνδρόμου, μεταξύ των οποίων και το γονίδιο SOX10, το οποίο βρίσκεται στην γονιδιωματική περιοχή 22q13.1. Στην παρούσα εργασία αναφέρουμε την περίπτωση ενός 13 ετών ασθενούς με κώφωση, υπερχρωμίες στην κοιλιακή χώρα, στο πίσω μέρος των μηρών και στους οφθαλμούς, σοβαρή νοητική μειονεξία, διαταραχές συμπεριφοράς, υποτονία, νύσταγμο και διαταραχές όρασης. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος μοριακού καρυότυπου, με συγκριτικό γονιδιωματικό υβριδισμό (aCGH), η οποία έδειξε την παρουσία ενός εκ νέου ελλείμματος 725kb στην περιοχή 22q13.1 συμπεριλαμβανομένου του γονιδίου SOX10 αλλά και άλλων 13 καταγεγραμμένων γονιδίων. Το συγκεκριμένο έλλειμμα δεν έχει προαναφερθεί στη βιβλιογραφία και περιλαμβάνει γονίδια τα οποία μετά από διερεύνηση της λειτουργικής τους σημασίας θα μπορούσαν να συσχετιστούν με την κλινική εικόνα του ασθενούς.

ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΟΘΕΡΜΙΑΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ ΜΕ ΥΠΟΞΑΙΜΙΚΗ-ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ (E-032)

Σαραφίδης Κ., Μανρίδης Π., Θωμαΐδου Α., Μαριώγλου Α., Μητσάκης Κ., Σταθοπούλου Θ., Σούμπαση Β., Δρόσου-Αγακίδου Β.

Α' Νεογνολογική Κλινική & Εντατική Νοσηλεία Νεογνών Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Περιγράφεται η πρόσφατη εμπειρία (2010-2011) ενός κέντρου από τη χρήση ολοσωματικής θεραπευτικής υποθερμίας (ΘΥ) σε νεογνά με υποξαιμική-ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια (ΥΙΕ) λόγω περιγεννητικής ασφυξίας.

Υλικό και μέθοδος: Καταγράφηκαν τα νεογνά με ηλικία κύησης ≥ 36 εβδομάδες με ενδείξεις μέτριας-σοβαρής ΥΙΕ στα οποία εφαρμόστηκε παθητικά (κλειστή θερμαντική πηγή \pm πάγος) ολοσωματική ΘΥ (θερμοκρασία πρωκτού 33,5-34,5ο C) για 72 ώρες. Η έναρξη της υποθερμίας έγινε τις πρώτες 6 ώρες από τη γέννηση και η επιλογή της θεραπείας βασίστηκε: α) στο ιστορικό οξείας ασφυξίας, β) την ύπαρξη κλινικών ενδείξεων ΥΙΕ και γ) τα παθολογικά ευρήματα στο aEEG. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά

κά χαρακτηριστικά, η ανάγκη μηχανικού αερισμού, οι επιπλοκές (σπασμοί-αντιεπιληπτικά, υπόταση-ινότροπα, αρρυθμίες, σοβαρές διαταραχές πήξης) και η έκβαση. Επιπλέον, εκτιμήθηκαν τα ευρήματα του νευροαπεικονιστικού και νευροφυσιολογικού ελέγχου.

Αποτελέσματα: Υποθερμία εφαρμόστηκε σε 3 τελειόμηνα και 1 μεγάλο πρόωρο με μέσο βάρος γέννησης 2702 ± 394 g. Τα Apgar score κυμαίνονταν από 0-1 και 4-5 στο 1ο και 5ο λεπτό, αντίστοιχα. Όλα τα νεογνά χρειάστηκαν μηχανικό αερισμό και αντιεπιληπτικά ενώ 2 εμφάνισαν υπόταση και μέτριες διαταραχές της πήξης. Κανένα δεν εμφάνισε αρρυθμία. Δύο νεογνά κατέληξαν. Τα νεογνά που επέζησαν εμφάνισαν στην έξοδο γενικευμένη υποτονία ή υπερτονία κάτω άκρων με συνοδό υπερτονία κορμού. Ωστόσο, δεν διαπιστώθηκαν σημαντικά παθολογικά ευρήματα στη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.

Συμπεράσματα: Στα νεογνά με μέτρια-σοβαρή ΥΙΕ, είναι δυνατή η ασφαλής εφαρμογή παθητικής υποθερμίας σε μονάδες που δεν διαθέτουν τα ανάλογα συστήματα του εμπορίου. Με τον τρόπο αυτό, ωφελούνται πιθανότατα ορισμένα ασφυκτικά νεογνά η έκβαση των οποίων θα ήταν δυσμενέστερη χωρίς την εφαρμογή αυτής της θεραπευτικής παρέμβασης.

ΕΝΑΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΥΠΕΡΚΑΛΙΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΠΡΩΩΡΑ ΝΕΟΓΝΑ (E-033)

Σκορδαλά Μ., Κεκέ Ι., Σιτζίμη Μ., Σπανοπούλου Ι., Σιγάλας Ι.

Νεογνολογικό Τμήμα & Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Η υπερκαλιαιμία είναι σχετικά συχνή και δυνητικά επικίνδυνη για την ζωή κατάσταση στα πρόωρα νεογνά (ιδιαίτερα στα ΠΧΒΓ και ΕΧΒΓ) που νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής νοσηλείας. Οι κλασσικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα για την αντιμετώπισή της έχουν αργό χρόνο δράσης ή /και σημαντικές παρενέργειες. Η σαλβουταμόλη έχει χρησιμοποιηθεί ενδοφλέβια σε ενήλικες και παιδιά με νεφρική ανεπάρκεια και υπερκαλιαιμία με καλά αποτελέσματα, έχει όμως επίσης παρενέργειες. Οι εισπνοές σαλβουταμόλης φαίνεται από μελέτες που έχουν γίνει σε πολύ χαμηλού βάρους πρόωρα νεογνά ότι μπορεί να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά και με ασφάλεια για την αντιμετώπιση της υπερκαλιαιμίας σ' αυτή την ομάδα ασθενών.

Περιγραφή περιστατικών: Περιγράφονται 4 περιστατικά πρόωρων νεογνών με υπερκαλιαιμία (K^+ ορού $> 6,5$ mmol/L) που νοσηλεύτηκαν στο τμήμα μας και αντιμετωπίστηκαν με χορήγηση εισπνοών σαλβουταμόλης. Το βάρος γέννησης κυμαίνονταν από 980 gr μέχρι 2230 gr ενώ η Δ.Κ. από 26- 33 εβδομάδες. Όλα τα νεογνά παρουσίασαν σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας και χρειάστηκαν αναπνευστική υποστήριξη με μηχανικό αερισμό ή ρινικό CPAP και αυξημένες τιμές καλίου κατά τις 48 πρώτες ώρες της ζωής. Το φάρμακο χορηγήθηκε σε δόση 100-200 γγ/ Kg/δόση σε 2 ml φυσιολογικό ορό. Κανένα νεογνό δεν παρουσίασε κάποια παρενέργεια από την χρήση της σαλβουταμόλης, ενώ η ανταπόκριση στη θεραπεία ήταν ταχεία, εντός δύο ωρών και η διάρκεια περίπου 6 ώρες.

Συμπέρασμα: Η χορήγηση εισπνεόμενης σαλβουταμόλης φαίνεται ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά και χωρίς παρενέργειες για την αντιμετώπιση της υπερκαλιαιμίας στα πρόωρα νεογνά. Η αποτελεσματικότητά της πρέπει να επιβεβαιωθεί από τυχαιοποιημένες μελέτες.

ΕΝΔΙΑΜΕΣΗ Β-ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΦΙΛΙΑ: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ (E-034)

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

¹Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, ²Αιματολογικό τμήμα Παθολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, Ρίο

Εισαγωγή: Η β-μεσογειακή αναιμία χαρακτηρίζεται από μερική (ενδιάμεση β-θαλασσαιμία) ή πλήρη (μείζων β-θαλασσαιμία) ανεπάρκεια της παραγωγής των β αλυσίδων της αιμοσφαιρίνης. Η κληρονομική θρομβοφιλία είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για θρομβοεμβολικά επεισόδια. Έχει επίσης θεωρηθεί σαν μία κατάσταση με αυξημένη πιθανότητα για δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης.

Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση των συγχρόνων αντιλήψεων μαιευτικής προσέγγισης σε μία περίπτωση ενδιάμεσης β-μεσογειακής αναιμίας και κληρονομικής θρομβοφιλίας.

Μελέτη: Η ασθενής, μία ελληνίδα 26 ετών με ενδιάμεση β-μεσογειακή αναιμία και ιστορικό σπληνεκτομής, προσέρχεται στην κλινική μας με αυτόματη έναρξη της εγκυμοσύνης.

Το ατομικό και το οικογενειακό της ιστορικό, είναι αρνητικό για θρομβοεμβολικά επεισόδια. Από την 1η επίσκεψή της χορηγούνται σκευάσματα φυλικού και ασβεστίου, προφυλακτική αντιπηκτική αγωγή με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους και κανονικές μεταγγίσεις αίματος. Την 16η εβδομάδα της εγκυμοσύνης παρουσιάζει επιπολής φλεβική θρόμβωση του (αρ) κάτω άκρου. Αμέσως μετά χορηγείται θεραπευτική αντιπηκτική αγωγή με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους. Ο εκτεταμένος εργαστηριακός έλεγχος δείχνει ομόζυγη κατάσταση για την C677T μετάλλαξη του MTHFR.

Από τον λεπτομερή υπερηχογραφικό έλεγχο που πραγματοποιείται την 20η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, δεν διαπιστώνονται συγγενείς ανωμαλίες ή διαταραχή της ανάπτυξης του εμβρύου. Κατά τη διάρκεια του 3ου τριμήνου της εγκυμοσύνης, ο υπερηχογραφικός έλεγχος επιβεβαιώνει καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης. Την 35η εβδομάδα της εγκυμοσύνης αποκτά ένα υγιές νεογνό με σωματικό βάρος 1915 gr (κάτω από την 5η εκατοστιαία θέση για αυτή την εβδομάδα της εγκυμοσύνης). Η αντιπηκτική αγωγή με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους συνεχίζεται και μετά τον τοκετό.

Συζήτηση: Η β-μεσογειακή αναιμία είναι μία συγγενής αναιμία που χαρακτηρίζεται από μερική (ενδιάμεση β-θαλασσαιμία) ή πλήρη (μείζων β-θαλασσαιμία) ανεπάρκεια της παραγωγής των β αλυσίδων της αιμοσφαιρίνης, που καθορίζει και την κλινική της πορεία.

Θρομβοεμβολικά επεισόδια εκδηλώνονται στο 3.9% των ασθενών με ενδιάμεση β-θαλασσαιμία και στο 0.9% των ασθενών με μείζων β-θαλασσαιμία. Η κατάσταση υπερπηκτικότητας των ασθενών με ενδιάμεση β-θαλασσαιμία, οφείλεται κυρίως στην κυκλοφορία ανώμαλων ερυθρών αιμοσφαιρίων που αλληλεπιδρούν με τα ενδοθηλιακά κύτταρα και τα ενεργοποιούν. Αυτό εξηγεί και το γεγονός ότι οι ασθενείς με ενδιάμεση β-θαλασσαιμία και κανονικές μεταγγίσεις αίματος, έχουν σημαντικά μικρότερη συχνότητα θρομβοεμβολικών επεισοδίων σε σύγκριση με αυτούς που δεν μεταγγίζονται.

Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση θρομβοεμβολικών επεισοδίων σε ασθενείς με ενδιάμεση β-θαλασσαιμία είναι: ηλικία (>20 ετών), ιστορικό θρομβοεμβολικών επεισοδίων, οικογενειακό ιστορικό και σπληνεκτομή. Η ενδιάμεση β-θαλασσαιμία σχετίζεται με επιπλοκές της εγκυμοσύνης, που οφείλονται κυρίως στην αναιμία της εγκύου.

Δεν υπάρχει συμφωνία, σχετικά με την συνολική αντιμετώπιση των θρομβοεμβολικών επεισοδίων και των επιπλοκών της εγκυμοσύνης, στις ασθενείς με ενδιάμεση β-θαλασσαιμία. Στην περίπτωση μας η προφυλακτική αντιπηκτική αγωγή δεν προστάτευσε την ασθενή από την εκδήλωση φλεβικής θρόμβωσης, ενώ η θεραπευτική αντιπηκτική αγωγή και οι κανονικές μεταγγίσεις αίματος δεν εμπόδισαν την εμφάνιση της καθυστέρησης της ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου.

Η κληρονομική θρομβοφιλία είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για θρομβοεμβολικά επεισόδια και σχετίζεται με την εμφάνιση μαιευτικών επιπλοκών που οφείλονται στην αγγειοπάθεια του πλακούντα. Είναι αδιευκρίνιστη η σημασία της ομόζυγης κατάστασης της C677T μετάλλαξης του MTHFR, για την εμφάνιση της καθυστέρησης της ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου. Πιθανότατα η χορήγηση σταθερής δόσεως φυλικού, σε ασθενή με αυξημένες απαιτήσεις λόγω της χρόνιας αναιμίας, ήταν ανεπαρκής για να αντιμετωπίσει την μετάλλαξη που προκαλεί υπερομοκυστειναιμία. Η υπερομοκυστειναιμία είναι παράγοντας κινδύνου για αποκόλληση πλακούντα και προεκλαμψία, λόγω της αγγειοπάθειας του πλακούντα. Παρόλο που η υπερομοκυστειναιμία δεν αυξάνει τον κίνδυνο για καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου, μπορεί να συμβάλει στην εμφάνισή της όταν συνυπάρχουν και άλλοι θρομβοφιλικόι παράγοντες.

Συμπέρασμα: Οι έγκυες γυναίκες με ενδιάμεση β-μεσογειακή αναιμία χρειάζονται ένα λεπτομερές στερο έλεγχο, ώστε να εντοπίζονται πρόσθετοι θρομβοφιλικόι παράγοντες και να λαμβάνουν κατάλληλη θεραπευτική αγωγή.

Βιβλιογραφία: 1. Taher A, Isma'eel H, Mehio G, Bignamini D, Kattamis A, Rachmilewitz EA, Cappellini MD. Prevalence of thromboembolic events among 8,860 patients with thalassaemia major and intermedia in the Mediterranean area and Iran. *Thromb Haemost* 2006;96(4):488-491.

2. Androutsopoulos G, Karakantza M, Decavalas G. Thalassaemia intermedia, inherited thrombophilia, and intrauterine growth restriction. *Int J Gynaecol Obstet* 2007;99(2):146.

ΕΝΔΟΗΠΑΤΙΚΗ ΧΟΛΟΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ (E-035)

Παντατοσάκης Ε., Πετράκος Γ., Αλχαζίδου Ε., Τσέβης Κ., Μπούσιος Ι., Χριστοδουλάκη Χ., Νταγκλή Α.
Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

Εισαγωγή: περιλαμβάνει την ανίχνευση υψηλών τιμών της αλκαλικής φωσφατάσης, ενώ οι τιμές τρανσαμινασών είναι λιγότερο επηρεασμένες και σπάνια υπερβαίνουν τις τιμές των 250 U/L. Κλινικά εκδηλώνεται με κνησμό στο τέλος της κύησης και σε ποσοστό 10 % εμφανίζεται ίκτερος. Πιθανόν να οφείλεται στην υψηλή συγκέντρωση οιστρογόνων, στην διαταραχή της παραγωγής των μεταβολιτών της προγεστερόνης ή σε διαταραχή της λειτουργίας του ήπατος. Σε ότι αφορά την κύηση σε ποσοστό 20-25% εμφανίζεται με κεχωσμένο αμνιακό υγρό, 16% με πρόωρο τοκετό και 7% με ενδομήτριο θάνατο μετά την 37η εβδομάδα. Η μελέτη περιλαμβάνει την αναφορά 3 περιστατικών κύησης με ενδοηπατική χολόσταση στο Γ. Ν. Καλαμάτας κατά το έτος 2010.

Υλικό: συλλέχθηκε από το βιβλίο παραλαβής του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών και από τους φακέλους νοσηλείας των ασθενών.

Αποτελέσματα: στο σύνολο των 620 επιτόκων που προσήλθαν στο Νοσοκομείο κατά το έτος 2010 καταγράφηκαν 3 περιστατικά ενδοηπατικής χολόστασης (0,4%). Και στις τρεις περιπτώσεις ο τοκετός διεκπεραιώθηκε με καισαρική τομή.

Συμπεράσματα: η ενδοηπατική χολόσταση είναι μία κατάσταση της εγκυμοσύνης που πρέπει να αναγνωρίζεται και να αντιμετωπίζεται έγκαιρα λόγω του ότι συνδέεται με αυξημένη προγεννητική θνησιμότητα. Ωστόσο η καλύτερη και πιο τακτική παρακολούθηση της εγκύου έχει μειώσει το ποσοστό εμφάνισης της τα τελευταία χρόνια.

ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΜΗΤΕΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ (E-036)

Στράκα Κ.¹, Συριοπούλου Θ.¹, Φουρλάνη Ε.², Καραχανίδη Ε.², Κωνσταντέλος Δ.¹, Μιχαήλ Ε.², Γιαννακοπούλου Π.¹, Γκουσάρης Ε.³, Παντατοσάκης Ε.³, Νικολάου Γ.², Κατσάρος Β.¹

¹Παιδιατρικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, Καλαμάτα, ²Επιστ. συνεργάτες, παιδιατρικού τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, ³μαιευτικό/γυναικολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, Καλαμάτα

Σκοπός: Να αναδειχθούν τα ποσοστά ενεργητικού καπνίσματος μητέρων κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.
Υλικό: Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν μητέρες συνοδευόμενες από τα τέκνα τους στα Επείγοντα Παιδιατρικά Ιατρεία του Νοσοκομείου μας.

Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο σχετικό με τις καπνιστικές τους συνήθειες κατά την κύηση. Υπολογίστηκε το ποσοστό των μητέρων που κάπνιζαν στην εγκυμοσύνη στο σύνολο των μητέρων αρχικά, και ακολούθως στην υποομάδα των καπνιστριών μητέρων.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα παρατίθενται στους ακόλουθους πίνακες:

Η μητέρα κάπνιζε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης			
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	% ΕΓΚΥΡΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ
Valid OXI	234	84.5	86.3
NAI	37	13.4	13.7
ΣΥΝΟΛΟ	271	97.8	100.0
Missing System	6	2.2	
Σύνολο	277	100.0	

Η μητέρα κάπνιζε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης			
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	% ΕΓΚΥΡΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ
Valid OXI	48	60.8	61.5
NAI	30	38.0	38.5
ΣΥΝΟΛΟ	78	98.7	100.0
Missing System	1	1.3	
Σύνολο	79	100.0	

Συμπέρασμα: Διαπιστώνεται ότι το 13.7% του συνόλου των μητέρων κάπνιζε στην εγκυμοσύνη, στις καπνίστριες μητέρες το ποσοστό ανέρχεται στο 38.5%, δηλαδή είναι σχεδόν τριπλάσιο.

ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΡΟΒΙΟΤΙΚΟΥ LACTOBACILLUS REUTERI ΣΕ ΠΡΩΩΡΑ ΝΕΟΓΝΑ (E-037)

Ανατολίτου Φ., Δασοπούλου Μ., Δουβίτσα Κ., Αναγνωστάκου Μ.

Β' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία»

Εισαγωγή: Το προβιοτικό βακτήριο *Lactobacillus reuteri* αποικίζει και πολλαπλασιάζεται στο παχύ έντερο όπου παράγει γαλακτικό οξύ. Η ευεργετική του επίδραση στον ξενιστή συνίσταται στην ρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος και την πρόληψη λοιμώξεων.

Σκοπός: Η αποτελεσματικότητα της εντερικής χορήγησης *Lactobacillus reuteri* σε πρόωρα νεογνά στην πρόληψη της νεκρωτικής εντερολίτιδας (NEK) και της σηψαιμίας.

Μέθοδος: 38 νεογνά (19 άρρενα και 19 θήλεα, ηλικίας κύησης 25-34 εβδομάδων και βάρους γέννησης 650-1500 γραμμαρίων) τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες κατά το διάστημα 1/1/2011 -1/6/2011. Η ομάδα Α έλαβε *Lactobacillus reuteri* 60*10⁶ μικροοργανισμούς μία φορά την ημέρα για 4 εβδομάδες. Η ομάδα Β δεν έλαβε προβιοτικά. Τα νεογνά σιτίζονταν με μητρικό γάλα ή τεχνητή διατροφή.

Αποτελέσματα: NEK διαγνώσθηκε σε 1/19 (5.3%) των παιδιών που ελάμβαναν *Lactobacillus reuteri* έναντι 4/19 (21.0%) της ομάδας Β. Σηψαιμία παρουσίασαν 6/19 (31.6%) νεογνά της ομάδας Α έναντι 9/19 (47.3%) της ομάδας Β. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

Συμπέρασμα: Στην μελέτη μας η εντερική χορήγηση του προβιοτικού *Lactobacillus reuteri* παρουσίασε μείωση ως προς την επίπτωση της σηψαιμίας και της NEK, ενώ δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Απαιτείται επέκταση της μελέτης σε μεγαλύτερο αριθμό νεογνών προκειμένου να επιβεβαιωθεί στατιστικά το ανωτέρω ευεργετικό αποτέλεσμα.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΑΤΟΣ, ΤΟΥ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΡΥΘΡΑΣ ΣΕ ΚΥΗΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2007-2011 ΣΤΗ Μ/Γ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ Γ.Ν.Χ. (E-038)

Υφαντίδου Α.², Χλιάρα Ε.¹, Ευαγγελινός Δ.¹, Σίσκου Μ.¹, Κυριακίδης Μ.¹, Κοτσαηλίδου Μ.¹, Γκαρμύρης Π.¹, Σκαφιδά Π.¹

¹Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής, ²Μικροβιολογικό Εργαστήριο Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής

Σκοπός: Ο προσδιορισμός των οροθετικών εγκύων γυναικών για τοξόπλασμα, κυτταρομεγαλοϊό και ερυθρά, λοιμώξεων, που αν συμβούν κατά τη διάρκεια της κύησης έχουν αρνητική επίδραση στην έκβαση αυτής.

Υλικό-Μέθοδος: Κατά τον προγεννητικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε στη Μ/Γ/ Κλινική του Γ.Ν.Χ. από το 2007-2011 για τοξόπλασμα, ερυθρά, και κυτταρομεγαλοϊό σε συνολικό αριθμό 1200 εγκύων γυναικών (ηλικίες 15-49 ετών), εξετάσαμε αναδρομικά τα ποσοστά της οροθετικότητας για IgG- IgM αντισώματα, στο 1ο, 2ο και 3ο τρίμηνο της κύησης. Ο πληθυσμός που μελετήθηκε αφορούσε αλλοδα-

πές και ελληνίδες προερχόμενες κυρίως από την ευρύτερη περιοχή του νομού Χαλκιδικής. Ο έλεγχος πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο ELIZA στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο του Γ.Ν.Χ.

Αποτελέσματα: Ενδεικτικά η οροθετικότητα για αντισώματα τοξοπλάσματος ανέρχονταν για IgG σε 51% και IgM σε 0,6%, η οροθετικότητα για ερυθρά IgG σε 98% και IgM σε 0,1% καθώς επίσης η οροθετικότητα για CMV IgG: σε 95% και IgM σε 0,7%

Συμπεράσματα: Οι οροαρνητικές γυναίκες ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου νόσησης από ερυθρά, τοξοπλάσμα και κυτταρομεγαλοϊό κατά τη διάρκεια της κύησης. Αναγκαία είναι η εφαρμογή προληπτικών μέτρων και ενημέρωσης του πληθυσμού για τη μείωση των περιστατικών με λοιμώξεις από τα παραπάνω στην κύηση. Επιβάλλεται ο εμβολιασμός των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας, στις οποίες δεν ανιχνεύονται αντισώματα εναντίον της ερυθράς.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ 20,000 ΤΟΚΕΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΝΔ ΕΛΛΑΔΑ. ΗΛΙΚΙΑ ΕΠΙΤΟΚΩΝ, ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΣΕ ΙΤΟΚΕΣ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΕΣ (E-039)

Τσιβεριώτης Κ., Καράμπελας Σ., Βατσαρέας Δ., Παπαδόπουλος Β., Δεκαβάλας Γ.

Πανεπιστημιακή Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών

Σκοπός: Παρουσίαση επιδημιολογικών στοιχείων που αφορούν όλους τους τοκετούς σε μονήρεις κησίες που έλαβαν χώρα στο Νοσοκομείο μας τα τελευταία 20 χρόνια (1991-2011)

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά όλοι οι τοκετοί σε μονήρεις κησίες που έγιναν στην Κλινική μας την τελευταία 15ετία. Συγκεκριμένα, αναλύθηκαν η ηλικία των επιτόκων, ο δείκτης σωματικής μάζας προ κύησης, η ηλικία κύησης στον τοκετό, ο τρόπος τοκετού, ο αριθμός των μαιευτικών υστερεκτομών και τα χαρακτηριστικά των γυναικών που υποβλήθηκαν σε αυτές.

Αποτελέσματα: Συνολικά 20244 γυναίκες με μονήρεις κησίες γέννησαν τη τελευταία 15ετία στο ΠΠΓΝ Πατρών. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των επιτόκων είχαν ως εξής: αύξηση του ποσοστού των μεταναστών από 3.1% το 1995 σε 10.1% το 2011 με αντίστοιχη μείωση των Ελληνίδων γυναικών. Το επιμέρους ποσοστό των αθιγγάνων παραμένει χωρίς σημαντική μεταβολή επί του συνόλου (3.2% - 4.2%). Η μέση ηλικία των γυναικών κατά τον τοκετό αυξάνεται σταδιακά από 27,1 το 1995 σε 30.3 το 2011. Η αντίστοιχη αύξηση στις Ελληνίδες μόνο ήταν μεγαλύτερη (από 27.4 σε 31). Την πρώτη ηλικιακά ομάδα αποτελούν πλέον οι γυναίκες 30 - 35 ετών, ενώ από το 2003-4 οι γυναίκες άνω των 30 ετών αποτελούν την πλειοψηφία των επιτόκων στην περιοχή μας (55%). Ο μέσος δείκτης σωματικής μάζας (BMI) δεν εμφάνισε σημαντικές διαφορές. Οι πρόωροι τοκετοί παραμένουν σταθεροί (5 - 6.5% του συνόλου σε όλη τη διάρκεια της 15 ετίας). Τα ποσοστά καισαρικών τομών (ΚΤ) αυξήθηκαν επίσης σταδιακά από 25% το 1995 στο 48% το 2011. Η αντίστοιχη αύξηση για τις πρωτοτόκες γυναίκες ήταν από 23,5% το 1995, στο 51,5% το 2002 με ακόλουθη μείωση στο 43% το 2009 και 46% το 2011. Κατά το ίδιο διάστημα τα ποσοστά ΚΤ στις ανήλικες (19 ετών), με πλημμελή παρακολούθηση Ιτόκες επίτοκες που προσήλθαν στην Κλινική μας παρουσίασε μικρότερη αύξηση (από 25% σε 38%).

Την τελευταία 15ετία διεξήχθησαν συνολικά 39 μαιευτικές υστερεκτομές. Ο αριθμός ανά έτος αυξάνεται προοδευτικά με συνολικά 6 το 2010 και 4 μέχρι τον Αύγουστο του 2011. Η συντριπτική πλειοψηφία (83%) αφορούσε γυναίκες που είχαν ιστορικό 2 ή 3 ΚΤ και είχαν υποβληθεί σε ΚΤ ως Ιτόκες.

Συζήτηση: Η μέση ηλικία των επιτόκων αυξάνει προσομοιάζοντας με τα δεδομένα των υπολοίπων δυτικών χωρών. Η αύξηση του ποσοστού των ΚΤ στις Ιτόκες είναι ιδιαίτερα σημαντική και έχει σαν αποτέλεσμα την μεταγενέστερη αύξηση του ποσοστού των μαιευτικών υστερεκτομών. Η μόνη ρεαλιστική προσέγγιση στο θέμα της μείωσης του συνολικού ποσοστού των ΚΤ είναι η προσπάθεια για συγκράτηση/μείωση του ποσοστού ΚΤ στις Ιτόκες

ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ ΣΧΕΤΙΚΟΥ ΜΕ ΤΗ ΓΛΥΚΑΓΟΝΗ ΠΕΠΤΙΔΙΟΥ-1 (GLUCAGON LIKE PEPTIDE-1, GLP-1) ΣΤΟΝ ΟΜΦΑΛΙΟ ΛΩΡΟ ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ ΜΕ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΑΥΞΗΣΗ (E-040)

Λιόση Σ.¹, Μπριάνα Δ.¹, Γουργιώτης Δ.², Μπούτσιου Μ.¹, Μπάκα Σ.¹, Βράβλα Β.-Μ.², Χασιάκος Δ.¹, Μαλαμίτση-Πούχγερ Α.¹

¹Νεογνολογικό Τμήμα, Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ² Ερευνητικά Εργαστήρια, Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

Σκοπός: Το σχετικό με τη γλυκαγόνη πεπτίδιο-1 (glucagon like peptide-1, GLP-1) συντίθεται και απεκκρίνεται από τα νευροενδοκρινή κύτταρα του γαστρεντερικού σωλήνα και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση της απορρόφησης των θρεπτικών συστατικών, καθώς και στην ανάπτυξη και λειτουργία του εντέρου. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των επιπέδων ορού GLP-1 στον ομφάλιο λώρο κύησης με ενδομήτρια υπολειπόμενη αύξηση (ΕΥΑ, συσχετιζόμενη με διαταραχή στην εντερική ανάπτυξη, δυσανεξία στη σίτιση και αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη νεκρωτικής εντεροκολίτιδας) και κανονικό βάρος γέννησης για την ηλικία κύησης (ΚΒΓ).

Υλικά και μέθοδος: Προσδιορισμός με ραδιοανοσολογική μέθοδο των συγκεντρώσεων GLP-1 σε 50 δείγματα ορού ομφαλίου λώρου (μικτό αρτηριοφλεβικό αίμα) από μονόδυμα τελειόμηνα νεογνά με ΕΥΑ (n=14) και ΚΒΓ (n=36).

Αποτελέσματα: Δε διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα ομφαλίου λώρου GLP-1 μεταξύ των ομάδων με ΕΥΑ και ΚΒΓ. Επιπλέον, η επίδραση της ηλικίας της μητέρας, του αριθμού των προηγηθεισών κύησης, της ηλικίας κύησης, του είδους τοκετού, της προτυποποιημένης εκατοστιαίας θέσης, του βάρους γέννησης και του φύλου στα επίπεδα ομφαλίου λώρου GLP-1 δεν ήταν σημαντική.

Συμπεράσματα: Η GLP-1 ανιχνεύεται στο αίμα του ανθρώπινου ομφαλίου λώρου στη γέννηση. Η απουσία σημαντικών διαφορών στα επίπεδα GLP-1 μεταξύ νεογνών με ΕΥΑ και νεογνών με ΚΒΓ πιθανώς υποδηλώνει ότι η GLP-1 δεν εμπλέκεται στην παθογένεια των διαταραχών της εντερικής ανάπτυξης και λειτουργίας, οι οποίες συσχετίζονται με την ΕΥΑ. Στο περιορισμένο εύρος ηλικιών κύησης που μελετήθηκαν, δεν παρατηρήθηκε επίδραση της εμβρυικής ωρίμανσης στα επίπεδα GLP-1. Τέλος, τα επίπεδα GLP-1 ομφαλίου λώρου είναι ανεξάρτητα του αριθμού προηγηθεισών κύησης, του φύλου και του είδους τοκετού.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΚΥΗΣΕΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ (E-041)

Στρατουδάκης Γ., Τζανάκης Κ., Χριστοδουλάκη Χ., Καστρινάκης Κ., Ζησιού Α., Γλαρός Σ., Τσόπελας Α., Δασκαλάκης Γ.

Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Γεν. Ν. Νοσοκομείου Χανίων Κρήτης

Εισαγωγή: Το αυξημένο σωματικό βάρος, όταν δεν συνδέεται με άλλες παθολογίες, είναι το αποτέλεσμα της υπερκατανάλωσης τροφών με μεγάλη περιεκτικότητα σε λιπαρά και είναι γνωστές κυρίως οι επιπτώσεις του στην καρδιαγγειακή λειτουργία^{1,2}. Οι γυναίκες με ήδη αυξημένο σωματικό βάρος πριν από την εγκυμοσύνη, ενδεχομένως να αντιμετωπίσουν σοβαρά γυναικολογικά αλλά και μαιευτικά προβλήματα τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης όσο και του τοκετού και θα έχουν ένα ακόμα επιβαρυντικό παράγοντα για την περιγεννητική έκβαση του εμβρύου^{3,4}. Σκοπός της μελέτης είναι να εκτιμήσουμε τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει το αυξημένο σωματικό βάρος ή και η υπερβολική αύξηση του βάρους της εγκύου στην κύηση και στο περιγεννητικό αποτέλεσμα.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήσαμε αναδρομικά τα στοιχεία από 3964 γυναίκες που γέννησαν στη Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική του Νοσοκομείου Χανίων μεταξύ της 1ης Ιανουαρίου 2006 και 31ης Δεκεμβρίου 2010. Οι γυναίκες χωρίστηκαν σε τέσσερις ομάδες σύμφωνα με το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), που υπολογίζεται αν διαιρέσουμε το βάρος του σώματος σε κιλά, δια του τετραγώνου του αναστήματος σε μέτρα. Οι τέσσερις ομάδες ήταν: λιποβαρείς με ΔΜΣ < 19.8 (277 γυναίκες, 6.98%), φυσιολογικές με ΔΜΣ 19.8-26 (2660 γυναίκες, 67.1%), αυξημένο σωματικό βάρος με ΔΜΣ 26.1-29 (581 γυναίκες, 14.65%) και πολύ αυξημένο σωματικό βάρος > 29 (446 γυναίκες, 11.27%). Την ομάδα μελέτης αποτέλεσαν γυναίκες με ΔΜΣ > 29 και τα στοιχεία που εξετάστηκαν ήταν: η ηλικία της μητέρας, ο αριθμός τοκετών, το βάρος, ο ΔΜΣ, η αύξηση βάρους κατά την κύηση και το βάρος του εμβρύου. Εξετάστηκαν επίσης μαιευτικές επιπλοκές όπως δίδυμος κύηση, διαβήτης κύησης, υπέρταση που υποχωρεί μετά τον τοκετό με ή χωρίς πρωτεϊνουρία ή παθολογικό οίδημα, προδρομικός πλακούντας, πρόωρη ρήξη υμένων, εμβρυοπνευλική δυσαναλογία, δυστοκία, περίδεση, αιμορραγία μετά τον τοκετό, ολιγάμνιο, ενδομήτριος θάνατος, παθολογική καρδιακή λειτουργία, υπολειπομένη ενδομήτρια ανάπτυξη, πρόωρος τοκετός και μακροσωμία (4 kg ή παραπάνω) αλλά και αν κρίθηκε απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση (πρόκληση τοκετού, δακτυλική αποκόλληση πλακούντα, χρήση εμβρυουλκίας ή καισαρική τομή).

Αποτελέσματα: Στους παρακάτω πίνακες συνοψίζονται τα στοιχεία που αφορούν τις μητέρες, τις επιπλοκές στην κύηση, τις μαιευτικές επεμβάσεις και τα νεογνά.

Πίνακας 1. Στοιχεία εγκύων

	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΔΜΣ	ΗΛΙΚΙΑ ΕΓΚΥΟΥ	ΗΛΙΚΙΑ ΚΥΗΣΗΣ	ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ (kg)
ΛΙΠΟΒΑΡΕΙΣ	277 (6.98%)	<19.8	26.06±0.60	38.05±0.23	11.2±0.63
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ	2660 (67.1%)	19.8-26	31.2±0.44	39.2±0.15	10.2±0.36
ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ	581 (14.65%)	26.1-29	30.02±0.39	39.32±0.11	8.48±0.33
ΠΟΛΥ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ	446 (11.27%)	>29	31.5±0.45	39.06±0.15	7.79±0.36

Πίνακας 2. Επιπλοκές εγκυμοσύνης, μαιευτικές επεμβάσεις, στοιχεία νεογνών

	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ	ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ
ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑ	16 (0.6%)	32 (7.2%)
ΟΛΙΓΑΜΝΙΟ	48 (1.8%)	15 (3.3%)
ΠΡΕΥ	332 (12.5%)	85 (19.2%)
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ	43 (1.8%)	24 (5.4%)
ΜΑΚΡΟΣΩΜΙΑ	223 (8.4%)	75 (16.8%)
ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	24 (0.9%)	11 (2.4%)
ΙΣΧΙΑΚΗ ΠΡΟΒΟΛΗ	32 (1.2%)	24 (5.4%)
ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΟΣ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ	47 (1.77%)	2 (0.44%)
ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ	35 (1.33%)	6 (1.33%)
ΕΜΒΡΥΟΠΥΕΛΙΚΗ ΔΥΣΑΝΑΛΟΓΙΑ	129 (4.87%)	27 (6.19%)
ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ	35 (1.33%)	27 (6.19%)
ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΟΚΕΤΟΥ	271 (10.2%)	91 (20.4%)
ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	819 (30.8%)	176 (39.6%)
ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ	37 (1.39%)	15 (3.3%)
ΒΑΡΟΣ ΝΕΟΓΝΟΥ	3170±520	3300±480
ΔΙΔΥΜΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ	46 (1.73%)	8 (1.39%)
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	104 (3.8%)	14 (3.1%)
IUGR	83 (3.1%)	14 (3.1%)
ΠΡΩΩΡΑ	231 (8.6%)	35 (7.8%)
ΜΕΘ ΝΕΟΓΝΩΝ	494 (18.6%)	40 (8.9%)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης δεν σημειώθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα σε γυναίκες φυσιολογικές και με αυξημένο σωματικό βάρος στη συχνότητα πρόωρης ρήξης υμένων, ενώ αυξημένη ήταν η εκδήλωση υπέρτασης της κύησης και σακχαρώδη διαβήτη στις εγκύους με αυξημένο σωματικό βάρος. Αυξημένη επίσης εμφανίζεται η πιθανότητα πρόκλησης τοκετού λόγω υπέρτασης αλλά και παρατάσης της κύησης. Οι παχύσαρκες έγκυες είχαν επίσης και υψηλότερο ποσοστό καισαρικής τομής, κυρίως λόγω του μεγάλου βάρους των νεογνών και της ανώμαλης προβολής, ενώ για τις φυσιολογικού βάρους γυναίκες η καισαρική τομή πραγματοποιήθηκε λόγω δυστοκίας ή προδρομικού πλακούντα. Αυξημένες είναι και οι επιπλοκές του κοιλιακού τοκετού σε παχύσαρκες εγκύους ενώ το ποσοστό γέννησης μακροσωμικών νεογνών είναι διπλάσιο σε σχέση με τα νεογνά που γεννιούνται από φυσιολογικού βάρους μητέρες, τα οποία όμως αναλογικά είναι περισσότερο πρόωρα με υπερχολυρεθρυναμία και λιγότερο με αναπνευστικές δυσκολίες από τα νεογνά γυναικών με αυξημένο σωματικό βάρος. Η μελέτη έδειξε ότι υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες να προκληθεί ο τοκετός στις εγκύους με αυξημένο σωματικό βάρος, δεν υπήρχαν ωστόσο σημαντικές διαφορές σχετικά με την παθολογική καρδιακή λειτουργία, την προωρότητα, τον ενδομήτριο θάνατο ή υπολειπόμενη ανάπτυξη. Ενδιαφέρουσα είναι η παρατήρηση ότι τα νεογνά που κρίθηκε απαραίτητη η εισαγωγή τους στη μονάδα νεογνών στην πλειοψηφία τους είχαν γεννηθεί από έγκυες φυσιολογικού σωματικού βάρους.

Συζήτηση: Οι επιπτώσεις που μπορεί να έχει η αύξηση του σωματικού βάρους, είτε προϋπάρχουσα είτε λόγω εγκυμοσύνης, έχουν αποτελέσει αντικείμενο πολλών μελετών⁵⁻⁷. Οι Li et al. ορίζουν υπερβολική την αύξηση του σωματικού βάρους πάνω από 300 lbs⁶, ενώ ο Caughey ορίζει ως υπέρβαση βάρους την αύξηση του ιδανικού βάρους κατά 20%⁵. Στη μελέτη μας η συχνότητα της παχυσαρκίας στο μαιευτικό πληθυσμό ήταν 11.27%. Οι έγκυες με αυξημένο σωματικό βάρος πήραν λιγότερο κιλά στην κύηση (7.79±0.36 kg) από τις γυναίκες φυσιολογικού σωματικού βάρους (10.2±0.63 kg). Το μέγιστο επιτρεπό-

μενο όριο αύξησης βάρους για τις υπέρβαρες γυναίκες, σύμφωνα με τον Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτήρων Γυναικολόγων δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 6.8 kg, σε αντίθεση προς τις γυναίκες με χαμηλό σωματικό βάρος που το αντίστοιχο όριο είναι 12.48-18.12 kg⁸. Η παχυσαρκία θεωρείται ένδειξη πρόκλησης κολπικού τοκετού, αλλά και για την επιλογή της καισαρικής τομής ως τρόπου τοκετού^{5,6}. Στην μελέτη μας η συχνότητα καισαρικής τομής στις παχύσαρκες μητέρες ήταν 39.6%, ενώ στην ομάδα φυσιολογικού βάρους ήταν μόνο 30.8%. Αναφορικά με τα νεογνά, ο Chu et al. αναφέρει ότι υπάρχει αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα στα νεογνά γυναικών με αυξημένο σωματικό βάρος⁴. Μολονότι άλλες μελέτες έδειξαν μικρότερη συχνότητα ενδομήτριου θανάτου στις γυναίκες με αυξημένο σωματικό βάρος⁹, η παρούσα μελέτη δεν εντόπισε τέτοια διαφορά. Η μακροσωμία είναι ένα χαρακτηριστικό των νεογνών που αποδίδεται στο αυξημένο σωματικό βάρος, αλλά και στο σακχαρώδη διαβήτη κύησης¹⁰. Είναι δύσκολο να ερμηνευτεί το γεγονός ότι μολονότι οι ενδείξεις για εισαγωγή στη μονάδα νεογνών είναι παρόμοιες και για τις δυο ομάδες, τα περισσότερα νεογνά που εισάγονται στη μονάδα έχουν γεννηθεί από έγκυες με φυσιολογικό βάρος. Συμπερασματικά τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνουν τους σοβαρούς κινδύνους επιπλοκών στην κύηση, στον τοκετό και στην περιγεννητική έκβαση των νεογνών εξαιτίας του αυξημένου σωματικού βάρους, επιπλοκών που έχουν σοβαρό αντίκτυπο και στη μετέπειτα πορεία της υγείας της μητέρας. Ακόμα και στην περίπτωση που δεν θα προγραμματιστεί άλλη εγκυμοσύνη, οι γυναίκες αυτές θα πρέπει να ενθαρρυνθούν να χάσουν βάρος μετά τον τοκετό με κατάλληλες διατροφικές οδηγίες, έτσι ώστε να ωφεληθούν μακροπρόθεσμα.

Βιβλιογραφία

1. Oken E. Maternal and child obesity: the causal link. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009;36(2):361-77.
2. Ramachenderan J, Bradford J, McLean M. Maternal obesity and pregnancy complications: a review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2008;48(3):228-35.
3. Wataba K, Mizutani T, Wasada K, Morine M, Sugiyama T, Suehara N. Impact of prepregnant body mass index and maternal weight gain on the risk of pregnancy complications in Japanese women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(3):269-76.
4. Chu SY, Callaghan WM, Bish CL, D'Angelo D. Gestational weight gain by body mass index among US women delivering live births, 2004-2005: fueling future obesity. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200(3):271.e1-7.
5. Caughey AB. Obesity, weight loss, and pregnancy outcomes. *Lancet.* 2006;368(9542):1136-8.
6. Li R, Jewell S, Grummer-Strawn L. Maternal obesity and breast-feeding practices. *Am J Clin Nutr.* 2003;77(4):931-6.
7. Kuehn BM. Guideline for pregnancy weight gain offers targets for obese women. *JAMA.* 2009;302(3):241-2.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Nutrition during pregnancy. *ACOG Technical Bulletin 179:* April 1993, Washington DC.
9. Smith SA, Hulsey T, Goodnight W. Effects of obesity on pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008;37(2):176-84.
10. Crane JM, White J, Murphy P, Burrage L, Hutchens D. The effect of gestational weight gain by body mass index on maternal and neonatal outcomes. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009;31(1):28-35.

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΑΝΑΤΟΜΙΚΩΝ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ ΣΕ ΔΙΔΥΜΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ (E-042)

Παναγιωτοπούλου Ο., Καρατζά Α., Φούζας Σ., Παύλου Β., Σινωπίδης Ξ., Βαμβαρήγου Α., Μανταγός Σ.
Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών

Σκοπός: Η εκτίμηση της επίπτωσης συγγενών καρδιοπαθειών και λοιπών ανατομικών ανωμαλιών σ'

ένα πληθυσμό διδύμων νεογνών και η συσχέτιση με την εξωσωματική γονιμοποίηση

Μέθοδοι: Στη χρονική περίοδο 1995-2004 μελετήσαμε 516 νεογνά προερχόμενα από 258 δίδυμες κησίες, που εισήχθησαν στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας. Τετρακόσια εξήντα έξι (90.3%) νεογνά ήταν διχοριακά και 50 (9.7%) ήταν μονοχοριακά διαμνιακά.

Αποτελέσματα: Τα δίδυμα που προέκυψαν από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή αποτέλεσαν το 32.6% του πληθυσμού. Σ' αυτή την ομάδα συγγενής καρδιοπάθεια διαγνώστηκε σε 11/168 νεογνά (6.5%) και άλλες ανατομικές ανωμαλίες σε 20/168 (11.9%). Στην ομάδα της αυτόματης σύλληψης 8/348 νεογνά (2.3%) εμφάνισαν συγγενή καρδιοπάθεια και 16/348 (13.8%) ανωμαλίες από τα υπόλοιπα συστήματα (χ^2 -test: $p=0.016$ και $p=0.002$, αντίστοιχα). Τρία νεογνά (1,8%) στην ομάδα της εξωσωματικής γονιμοποίησης είχαν χρωμοσωμικές ανωμαλίες (2 τρισωμία 18 και 1 τρισωμία 21), που συνοδεύονταν σε όλες τις περιπτώσεις από καρδιακή νόσο. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε καρυοτυπική ανωμαλία σε κανένα νεογνό στην ομάδα των αυτόματων συλλήψεων ($p<0.001$). Ανάλυση με τη μέθοδο της λογιστικής παλινδρόμησης έδειξε ότι η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για συγγενή καρδιοπάθεια και για άλλες ανατομικές ανωμαλίες, λαμβάνοντας υπ' όψιν τη χοριοιονικότητα, την ηλικία της μητέρας, το φύλο και τον τόκο {OR=3.9, $p=0.031$ και OR=2,9, $p=0.017$, αντίστοιχα}.

Συμπέρασμα: Διαπιστώθηκε αυξημένη συχνότητα συγγενών καρδιοπαθειών και άλλων ανωμαλιών σε δίδυμα νεογνά, που προέκυψαν μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση. Ο πιθανός μηχανισμός πρόκλησης των διαταραχών αυτών παραμένει αδιευκρίνιστος. Η ενημέρωση των μελλοντικών γονέων και η καθοδήγηση για λεπτομερέστερο προγεννητικό έλεγχο στις περιπτώσεις διδύμων κησίων μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση θεωρείται αναγκαία.

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΒΜΙ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΒΑΡΟΥΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΣΤΟ ΒΓ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ (E-043)

Διαμαντή Ε., Σαπουτζή Ε., Τσιμτσιλιάκος Α., Ευσταθίου Ν., Παμπούκα Μ., Γκατζόφλια Α., Δρόσου-Αγακίδου Β.

Α' Νεογνολογική Κλινική και ΜΕΝΝ Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Να εκτιμηθεί εάν το ΒΜΙ της μητέρας πριν την κύηση και η αύξηση του βάρους της στην κύηση (ΑΒΚ) έχουν επίπτωση στο ΒΓ του νεογνού.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 1633 νεογνά που νοσηλεύτηκαν στο τμήμα φυσιολογικών νεογνών, το 2010. Καταγράφηκε το περιγεννητικό-νεογνικό ιστορικό. Το ΒΣ, ΜΣ, η ΑΒΚ και το ατομικό-μαιευτικό ιστορικό λαμβανόταν από τη μητέρα στην έξοδο του νεογνού. Εξαιρέθηκαν τα νεογνά πολύδιδμων κησίων, μητέρων με υπέρταση-προεκλαμψία, διαβήτη στην κύηση ($n=185$), τα πρόωρα και μεταφερόμενα στη ΜΕΝΝ ($n=126$), καθώς και αυτά με ελλιπή στοιχεία για το ΒΜΙ και ΑΒΚ της μητέρας ($n=314$). Τα νεογνά που τελικά συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη ήταν 1008.

Αποτελέσματα: Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά μητέρων: Ελληνίδες (46,6%), εργαζόμενες στην κύηση (31,6%), μόρφωση <12χρόνια (39,1%), άγαμες (9,4%), καπνίστριες (16,7%), πρωτοτόκες (44,2%), ηλικία $28 \pm 5,6$ χρ. Το 68,1% γέννησαν με κολπικό τοκετό. Το 5,5% είχαν ΒΜΙ <18,5 ενώ το 19,9% ήταν υπέρβαρες και το 8,5% παχύσαρκες. Το ΒΜΙ της μητέρας είχε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την εθνικότητα, την ηλικία, τον τόκο και το βάρος γέννησης των νεογνών και αρνη-

τική συσχέτιση με το μορφωτικό επίπεδο. Για τις μητέρες με BMI < 18.5, 18.5-24.9, 25-29.9 και ≥ 30 η αναλογία SGA νεογνών ήταν 14.6%-7.2%-5%-7% και των LGA 3.6%, 6.8%, 14%, 16.5%, αντίστοιχα ($p < 0.001$). Η ABK ανά κατηγορία BMI υπολειπόταν των συστάσεων στο 22.3% των μητέρων, ήταν μεγαλύτερη στο 41,2% και είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το ΒΓ των νεογνών ($p < 0.001$).

Συμπεράσματα: Το ΒΓ των νεογνών επηρεάζεται από το BMI και την ABK της μητέρας. Τα υψηλά ποσοστά υπέρβαρων-παχύσαρκων μητέρων καθώς και αυτών με μεγαλύτερη ABK από τις συστάσεις, πρέπει να προβληματίσει αυτούς που ασχολούνται με την περιγεννητική φροντίδα.

ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΕΚΒΑΣΗ ΔΙΔΥΜΟΥ ΚΥΗΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΩΩΡΗ ΡΗΞΗ ΕΜΒΡΥΪΚΩΝ ΥΜΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΤΡΙΜΗΝΟ (E-044)

Γκαράς Α., Κούκουρα Ο., Καρναβάς Η., Κούκου Ζ., Μαδεμτζής Ι., Μεσσήνης Ι.

Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας

Εισαγωγή: Η πρόγνωση των κύσεων που εμφανίζουν πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων κατά το δεύτερο τρίμηνο θεωρείται κατά κανόνα δυσμενής, αν και τα τελευταία χρόνια πληθαίνουν οι αναφορές για ευνοϊκότερη πρόγνωση. Παρόλα αυτά, ειδικότερα σε περιπτώσεις διδύμων κύσεων, υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα στη βιβλιογραφία. Η συγκεκριμένη παρουσίαση περιστατικού αφορά την επιτυχή έκβαση διδύμου κύησης που εμφάνισε πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων κατά τη 18η εβδομάδα της κύησης.

Παρουσίαση Περιστατικού: Έγκυος στη 18η εβδομάδα διδύμου κύησης (διχοριακή-διαμνιακή), δευτεροτόκος, που είχε υποβληθεί σε καισαρική τομή στην πρώτη κύηση, προσήλθε στο εξωτερικό ιατρείο με σημεία πρόωρης ρήξης εμβρυϊκών υμένων. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε η εκροή αμνιακού υγρού από τον τράχηλο, χωρίς όμως διαστολή ή εξάλειψη του τραχήλου. Υπερηχογραφικά, το αμνιακό υγρό ήταν ελαττωμένο στο Α έμβρυο και φυσιολογικό στο Β έμβρυο, και τα δύο είχαν θετική καρδιακή λειτουργία. Ο τράχηλος ήταν κλειστός και είχε μήκος 34 χιλιοστά. Δεν διαπιστώθηκαν δείκτες φλεγμονής στις εργαστηριακές εξετάσεις. Αποφασίστηκε η συντηρητική αντιμετώπιση της κύησης και έγινε εισαγωγή της ασθενούς με αντιβιοτική αγωγή. Παρέμεινε στην κλινική για μία εβδομάδα και πήρε εξιτήριο με αμετάβλητη την κλινική εικόνα. Η παρακολούθηση της γινόταν στη συνέχεια σε εξωτερική βάση με τακτικούς υπερηχογραφικούς ελέγχους και αιματολογικές εξετάσεις. Η κλινική της πορεία παρέμεινε αμετάβλητη έως την 34η εβδομάδα της κύησης, οπότε και υποβλήθηκε σε καισαρική τομή. Γέννησε δύο νεογνά βάρους 2000 και 2400gr τα οποία παρέμειναν για μικρό χρονικό διάστημα στη μονάδα νεογνών χωρίς σοβαρές επιπλοκές κατά τη νοσηλεία τους.

Συζήτηση: Το ποσοστό εμβρυϊκού θανάτου σε περιπτώσεις πρόωρης ρήξης των εμβρυϊκών υμένων κυμαίνεται μεταξύ 40 και 75%. Οι κύσεις αυτές μπορεί να εμφανίσουν σοβαρές επιπλοκές όπως σήψη και αποκόλληση του πλακούντα. Συχνά σε τέτοιες περιπτώσεις αποφασίζεται ο τερματισμός της κύησης. Η συντηρητική αντιμετώπιση θα πρέπει να αποφασίζεται μετά από σωστή ενημέρωση του ζευγαριού, που θα περιλαμβάνει τους κινδύνους που αφορούν την έγκυο αλλά και την πρόγνωση των εμβρύων. Η παρακολούθηση της κύησης θα πρέπει να έχει σαν στόχο, την έγκαιρη ανίχνευση φλεγμονής και τη σωστή χρονική τοποθέτηση της διεκπεραίωσης του τοκετού μετά την 24η εβδομάδα της με βάση παραμέτρους που αξιολογούν την κατάσταση του εμβρύου.

ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΕΚΒΑΣΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ (E-045)

Κώρης Γ., Θανασάς Ι., Μπίνα Αρ.

Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τριπόλων, Τρίκαλα

Εισαγωγή: Η ελκώδης κολίτιδα (ΕΚ) προσβάλλει κυρίως άτομα αναπαραγωγικής ηλικίας. Είναι συχνότερη στις γυναίκες. Είναι πιο συχνή από τη νόσο του Crohn (5.6/100000) και αφορά σε 10.4 περιπτώσεις ανά 100000 του γενικού πληθυσμού.

Περιγραφή περίπτωσης: Αφορά σε έγκυο πρωτότοκο που προσήλθε στο τακτικό ιατρείο αναφέροντας δευτεροπαθή αμηνόρροια από 6 εβδομάδες. Το test κύησης ήταν θετικό. Με το διακολπικό υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε η παρουσία ενδομήτριου σάκου κύησης με θετική καρδιακή λειτουργία. Από τη λήψη του ιστορικού προέκυψε ότι η έγκυος έπασχε από ΕΚ. Η νόσος υπό αγωγή με σουλφασαλαζίνη ήταν σε ύφεση. Ο μη επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος δεν έδειξε παθολογικά ευρήματα. Καθόλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης χορηγήθηκαν σκευάσματα σιδήρου, φολικού οξέος και σε συνεννόηση με τους θεράποντες ιατρούς (γαστρεντερολόγο και χειρουργό) η ασθενής μας τέθηκε υπό αγωγή με σουλφασαλαζίνη σε δόση 2 γραμμάρια το εικοσιτετράωρο. Η πορεία της κύησης υπό συστηματική παρακολούθηση εξελίχθηκε φυσιολογικά. Με τη συμπλήρωση της 38ης εβδομάδας η ασθενής μας γέννησε με προγραμματισμένη καισαρική τομή. Η πορεία της λοχείας ήταν ομαλή. Οκτώ μήνες αργότερα η γυναίκα παρέμενε σε πλήρη ύφεση.

Συζήτηση: Η κατανόηση της σχέσης ΕΚ και εγκυμοσύνης μέχρι σήμερα δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί. Η εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων που αφορούν στις συνέπειες της νόσου κατά την εξέλιξη της κύησης παραμένει δύσκολη. Η πλειονότητα των φαρμάκων θεωρούνται χαμηλού κινδύνου για την υγεία του εμβρύου, αλλά ο κίνδυνος μαιευτικών επιπλοκών παραμένει σχετικά υψηλός. Η επιτυχής έκβαση της κύησης προϋποθέτει τη διατήρηση της νόσου σε κατάσταση ύφεσης και απαιτεί την ύπαρξη εξειδικευμένης ιατρικής ομάδας αποτελούμενη από γαστρεντερολόγο, χειρουργό και μαιευτήρα - γυναικολόγο σε στενή συνεργασία.

ΕΦΗΒΙΚΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΣΕ ΗΜΙ-ΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ (E-046)

Γιαννακοπούλου Ε.-Σ., Αντωνάκου Α.

Τμήμα Μαιευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η εφηβική εγκυμοσύνη αποτελεί παγκοσμίως ένα ιατρικό και κοινωνικό ζήτημα, που συνδέεται με πολλές ιατρικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Η εφηβική εγκυμοσύνη αποτελεί κύηση υψηλού κινδύνου τόσο για την έφηβη-μητέρα, όσο και για το έμβρυο-νεογνό. Σύμφωνα με έρευνες, πολλές επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη και το τοκετό όπως εκλαμψία, αναιμία, εμβρυοπνευλική δυσαναλογία, πρόωρος τοκετός, αποκόλληση πλακούντα, μικρό βάρος γέννησης νεογνού, ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης εμβρύου, σύνδρομο μογγολοειδούς ιδιοτείας συμβαίνουν συχνότερα κατά την ηλικία αυτή.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη σκοπό έχει τη διερεύνηση των δημογραφικών παραμέτρων των εφήβων-μητέρων σε ημι-αστική περιοχή της Πελοποννήσου που δεν είχε πρωτύτερα ερευνηθεί, παρ' όλο που παρουσιάζει σημαντικό αριθμό εφηβικών κνήσεων. Επιπρόσθετα, έγινε προσπάθεια να εντοπιστούν τυχόν ελλείψεις κατά την παροχή μαιευτικής φροντίδας τόσο σε προγεννητικό επίπεδο, όσο και κατά τη διάρκεια του τοκετού και της λοχείας έως και την έξοδο των γυναικών αυτών και των νεογνών τους από το μαιευτήριο.

Μέθοδος- Δείγμα: Πρόκειται για προδρομική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο διάστημα μεταξύ του Οκτωβρίου του 2010 έως το Μάρτη του 2011. Συμμετείχαν 43 έφηβες- μητέρες, ηλικίας 14-19 ετών, εκ των οποίων οι 28 ήταν Ελληνίδες και οι 15 αλλοδαπές. Οι έφηβες- μητέρες ενημερώθηκαν αναλυτικά για τους σκοπούς της μελέτης και αφού έδωσαν τη συγκατάθεσή τους συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο 20 ερωτήσεων. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε ερωτήσεις δημογραφικού χαρακτήρα, αλλά και ερωτήσεις σχετικές με την ποιότητα του προγεννητικού ελέγχου στον οποίο υποβλήθηκαν, τη χρήση καπνού, τον τρόπο τοκετού, την εμφάνιση μαιευτικών επιπλοκών, την προθυμία τους να θηλάσουν ενώ έγινε καταγραφή και της φαρμακευτικής αγωγής καθώς και των συμπληρωμάτων διατροφής που χορηγήθηκαν κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέγραψαν πως το χαρακτηριστικό των περισσότερων εφήβων-μητέρων είναι το χαμηλό μορφωτικό τους επίπεδο (45% αναλφάβητοι) και η μέτρια έως χαμηλή κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Ωστόσο, στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι το 70% των ελληνίδων μητέρων του δείγματος άνηκαν στη φυλή των Ρομά. Το 33% του δείγματος δήλωσε ότι κάπνιζε στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το 62% των μητέρων ήταν πρωτοτόκες. Το 28% δεν είχε καμία παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της κύησης, ενώ το 31% δεν είχε υποβληθεί σε υπερηχογράφημα. Το 53% των μητέρων υποβλήθηκε σε καισαρική τομή (35% λόγω κεφαλοπυελικής δυσαναλογίας, 31% λόγω προηγηθείσας καισαρικής τομής, 17% λόγω εκλαμψίας). Στο 15% των τοκετών χρειάστηκε η χρήση αναρροφητικού εμβρουσουλκού. Μόλις 5% των μητέρων γέννησε πριν την 37η εβδομάδα. Μόλις το 46% των μητέρων θηλάζαν τα νεογνά τους την 3η μέρα μετά τον τοκετό. Σε όλες τέλος, τις μητέρες συστήθηκε η λήψη συμπληρωμάτων διατροφής κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Συμπέρασμα: Σημαντικός αριθμός εφήβων-εγκύων εξακολουθεί να μην έχει επαρκή ιατρική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επίσης, μεγάλος αριθμός εφήβων μητέρων δεν έχει ενημέρωση για μεθόδους αντισύλληψης με αποτέλεσμα να ξαναμένουν έγκυες σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Ως επαγγελματίες υγείας οφείλουμε να συνεργαστούμε με τους φορείς της εκπαίδευσης, τους γονείς και τους κοινωνικούς φορείς με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας βατών, προσβάσιμων και προσαρμοσμένων στις ανάγκες της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας.

Η ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΩΝ ΜΗΤΡΩΝ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΟ 1980 ΩΣ ΤΟ 2008 (E-047)

Μουσιώλης Α.², Μπαρούτης Γ.¹, Παπαντωνίου Ν.², Κώσταλος Χ.¹, Αντσακλής Α.²

¹Νεογνολογική Κλινική Νοσοκομείου Αλεξάνδρα, Αθήνα, ²1η Μαιευτική- Γυναικολογική Κλινική Νοσοκομείου Αλεξάνδρα, Αθήνα

Σκοπός: Η εξέλιξη της ελληνικής κοινωνίας έχει οδηγήσει σε αλλαγές στις αναπαραγωγικές επιλογές των

ζευγαριών. Σκοπός της εργασίας ήταν η εξακρίβωση της εξέλιξης της ηλικίας των μητέρων στη χώρα.

Υλικό-Μέθοδος: Τα στατιστικά στοιχεία συλλέχθηκαν από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΛ.ΣΤΑΤ) και αφορούσαν γεννήσεις από το 1980 ως το 2008. Οι μητέρες κατατάχθηκαν σε ηλικιακές ομάδες και υπολογίστηκε η σχετική συμμετοχή του κάθε ηλικιακού γκρούπ.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα είναι δηλωτικά μιας δραματικής αλλαγής του ηλικιακού προφίλ των μητέρων στη χώρα. Σε αντίθεση με το 1980, όπου η επικρατής ηλικιακή ομάδα ήταν το 20-24 ετών, το 1990 η επικρατής ηλικία μετακινήθηκε στα 25- 29 έτη. Τέλος, το 2008, η επικρατής ηλικιακή ομάδα είχε μετακινηθεί στα 30- 34 έτη. Σε ότι αφορά στις γεννήσεις από έφηβες, το ποσοστό δεν είναι ιδιαίτερα σημαντικό και παρουσιάζει σταδιακή ελάττωση.

Συμπεράσματα: Περιγράψαμε τις μεταβολές στην επικρατούσα ηλικία των μητέρων κατά τη γέννηση για περίπου τρεις δεκαετίες. Διαπιστώσαμε τη μετακίνηση της επικρατούσας ηλικιακής ομάδας κατά περίπου 10 έτη μέσα στις τελευταίες τρεις δεκαετίες. Παρήγορο είναι το αποτέλεσμα ότι οι γεννήσεις από έφηβες δεν απαντώνται συχνά.

Η ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΟΜΥΟΠΑΘΕΙΑ (E-048)

Μιχαλίτση Β., Σταθοπούλου Β., Φρογκουδάκη Α., Μπάσιος Γ., Χρέλιας Χ.

Γ' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική ΠΓΝ "Αττικόν"

Σκοπός εργασίας: Οι καρδιομυοπάθειες αποτελούν ένα από τα συνηθέστερα καρδιαγγειακά αίτια μητρικής θνησιμότητας κατά την κύηση και τη λοχεία. Στην παρούσα μελέτη γίνεται αναφορά στην αντιμετώπιση και την έκβαση 5 περιστατικών καρδιομυοπάθειας στην κύηση από μαιευτικής απόψεως.

Υλικά και μέθοδος: 3 περιστατικά αναφέρονται σε ασθενείς με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (HCM) και δύο με διατακτική μυοκαρδιοπάθεια (DCM), και κατάταξη κατά NYHA II-III σε όλες τις περιπτώσεις.

Αποτελέσματα: Μία ασθενής με HCM (Class II-III NYHA) παρουσίασε ένα επεισόδιο RVOTO την 27η εβδομάδα και ο τοκετός πραγματοποιήθηκε την 37η εβδομάδα με επείγουσα ΚΤ λόγω AF. Η δεύτερη ασθενής με HCM (Class II-III NYHA) εμφάνισε δύσπνοια και σοβαρού βαθμού LVOTO, έλαβε θεραπεία με ασπιρίνη και β-αναστολείς και υπεβλήθη σε ΚΤ στις 38 εβδομάδες λόγω προηγηθείσας ΚΤ. Η τρίτη ασθενής με HCM (Class I NYHA) δεν παρουσίασε καμία επιπλοκή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά υπεβλήθη σε ΚΤ στις 38 εβδομάδες λόγω μαιευτικών ενδείξεων. Στις ασθενείς με DCM (Class II-III NYHA) χορήγησαν ασπιρίνη και β-αναστολείς, ενώ η κύηση τερατίστηκε την 32η και την 33η εβδομάδα αντίστοιχα με καισαρική τομή (ΚΤ) λόγω μειωμένης καρδιακής παροχής. Σε καμία περίπτωση δεν υπήρξαν επιπλοκές τόσο από την μητέρα όσο και από το νεογνό.

Συμπεράσματα: Με την επαρκή μαιευτική και καρδιολογική παρακολούθηση της καρδιομυοπάθειας στην κύηση, είναι εφικτή η ομαλή έκβαση της εγκυμοσύνης, χωρίς δυσμενείς επιπτώσεις για τη μητέρα και το νεογνό. Η ΚΤ έχει ένδειξη σε περιστατικά με σοβαρά καρδιακά συμπτώματα (Class II-III NYHA), ή για μαιευτικούς λόγους.

Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ (JOB SATISFACTION) ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ/ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ (E-049)

Παπουτσής Δ.¹, Αντωνάκου Α.²

¹Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, ²Μαία, MsC, Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Μαιευτικής-Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ινστιτούτο (ΑΤΕΙ) Θεσσαλονίκης.

Σκοπός: Η καταγραφή της επαγγελματικής ικανοποίησης των μαιών/μαιευτών σε δημόσια/ιδιωτικά νοσοκομεία με απώτερο σκοπό να προσδιοριστούν οι ανεξάρτητοι εκείνοι προγνωστικοί παράγοντες που την διαμορφώνουν. Η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί σημαντική παράμετρο καθώς επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την αποδοτικότητα του ίδιου του εργαζόμενου.

Υλικά και Μέθοδος: Πρόκειται για συγχρονική μελέτη (cross-sectional study), η οποία συμπεριέλαβε μαιές/μαιευτές που εργάζονται σε δημόσια (n=50) και ιδιωτικά (n=30) νοσοκομεία/μαιευτήρια της περιοχής των Αθηνών. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου με 36 ερωτήσεις (κλίμακα Likert). Έγινε ανάλυση παλινδρόμησης (regression analysis) μεταξύ των μεταβλητών. Εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η επαγγελματική ικανοποίηση, ενώ ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν τα δημογραφικά στοιχεία και διάφοροι παράγοντες υποκίνησης (motivators) που περιγράφονται στη βιβλιογραφία.

Αποτελέσματα: Η επαγγελματική ικανοποίηση ήταν γενικά υψηλότερη στον ιδιωτικό τομέα. Στο δημόσιο τομέα η μονιμότητα και η αμοιβή δεν αύξαναν καθόλου το βαθμό ικανοποίησης των μαιών/μαιευτών. Ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες της επαγγελματικής ικανοποίησης στο δημόσιο τομέα αποτελούν η αναγνώριση της προσπάθειας, η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων και οι σχέσεις με τη διοίκηση. Στον ιδιωτικό τομέα ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες αποτελούν η αναγνώριση της προσπάθειας, η δυνατότητα εξέλιξης στην εργασία καθώς και το αίσθημα υπευθυνότητας που καλλιεργείται στο χώρο εργασίας.

Συμπεράσματα: Πρόκειται για την πρώτη ελληνική μελέτη που διερευνά συγκεκριμένους παράγοντες κινητοποίησης των μαιών/μαιευτών, και έτσι τα αποτελέσματα μπορούν να διαμορφωθούν σε συγκεκριμένες στρατηγικές στο χώρο του νοσοκομείου/μαιευτηρίου. Επίσης, η αναγωγή των αποτελεσμάτων σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα επιτρέπουν την καλύτερη διερεύνηση των διαφορών μεταξύ τους, ώστε να προκύψουν προτάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας-κόστους (cost-effectiveness) των παρεχόμενων μαιευτικών υπηρεσιών.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ (E-050)

Τσακουμάκη Φ.¹, Φωτίου Μ.¹, Μιχαηλίδου Α.¹, Αθανασιάδης Α.², Παμπόρη Γ.¹, Ράγκου Φ.¹, Τζεβελέκης Β.², Ασημακόπουλος Ε.², Ταρλατζής Β.²

¹Τομέας Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων, Γεωπονική Σχολή ΑΠΘ, ²Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου"

Σύμφωνα με τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα, ο γλυκαιμικός δείκτης θα μπορούσε να αποτελέσει ένα επιπρόσθετο διατροφικό εργαλείο με στόχο τη βελτίωση και την ανάπτυξη των διατροφικών οδη-

γιών σε επίπεδο τροφίμων. Ο γλυκαιμικός δείκτης, ο οποίος κατά κάποιο τρόπο αποτελεί συναφή προέκταση της υπόθεσης των διατροφικών φυτικών ινών, βασίζεται στη γλυκαιμική απόκριση που προκαλεί ο κάθε υδατάνθρακας σε σχέση με αυτή που προκαλεί ένα τρόφιμο αναφοράς, που μπορεί να είναι το άσπρο ψωμί ή η γλυκόζη. Η πρόσληψη τροφών υψηλού γλυκαιμικού δείκτη προκαλεί γρήγορη αύξηση των επιπέδων της γλυκόζης στο αίμα, καθώς και αύξηση των επιπέδων της ινσουλίνης. Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση θα πρέπει, μεταξύ άλλων, να λαμβάνεται υπόψη η ατομική ευαισθησία, καθώς και η σύνθεση του γεύματος.

Η εγκυμοσύνη είναι μια φυσιολογική κατάσταση κατά την οποία η γλυκόζη αποτελεί την κύρια πηγή ενέργειας για το κύημα και ο κύριος ρυθμιστικός παράγοντας των επιπέδων της εμβρυικής γλυκόζης είναι τα επίπεδα της γλυκόζης στο μητρικό αίμα.

Μία διατροφή χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, θα είχε πιθανόν ως αποτέλεσμα την ελάττωση των επιπέδων της γλυκόζης στη μητρική κυκλοφορία και, συνεπώς, θα μπορούσε να οδηγήσει σε εμβρυική υποθρεψία, και κατ' επέκταση σε γέννηση ελλειποβαρών νεογνών. Τα βρέφη με χαμηλό σωματικό βάρος κατά τον τοκετό παρουσιάζουν υψηλότερη θνησιμότητα, καθώς επίσης, σύμφωνα με τον Barker, παρουσιάζουν με μεγαλύτερη συχνότητα υπέρταση, διαβήτη και στεφανιαία νόσο στην ενήλικη ζωή τους.

Στον αντίποδα, προοπτικές μελέτες έχουν δείξει ότι η υιοθέτηση διαιτολογίων υψηλού γλυκαιμικού δείκτη κατά την εγκυμοσύνη θα μπορούσε να οδηγήσει σε αύξηση της συγκέντρωσης της γλυκόζης στο μητρικό αίμα αυξάνοντας την πιθανότητα εμφάνισης σοβαρών επιπλοκών, όπως η χοριοαμνιονίτιδα και η προεκλαμψία. Εξάλλου, η υιοθέτηση τέτοιων διαιτολογίων, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τείνει να οδηγήσει στη γέννηση μεγαλόσωμων νεογνών, γεγονός που μπορεί να έχει ως συνέπεια την εμφάνιση παχυσαρκίας και χρόνιων ασθενειών κατά την ενήλικη ζωή.

Φαίνεται λοιπόν ότι οι δύο ακραίες αυτές διατροφικές συμπεριφορές, που έχουν ως αποτέλεσμα τη διαφορετική μεταγευματική και μετα-απορροφητική γλυκαιμική κατάσταση της μητέρας, δύνανται να επηρεάσουν όχι μόνο την ενδομήτρια ανάπτυξη του κυήματος, αλλά και την υγεία του απογόνου στην ενήλικη ζωή. Επομένως, η υιοθέτηση ισορροπημένων διαιτολογίων σχετικά χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη θα μπορούσε να έχει πλεονεκτήματα ως προς την έκβαση της κύησης. Ωστόσο, απαιτούνται περαιτέρω έρευνες, ώστε να συλλεγούν αδιάσειστα στοιχεία ως προς την κατεύθυνση αυτή.

Προτεινόμενη Βιβλιογραφία:

- Scholl, T.O., Chen, X., San Khoo, C., Lenders C. 2004. *The Dietary Glycemic Index during Pregnancy: Influence on Infant Birth Weight, Fetal Growth, and Biomarkers of Carbohydrate Metabolism. American Journal of Epidemiology*, 159: 467-474.
- Moses, R.G., Luebcke, M., Davis, W.S., et al. 2006. *Effect of a low-glycemic-index diet during pregnancy on obstetric outcomes. The American Journal of Clinical Nutrition*, 84: 807-812.
- Moses, R.G., Brand-Miller, J.C. 2011. *The use of a low glycemic index diet in pregnancy: An evolving treatment paradigm. Diabetes Research and Clinical Practice*, 91: 13-14.
- Καζάκος, Κ.Α. 2011. *Ο ρόλος του γλυκαιμικού δείκτη στον σακχαρώδη διαβήτη και την παχυσαρκία. Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 24,2: 99-103.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΜΑΖΑΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΣΕ ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ (E-051)

Φωτίου Μ.¹, Μιχαηλίδου Α.¹, Μενεξές Γ.², Τσακουμάκη Φ.¹, Τσιτσιά Ι.¹, Αθανασιάδη Ε., Τονακινιάν Α.³, Αθανασιάδης Α.³

¹Τομέας Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων, Γεωπονική Σχολή ΑΠΘ, ²Τομέας Φυτών Μεγάλης Καλλιέργειας και Οικολογίας, Γεωπονική Σχολή ΑΠΘ, ³Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση, με τη χρήση Μοντέλων Δομημένων Εξισώσεων, της επίδρασης του Δείκτη Σωματικής Μάζας της μητέρας, πριν την εγκυμοσύνη, και της αύξησης του σωματικού της βάρους, κατά την κύηση, σε σωματομετρικές παραμέτρους ανάπτυξης του νεογνού.

Υλικά και Μέθοδος: Στη μελέτη έλαβαν μέρος 272 έγκυες με Δείκτη Σωματικής Μάζας μικρότερο από 29 kg/m², οι οποίες διένυαν το 2ο τρίμηνο της κύησης. Η τεχνική των Μοντέλων Δομημένων Εξισώσεων (IBM Amos 19 software) εφαρμόστηκε ώστε να εξεταστούν ταυτόχρονα οι παρακάτω υποθέσεις: α. ο Δείκτης Σωματικής Μάζας της μητέρας πριν την εγκυμοσύνη έχει άμεση επίδραση στο βάρος γέννησης και έμμεση, μέσω του βάρους γέννησης, στο Δείκτη Βάρους του νεογνού (Ponderal Index, PI), β. η αύξηση του σωματικού βάρους της μητέρας κατά την κύηση έχει άμεση επίδραση στο βάρος γέννησης και έμμεση στο Δείκτη Βάρους του νεογνού (PI), γ. η διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει άμεση επίδραση στο βάρος γέννησης και έμμεση στο Δείκτη Βάρους του νεογνού (PI), και επιπρόσθετα παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την αύξηση του βάρους της εγκύου. Το μοντέλο εξετάστηκε, επίσης, για το υποσύνολο των εγκύων που είχαν Δείκτη Σωματικής Μάζας μικρότερο από 26 kg/m² (n=234).

Αποτελέσματα: Η ανάλυση των δεδομένων ανέδειξε ένα μοντέλο καλής προσαρμογής ($\chi^2(5)=15,165$, $P=0,010$, $GFI=0,977$, $AGFI=0,932$, $CFI=0,933$, $RMSEA=0,087$). Το μοντέλο υπέδειξε ότι αυξημένη πρόσληψη σωματικού βάρους, καθώς και μεγαλύτερη διάρκεια κύησης προβλέπουν μεγαλύτερο βάρος γέννησης του νεογνού. Επίσης, παρατηρήθηκε έμμεση επίδραση της πρόσληψης σωματικού βάρους και της διάρκειας κύησης στο PI του νεογνού. Ο Δείκτης Σωματικής Μάζας της μητέρας πριν την εγκυμοσύνη δεν παρουσίασε σημαντική συσχέτιση με το βάρος γέννησης. Η επιλογή του υποσυνόλου των γυναικών με Δείκτη Σωματικής Μάζας μικρότερο από 26 kg/m² οδήγησε σε καλύτερη προσαρμογή του μοντέλου ($\chi^2(5)=11,748$, $P=0,038$, $GFI=0,981$, $AGFI=0,944$, $CFI=0,949$, $RMSEA=0,076$).

Συμπεράσματα: Στο Μοντέλο Δομημένων Εξισώσεων που εφαρμόστηκε στην παρούσα εργασία, αύξηση της πρόσληψης σωματικού βάρους από τη μητέρα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, προέβλεπε αύξηση του βάρους γέννησης του νεογνού. Οι μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να εστιάσουν στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του διατροφικού προτύπου που ακολουθεί η έγκυος, σε επίπεδο ενεργοφόρων θρεπτικών συστατικών, και της αύξησης του σωματικού της βάρους, εφόσον αυτό, όπως διαφαίνεται, επηρεάζει την ανάπτυξη του κνήματος.

Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ - ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ ΣΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 7 ΕΤΙΑ (2004-2011) (E-052)

Χριστοδουλάκη Χ., Στρατουδάκης Γ., Καλλονιάτου Μ., Τζανάκης Κ., Καμπανιέρης Μ., Τσόπελας Α., Δασκαλάκης Γ.

Μ/Γ Κλινική, Γ.Ν.Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

Εισαγωγή - Σκοπός: Προβληματισμό προκαλεί η συνεχιζόμενη αύξηση των καισαρικών τομών στα τελευταία δεκαπέντε χρόνια ανά τον κόσμο. Μελετήσαμε το είδος τοκετού στην Μ/Γ Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος».

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν στα Βιβλία της αιθούσης τοκετών από τον Μάρτιο του 2004 έως τον Ιούλιο του 2011: το σύνολο των τοκετών, οι φυσιολογικοί τοκετοί, οι καισαρικές τομές και οι εμβρυουλκίες.

Αποτελέσματα: Από τον Μάρτιο του 2004 έως τον Ιούλιο του 2011: το σύνολο των τοκετών ήταν 5890, οι φυσιολογικοί τοκετοί 2624 (44,5%), οι καισαρικές τομές 2984 (50,6%) και οι εμβρυουλκίες 282 (4,7%). Αναλυτικά κατ έτος τ' αποτελέσματα εμφανίζονται στον πίνακα.

	ΤΟΚΕΤΟΙ	ΦΤ	ΚΤ	ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΙΕΣ
2004	545	249 45,68%	272 49,9%	24 4,42%
2005	709	328 46,26%	342 48,24%	39 5,5%
2006	773	357 46,18%	375 48,52%	41 5,3%
2007	820	383 46,71%	394 48,05%	43 5,24%
2008	875	384 43,89%	449 51,31%	42 4,8%
2009	828	389 46,98%	399 48,19%	40 4,83%
2010	872	334 38,30%	500 57,35%	38 4,35%
2011	468	200 42,74%	253 54,06%	15 3,2%
σύνολο	5890	2624 44,55%	2984 50,66%	282 4,79%

Συζήτηση: Εξετάζοντας αναλυτικά, κατ έτος, την κίνηση των τριών ειδών του τοκετού αντιλαμβάνεται κανείς ότι το ποσοστό των καισαρικών τομών της κλινικής μας είναι, σαφώς υψηλότερο από τα αντίστοιχα διεθνή, πλησίον όμως άλλων Ελληνικών.

Η ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΟΛΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ: Η ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ (E-053)

Κουγιουμτσίδου Ν., Καραγιαννίδης Α., Ζηλάκου Ε., Στανούλοβ Γ.

Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας "Μποδοσάκειο"

Σκοπός: Η ανεύρεση των αιτιών που οδήγησαν σε μαιευτική ολική υστερεκτομή γυναίκες που υπεβλήθησαν σε καισαρική τομή.

Υλικό-Μέθοδος: Γυναίκες που γέννησαν στη Μ/Γ κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας το Χρονικό διάστημα 2006-2010. Έγιναν 2334 γεννήσεις. 1307 (56%) φυσιολογικοί τοκετοί και 1027 (44%) καισαρικές τομές.

Αποτελέσματα: Στο χρονικό διάστημα 2006-2010 έγιναν 2334 γεννήσεις 1037(56%) φυσιολογικοί τοκετοί, σε μία (0,07%) από αυτές έγινε μαιευτική υστερεκτομή λόγω αδράνειας της μήτρας - αιμορραγία. 1027(44%) καισαρικές τομές εκ των οποίων οι πρωτοτόκες ήταν 456 (44,4%), οι προηγηθείσες καισαρικές τομές ήταν 465(45,2%), οι διςπροηγηθείσες καισαρικές τομές 100(9,7%) και οι τριςπροηγηθείσες 2(0,19%). Από τις 1027(44%) καισαρικές τομές, 6(0,58%) γυναίκες υπεβλήθησαν σε μαιευτική υστερεκτομή για διάφορους λόγους. Οι λόγοι που οδήγησαν σε μαιευτική υστερεκτομή από τα προαναφερθέντα περιστατικά είναι: 1/ αδράνεια της μήτρας που παρουσιάστηκε σε μία πρωτοτόκο γυναίκα (0.09%). 2/ διεισδυτικός πλακούντας - αιμορραγία σε 2 δύο(0,19%) γυναίκες με προηγηθείσα καισαρική τομή. 3/ προδρομικός πλακούντας- αιμορραγία σε δύο (0,19%) γυναίκες με προηγηθείσα καισαρική τομή. 4/ ρήξη της μήτρας σε μία γυναίκα (0.09%) με διςπροηγηθείσα καισαρική τομή.

Συμπέρασμα: Η καισαρική τομή αποτελεί αιτία της ανώμαλης εμφύτευσης του πλακούντα που οδηγεί σε αιμορραγία- μαιευτική υστερεκτομή. Επίσης η καισαρική τομή αποτέλεσε το βασικό παράγοντα κινδύνου στις γυναίκες για μαιευτική υστερεκτομή. Η μείωση των καισαρικών τομών είναι μία λύση για την ελάττωση του ποσοστού των μαιευτικών υστερεκτομών.

Η ΜΗΤΡΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑΣ: ΜΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΟ 1999 ΩΣ ΤΟ 2008 (E-054)

Μουσιώλης Α.², Μπαρούτης Γ.¹, Σίνδος Μ.², Κώσταλος Χ.¹, Αντσακλής Α.²

¹ Νεογνολογική Κλινική Νοσοκομείου Αλεξάνδρα, Αθήνα, ² 1η Μαιευτική- Γυναικολογική Κλινική Νοσοκομείου Αλεξάνδρα, Αθήνα

Σκοπός: Η εκτίμηση του σχετικού κινδύνου πρόωρου τοκετού σε γυναίκες που γέννησαν στη χώρα ανάλογα με την ηλικία τους.

Υλικό-Μέθοδος: Τα στατιστικά στοιχεία συλλέχθηκαν από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΛ.ΣΤΑΤ) και αφορούσαν γεννήσεις από το 1999 ως το 2008. Με τη στατιστική μέθοδο του χ^2 υπολογίστηκε ο σχετικός κίνδυνος του πρόωρου τοκετού σε ζώντες γεννήσεις από την 24η εβδομάδα κύησης και άνω, κατηγοριοποιημένα ανά ηλικιακές ομάδες. Τα γκρούπ αυτά περιελάμβαναν γυναίκες <15 ετών, από 15- 19, 20- 34 (ομάδα ελέγχου) και τέλος άνω των 34 ετών. Ο σχετικός κίνδυνος σε κάθε γκρούπ συγκρίθηκε ως προς την ομάδα ελέγχου (20- 34 ετών)

Αποτελέσματα: Συνολικά 1.069.413 γεννήσεις περιλήφθηκαν στη μελέτη και 72.156 από αυτές ήταν πρόωρες (<37 εβδομάδες κύησης). Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν μια καμπύλη σχήματος «U». Ο μεγαλύτερος κίνδυνος διαπιστώθηκε στις ηλικίες <15 ετών (Pearson chi- square= 14,964, p< 0,001, RR= 1,569, CI= 1,249- 1,970) και στις ηλικίες >34 ετών (Pearson chi- square= 2991,26, p< 0,001, RR= 1,572, CI= 1,546- 1,597). Επιπλέον, φαίνεται ότι στις μητέρες >34 ετών, τα περισσότερα πρόωρα ήταν μεταξύ 34- 36 εβδομάδων κύησης («late» preterms).

Συμπεράσματα: Στην Ελλάδα, διαπιστώνεται ότι οι ηλικίες που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού είναι οι πολύ νεαρές έφηβες (<15 ετών) και οι γυναίκες >34 ετών. Στις τελευταίες, ο κίνδυνος εμφανίζεται κυρίως για γεννήσεις προώρων μεταξύ 34- 36ης εβδομάδας κύησης.

Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΡΓΙΝΙΝΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗΣ ΕΝΤΕΡΟΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΣΤΑ ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΝΕΟΓΝΑ (E-055)

Πολυκάρπου Ε.¹, Ζαχάκη Σ.², Πολυκάρπου Ν.³, Παπαευαγγέλου Β.⁴, Τσολιά Μ.⁴, Κώσταλος Χ.¹, Καφετζής Δ.⁴

¹ Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Π.Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», Αθήνα, Ελλάδα, ² Εργαστήριο Υγειοφυσικής & Περιβαλλοντικής Υγείας, ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος», Αθήνα, Ελλάδα, ³ Ακτινολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδών «Αγ. Σοφία», Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα, ⁴ Β' Παιδιατρική Πανεπιστημιακή Κλινική, Νοσοκομείο Παιδών «Παν. & Αγλαΐας Κυριακού», Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η νεκρωτική εντεροκολίτιδα (necrotizing enterocolitis, NEC) είναι η πιο κοινή επίκτητη νόσος του γαστρεντερολογικού συστήματος που εμφανίζεται κυρίως στα πολύ χαμηλού βάρους νεογνά. Η παθοφυσιολογία της NEC μοιάζει συχνά με την εντερική βλάβη που προκαλείται από την ισχαιμία και επακόλουθη επαναιμάτωση του εντέρου. Ένας σημαντικός ρυθμιστής της αιμάτωσης του εντέρου είναι το ενδοθηλιακό μονοξειδίο του αζώτου (nitric oxide, NO). Το NO συντίθεται από το αμινοξύ L-αργινίνη από την NO συνθετάση. Η αργινίνη είναι ένα απαραίτητο αμινοξύ στα πολύ χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά. Μια σχετική ανεπάρκεια αργινίνης ή ανωριμότητα της δραστηριότητας της NO συνθετάσης στα πρόωρα νεογνά μπορεί να οδηγήσει σε ανεπαρκή επίπεδα NO στους ιστούς, αγγειοσυστολή και βλάβη ισχαιμίας επαναιμάτωσης και μπορεί να προδιαθέτει σε NEC. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η μελέτη της επίδρασης της συμπληρωματικής χορήγησης αργινίνης στην επίπτωση της νεκρωτικής εντεροκολίτιδας στα πολύ χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά.

Υλικό και Μέθοδοι: Σε αυτή τη διπλή τυφλή μελέτη, συμμετείχαν 83 νεογνά με βάρος γέννησης ≤ 1.500 g και ηλικία κύησης ≤ 34 εβδομάδες που γεννήθηκαν διαδοχικά στο Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» μεταξύ Ιουνίου 2009 και Σεπτεμβρίου 2010. 40 νεογνά ήταν προοπτικά τυχαιοποιημένα να λάβουν από το στόμα συμπλήρωμα L-αργινίνης 1,5 mmol/kg/ημέρα μεταξύ 3ης και 28ης ημέρας ζωής, ενώ 43 νεογνά έλαβαν εικονικό φάρμακο (ομάδα ελέγχου - μάρτυρες). Η Επιστημονική Επιτροπή του Νοσοκομείου ενέκρινε το ερευνητικό πρωτόκολλο. Ελήφθη συγκατάθεση από τους γονείς για τη συμμετοχή στη μελέτη. Τα δημογραφικά και τα κλινικά δεδομένα για όλα τα νεογνά που συμμετείχαν στη μελέτη συλλέχθηκαν και καταγράφηκαν. Η διάγνωση και η ταξινόμηση των σταδίων της NEC έγινε με βάση τα κριτήρια του Bell.

Αποτελέσματα: Δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες από τη συμπληρωματική χορήγηση αργινίνης από το στόμα. 4 νεογνά (10%) ανέπτυξαν NEC (στάδιο II και III) στην ομάδα που έλαβε συμπλήρωμα αργινίνης, ενώ 10 νεογνά (23,3%) ανέπτυξαν NEC (στάδιο II και III) στην ομάδα ελέγχου. Υπήρξε στατιστικώς σημαντική διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης της NEC μεταξύ των δύο ομάδων ($p = 0,052$). Κανένα νεογνό δεν πέθανε λόγω της NEC στην ομάδα της αργινίνης, ενώ 4 νεογνά πέθαναν λόγω της NEC στην ομάδα ελέγχου ($p = 0,116$). Η συμπληρωματική χορήγηση αργινίνης από το στόμα θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια για την πρόληψη της NEC στα πολύ χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά.

Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΡΩΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 1980- 2008. ΑΝΗΣΥΧΗΤΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΩΡΟΤΗΤΑΣ (E-056)

Μπαρούτης Γ.¹, Μουσιώλης Α.², Μεσογίτης Σ.², Κώσταλος Χ.¹, Αντσακλής Α.²

¹ Νεογνολογική κλινική Νοσοκομείου Αλεξάνδρα, Αθήνα, ² 1η Μαιευτική- Γυναικολογική Κλινική Νοσοκομείου Αλεξάνδρα, Αθήνα

Σκοπός: Ο πρόωρος τοκετός (< 37 εβδομάδες κύησης) αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας και σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας για τα νεογνά. Σκοπός της εργασίας ήταν η καταγραφή της συχνότητας του πρόωρου τοκετού στην Ελλάδα. **ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΣ:** Τα στατιστικά στοιχεία συλλέχθηκαν από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΛ.ΣΤΑΤ) και αφορούσαν γεννήσεις από το 1980 ως το 2008. Υπολογίστηκε η συχνότητα του πρόωρου τοκετού σε ζώντες γεννήσεις από την 24η εβδομάδα κύησης και άνω, συνολικά και κατηγοριοποιημένα ανά εβδομάδα κύησης.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των 3.217.933 γεννήσεων που περιλήφθηκαν στη μελέτη, 150.847 (4,69%) ήταν πρόωρες στο χρονικό διάστημα της μελέτης. Τα αποτελέσματα δείχνουν μια δραματική αύξηση των πρόωρων γεννήσεων τα τελευταία χρόνια μετά από ένα διάστημα πτώσης. Τα ποσοστά πρόωρων γεννήσεων στη χώρα, εξελίχθηκαν ως εξής: 1980: 4,66%, 1985: 3,58%, 1990: 2,81%, 1995: 3,43%, 2000: 5,42%, 2005: 7,45%. Την τελευταία χρονιά της μελέτης (2008), το συνολικό ποσοστό προωρότητας υπολογίστηκε στο 9,62%. Μελετώντας τις πρόωρες γεννήσεις ανά εβδομάδα κύησης διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών αφορά πρόωρα μεταξύ 34- 36 εβδομάδων («late» preterms).

Συμπεράσματα: Η αυξητική τάση των πρόωρων τοκετών στη χώρα απαιτεί αιτιολογική διερεύνηση. Κυρίως οφείλεται στην αύξηση των πρόωρων τοκετών μεταξύ 34- 36 εβδομάδων. Η αύξηση στη συγκεκριμένη ομάδα ίσως υποδηλώνει ότι οφείλεται κυρίως σε ιατρογενείς λόγους (παθολογία κύησης, ή επιλογή μαιευτήρα). Οπωσδήποτε, ρόλο φαίνεται να έχει και η ευρύτερη εφαρμογή μεθόδων IVF στη χώρα.

Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ 3D ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΙΣ ΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΔΥΣΠΛΑΣΙΕΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΩΝΙΩΣΗΣ ΚΝΗΜΗΣ (E-057)

Αθανασιάδης Α.^{1,3}, Ζαβλανός Α.³, Λαλιώτης Ν.², Κατσαντζιώτης Κ.¹, Παπαδόπουλος Σ.¹, Τζεβελέκης Φ.¹, Ασημακόπουλος Ε.¹, Ταρλατζής Β.¹

¹Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ, ²Γ' Ορθοπαιδική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου",

³Προγεννητική Διάγνωση Θεσσαλονίκης

Στην παρούσα αναφορά γίνεται παρουσίαση και βιβλιογραφική ανασκόπηση περιστατικού με συγγενή οπίσθια γωνίωση της κνήμης και βλαισότητα του άκρου πόδα, η οποία διαγνώστηκε προγεννητικά σε έμβryo 23ων εβδομάδων, κατά το υπερηχογράφημα ρουτίνας 2ου τριμήνου. Η οπίσθια γωνίωση της κνήμης αποτελεί μία σπάνια συγγενή ανωμαλία με άγνωστη αιτιολογία. Η προγεννητική διάγνωση και παρακολούθηση του εμβρύου έγινε με την βοήθεια της 2D και κυρίως της 3D υπερηχογραφίας, η οποία συνέβαλε τα μέγιστα στην κατανόηση της ανωμαλίας από τους γονείς. Επιπλέον η πιθανή διαφοροδιάγνωση της συγγενούς βλάβης και η κλινική αντιμετώπιση της συζητήθηκαν εκτενώς.

ΗΛΕΚΤΡΟΠΛΗΞΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ; (E-058)

Μωρέ Ε., Τσιβεριώτης Κ., Κωτσόπουλος Ι., Τσάπανος Β.

Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Εισαγωγή: Η διεθνής βιβλιογραφία εμπεριέχει έναν αριθμό αναφορών σχετικά με την επίδραση της ηλεκτροπληξίας στην εξέλιξη της κύησης. Εντούτοις, σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την διαχείριση των περιστατικών ηλεκτροπληξίας κατά τη διάρκεια της κύησης δεν υπάρχουν. Στην παρούσα μελέτη περιγράφεται ένα ακόμα περιστατικό, η παρακολούθηση που επελέγγει να ακολουθηθεί και τα αποτελέσματα αυτής.

Περιγραφή περιστατικού: Γυναίκα, δευτεροτόκος, 22 ετών, σε ηλικία κύησης 30 εβδομάδων, παρουσιάστηκε στα εξωτερικά ιατρεία, αναφέροντας ηλεκτροπληξία. Το σημείο εισόδου του ρεύματος ήταν η αριστερή άκρα χείρα, ενώ σημείο εξόδου δεν αναγνωρίστηκε. Τόσο από τον υπερηχογραφικό και καρδιοτοκογραφικό έλεγχο του εμβρύου, όσο και από τον καρδιολογικό της μητέρας που ακολούθησε, δεν ανευρέθησαν παθολογικά ευρήματα. Στη γυναίκα συνεστήθη εισαγωγή για παρακολούθηση, την οποία και αρνήθηκε, ωστόσο δέχτηκε νοσηλεία στην καρδιολογική κλινική. Η περαιτέρω παρακολούθηση της κύησης περιελάμβανε υπερηχογραφική εξέταση του εμβρύου 2 φορές εβδομαδιαίως (βιοφυσικό προφίλ) και Doppler υπερηχογραφία κάθε εβδομάδα. Η καρδιολογική παρακολούθηση της μητέρας περιελάμβανε συνεχή καταγραφή του καρδιακού ρυθμού (holter) επί 24 ώρες και ακολούθως καρδιογράφημα κάθε εβδομάδα. Η γυναίκα στη παρούσα φάση βρίσκεται στην 36η εβδομάδα της κύησης, δίχως να εμφανίζει σημεία παθολογίας.

Συμπεράσματα: Παρά τη σχετική σπανιότητα των περιπτώσεων ηλεκτροπληξίας στην κύηση, η ανάγκη δημιουργίας κατευθυντήριων οδηγιών είναι δεδομένη. Φαίνεται ότι παράγοντες όπως η ηλικία κύησης, το σημείο εισόδου και εξόδου του ρεύματος και η ένταση αυτού, μπορούν να επηρεάσουν το αποτέλεσμα της κύησης. Ενδεχομένως, η διενέργεια εξέτασης βιοφυσικού προφίλ, δις εβδομαδιαίως καθώς και η Doppler υπερηχογραφία, μία φορά κάθε εβδομάδα, μέχρι το πέρας της κύησης, θα μπορούσαν να αποτελέσουν μία επαρκή μέθοδο παρακολούθησης, εφόσον το επεισόδιο της ηλεκτροπληξίας συμβεί στο τρίτο τρίμηνο της κύησης.

ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΣΕ ΝΕΟΓΝΟ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (E-060)

Χατζάκης Ε., Βαλάρη Β., Πενθερουδάκης Α., Παπαδογιωργάκη Μ., Κοροπούλη Μ.

Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης, Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

Η αρτηριακή θρόμβωση στα νεογνά είναι εξαιρετικά σπάνια. Για την αντιμετώπιση δεν υπάρχουν κατευθυντήριες γραμμές ενώ οι δημοσιευμένες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία είναι ελάχιστες. Πρόκειται για περιστατικό της κλινικής μας, νεογνού 30+2w με ΒΓ: 2670gr (>97 Ε.Θ.) που γεννήθηκε με ΦΤ, χωρίς χρήση συκιοουλκίας ή εμβρουουλκίας από αλλοδαπή μητέρα 38 ετών VII τόκο απαρακολούθητη κατά την κύηση (σάκχαρο νηστείας μητέρας στην εισαγωγή 220 mg/dl). Στη γέννηση το νεογνό έκλαψε αμέσως και δεν χρειάστηκε χορήγηση O₂. Στη γέννηση παρατηρήθηκε ωχρό δεξιό

κάτω άκρο και ψυχρότερο σε σχέση με το αντίστοιχο αριστερό με απουσία μηριαίας, ιγνιακής και ραχιαίας σφύξεως. Παθολογικά εργαστηριακά ευρήματα στην εισαγωγή: D-Dimers: 30,07 mg/l, ινωδογόνο: 98,5 mg/dl. Αρχικά αντιμετωπίστηκε με μασάζ και θερμά επιθέματα, χωρίς ιδιαίτερη βελτίωση. Λίγη ώρα μετά παρουσίασε κυάνωση σταδιακά επιδεινούμενη με επώδυνο και οιδηματώδες άκρο. Η υποψία της ισχαιμίας επιβεβαιώθηκε υπερηχογραφικά με Doppler όπου διαπιστώθηκε απουσία ροής στην μηριαία αρτηρία, μειωμένη ροή δεξιάς μηριαίας φλέβας και φυσιολογική ροή στην αριστερή μηριαία αρτηρία και φλέβα. Έγινε έναρξη αγωγής με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους (Enoxaparin) με δόση 100U/Kg/dose x 2. Οχτώ ώρες από τη γέννηση και λόγω συνεχούς επιδείνωσης της ισχαιμίας ξεκίνησε θρομβόλυση με ενδοφλέβια χορήγηση rt-PA (Alteplase) με δόση 0,2 mg/kg/h (Neofax 2011). Κάθε δύο ώρες γινόταν μέτρηση ινωδογόνου. Δύο ώρες μετά την έναρξη διαπιστώθηκε σταδιακή βελτίωση της αιμάτωσης του άκρου. Τέσσερις ώρες μετά την έναρξη της θρομβόλυσης και λόγω χαμηλής τιμής ινωδογόνου έγινε διακοπή χορήγησης rt-PA και χορήγηση πλάσματος. 24 ώρες μετά υπήρξε πλήρη αποκατάσταση του χρώματος της θερμοότητας και υποχώρηση του οιδήματος. 48 ώρες αργότερα έγινε εκ νέου Doppler με παρουσία ροής στη μηριαία αρτηρία. Η αρτηριακή θρόμβωση στα νεογνά είναι μια επείγουσα κατάσταση που χρήζει άμεση αντιμετώπιση από εξειδικευμένο προσωπικό μεταξύ των οποίων νεογνολόγο, αιματολόγο, ακτινολόγο και αγγειοχειρουργό. Η θρομβόλυση είναι η καταλληλότερη αντιμετώπιση σε νεογνά με σοβαρή ισχαιμία, η έγκαιρη έναρξη της οποίας έχει άμεση επίπτωση στην πρόγνωση.

ΙΕΡΟΚΟΚΚΥΓΙΚΟ ΤΕΡΑΤΩΜΑ ΣΤΟ ΤΡΙΤΟ ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ (E-061)

Σαλούμ Ι., Παναγόπουλος Π., Βαγγόπουλος Β., Παπαστεφάνου Ι., Βουργέντη Κ., Χριστοδουλάκη Χ.*, Χρέλιας Χ., Κασσάνος Δ.

Γ' Μ/Γ Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικόν», *Μ/Γ Κλινική Νοσοκομείου Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

Εισαγωγή: Η καταβολή του τερατώματος είναι και από τα τρία βλαστικά στρώματα (εξώδερμα, μεσόδερμα και ενδόδερμα). Προέρχεται από πολυδύναμα κύτταρα του κομβίου του Hensen (πρώιμη γονάδα) και μπορεί να εξελιχθεί σε εμβρυονικό (ώριμο και ανώριμο τεράτωμα) η έξω-εμβρυονικό (χοριοκαρκίνωμα και όγκοι λεκιθικού ασκού) όγκο. Το Εμβρυϊκό Ιεροκοκκυγικό Τεράτωμα (ΕΙΚ) είναι έξω-γοναδικού τύπου τεράτωμα στην προειρηή χώρα και μπορεί να εκτείνεται στην πύελο και την περιτοναϊκή κοιλότητα και να αναπτύσσεται εξωτερικά του εμβρύου. Ανάλογα με τον βαθμό της πυελικής συμμετοχής διακρίνονται 4 τύποι (American Academy of Pediatrics, Surgical Section). Η συχνότητα του είναι 1 / 21700 γεννήσεις. Το ΕΙΚ είναι 3-4 φορές συχνότερο σε θήλυ έμβρυα.

Περιγραφή περίπτωσης: Πρωτοτόκος, 29 ετών με διαγνωσμένο ΕΙΚ στο μαιευτικό υπερηχογράφημα 2ου τριμήνου και χωρίς συνοδό παθολογία κύησης παραπέμφθηκε στην Κλινική μας (Γ' Μ/Γ Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών) στην 30+6 εβδ. με μυομητρική δραστηριότητα και ήπια κολπική αιμόρροια.

Στο μαιευτικό υπερηχογράφημα 2ου τριμήνου περιγράφεται εξωφυτικός σχηματισμός αμέσως κάτωθεν του ουραίου τμήματος της σπονδυλικής στήλης, μεικτής ηχοσύστασης διαστάσεων 4,6 X 5,1 X 5,4 εκ.

Στην μαγνητική τομογραφία της μήτρας (12/5) που έγινε στην 22α εβδ ο όγκος σταδιοποιήθηκε σαν

εξωφυτικός και ενδοπυελικός (όπισθεν της ουροδόχου κύστης) συνολικού 7 X 6,1 X 5,4 εκ.

Υπερηχογραφική εκτίμηση του εμβρύου στο τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής της Γ' Μ/Γ Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών ανέδειξε ΕΙΚ τύπου ΙΙ (American Academy of Pediatrics, Surgical Section) με σημαντική πυελική συμμετοχή. Το πυελικό μέρος του όγκου είχε μεγαλύτερη αγγειοβρίθεια σε σχέση με το εξωφυτικό με το τελευταίο να εμφανίζει περιοχές αιμορραγικής εκφύλισης. Η 3D υπερηχογραφία (surface mode) και το 3D power Doppler έδειξαν πιθανή διήθηση της ουροδόχου κύστης και στην ογκομετρία η αναλογία πυελικού εξωφυτικού μέρους ήταν 1/5. Το έμβρυο δεν είχε ασκίτη και οι ρόες σε ομφαλική, μέση εγκεφαλική και φλεβώδη πόρο ήταν φυσιολογικές. Χορηγήθηκαν κορτικοστεροειδή και δια καισαρικής τομής γεννήθηκε ένα, ζών, άρρεν έμβρυο βάρους 3.535 Kgr με Apgar score 5 στο 1' και 8 στο 5' ενώ το pH της ομφαλικής αρτηρίας ήταν 7,26. Αμέσως μετά το νεογνό μετά την άμεση νεογνολογική υποστήριξη διακομίσθηκε στο Νοσοκομείο Παιδών για παιδοχειρουργική αντιμετώπιση.

Συζήτηση: Το υπερηχογράφημα και η MRI μπορούν να αποκλείσουν συνοδές ανωμαλίες και να καθορίσουν με ακρίβεια την ανατομία, την αγγείωση και την αιμοδυναμική επίδραση του ΕΙΚ. Οι αρνητικοί προγνωστικοί δείκτες στην παρακολούθηση του ΕΙΚ είναι αύξηση του όγκου >150 cm³/εβδ, σημεία καρδιακής ανεπάρκειας και ανάπτυξη ύδρωπα-ασκίτη. Το BMI<36, η ηλικία κύησης <30 εβδ, η απουσία συνοδών ανωμαλιών, ο τύπος (I ή II), ο φυσιολογικός καρυότυπος, η παρουσία ασκίτη, ο πλακούντας <35-45 mm πάχος στην έκφυση του ομφάλιου λώρου, το κλάσμα εξώθησης εμβρύου >600-900ml/kg/min εξομαλυμένο για την ηλικία κύησης, αποτελούν κριτήρια για το Εμβρυικό Χειρουργείο. Έμβρυα με ΕΙΚ<5cm μπορούν να γεννηθούν με φυσιολογικό τοκετό. Τα νεογνά με ΕΙΚ πρέπει να σταθεροποιούνται αιμοδυναμικά πριν την πρώιμη χειρουργική εξαίρεση του όγκου. Η ιστολογική εκτίμηση του όγκου θα καθορίσει την ανάγκη για χημειοθεραπεία στο νεογνό.

Βιβλιογραφία

1. Wee W.W., Tagore S., Tan J.K., Yeo G.S.H.: Foetal sacrococcygeal teratoma: extremes in clinical presentation. Singapore Med J 2011;52(6):118-123
2. L Gucciardo, A Uyttebroek, I De Wever, M Renard et coll: Prenatal assessment and management of sacrococcygeal teratoma. Prenatal Diagnosis 2011;31:678-688
3. W Sepulveda, A.E. Wong and D.E. Fauchon: Fetal spinal anomalies in a first-trimester sonographic screening program for aneuploidy. Prenatal Diagn; 31:107-114
4. T Okada, F Sasaki, K Cho et coll: Management and outcome in prenatally diagnosed sacrococcygeal teratomas. Pediatrics International (2008) 50, 576-580.



ΚΑΘΕΤΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΕΘΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ, 2008-8/2011. (E-062)

Κοντέ Β.^{1,2,3}, Σπούλου Β.¹, Θεοδορίδου Μ.^{1,3}

³Δίκτυο Εθνικής Περιγεννητικής Μελέτης HIV Λοίμωξης,¹Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Μονάδα Παιδικού AIDS, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», ²Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων

³Εθνική Περιγεννητική Μελέτη Κάθετης Μετάδοσης HIV Λοίμωξης.

Κωστής Ε., Παπαρίζος Β., Κολλάρας Π., Νικολαΐδης Π., Πάνος Γ., Μπασιάρης Χ., Γεωργίου Ο., Σκοντέλης Α., Κοντός Α., Κορδόσης Θ., Κοντέ Β., Θεοδορίδου Μ., Λαδά Μ., Κορατζάνης Γ., Τερζή Ε., Μαλτέζος Ε., Μπαρμπουνάκης Ε., Κοκκίνη Σ., Γκίκας Α., Συμεωνίδης Ν., Χατζηγεωργίου Δ., Μαριόλης Η., Σαμπατάκου Ε., Φριλίγκου Ε., Χρύσος Γ., Αντωνιάδου Α., Πετρίκκος Γ., Ψυχογιού Μ., Δαΐκος Γ., Γκόγκος Ε., Μπουλιμέτης Γ., Παΐσιος Ν., Γαργαλιάνος Π., Χίνη Μ., Μαγκαφάς Ν., Λαζανάς Μ.

Σκοπός μελέτης: Η εκτίμηση της έκβασης των παιδιών που γεννήθηκαν από HIV οροθετικές μητέρες το χρονικό διάστημα 2008-8/2011 ανάλογα με το χρόνο διάγνωσης της οροθετικότητας της μητέρας και την αντιμετώπιση.

Μέθοδος: Χρησιμοποιώντας δεδομένα από την Εθνική Περιγεννητική Μελέτη Κάθετης Μετάδοσης HIV Λοίμωξης εκτιμήθηκε αναδρομικά, η μετάδοση της HIV λοίμωξης από την έγκυο μητέρα στο παιδί ανάλογα το χρόνο διάγνωσης και την αντιμετώπιση, για τα παιδιά που παρακολούθηθηκαν στη Μονάδα Παιδικού AIDS.

Αποτελέσματα: Από το 1990 έως τον Αύγουστο του 2011 εκτιμήθηκαν στη Μονάδα Παιδικού AIDS 206 παιδιά οροθετικών μητέρων, 44 εκ των οποίων το χρονικό διάστημα 2008 έως τον Αύγουστο του 2011. Από τα 44 παιδιά, 7 διαγνώστηκαν HIV (+).

Τα 19/44 παιδιά (43,2%) έχουν γεννηθεί από μητέρες που η διάγνωση της οροθετικότητας έγινε πριν την κύηση και κανένα από αυτά δεν διαγνώστηκε οροθετικό. Τα 11/44 παιδιά (25%) γεννήθηκαν από μητέρες που η διάγνωση της οροθετικότητας έγινε κατά την κύηση στα πλαίσια του προγεννητικού ελέγχου. Από αυτά 8 διαγνώστηκαν HIV(-), ενώ τα υπόλοιπα βρέφη δεν προσήλθαν στον προγραμματισμένο επανέλεγχο. Το σύνολο των ανωτέρω παιδιών αντιμετωπίστηκε σύμφωνα με το πρωτόκολλο PACTG 076 και τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες. Τα 3/44 παιδιά (6,9%) γεννήθηκαν από μητέρες που η διάγνωση της οροθετικότητας έγινε στον τοκετό και δόθηκε μόνο προφυλακτική αντιρετροϊκή αγωγή στο νεογέννητο. 2 από τα 3 διαγνώστηκαν HIV (+).

Αξίζει να σημειωθεί ότι 6/44 παιδιά (13,5%) συμπεριλαμβανομένου και 1 ζεύγους διδύμων γεννήθηκαν από μητέρες που η οροθετικότητά τους διαγνώστηκε μετά τον τοκετό, 5 από τα 6 παιδιά είναι HIV (+) και μόνο ένα εκ των διδύμων είναι HIV(-).

Σε 5/44 παιδιά (11,4%) δεν είναι γνωστός ο χρόνος διάγνωσης της λοίμωξης στη μητέρα.

Συμπέρασμα: Η μετάδοση της HIV λοίμωξης από τη μητέρα στο παιδί έχει άμεση σχέση με την έγκαιρη διάγνωση της HIV λοίμωξης στη μητέρα και την εφαρμογή του πρωτοκόλλου PACTG 076 που περιλαμβάνει τη χορήγηση αντιρετροϊκής αγωγής στην έγκυο μητέρα και προφυλακτική αγωγή στο νεογνό.

Έμφαση θα πρέπει να δοθεί στην ενίσχυση του προγεννητικού ελέγχου των εγκύων γυναικών για HIV και στην ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις πρακτικές αντιμετώπισης της κύησης σε HIV οροθετικές μητέρες.

ΚΑΜΠΥΛΕΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΜΕ ΠΡΟΤΥΠΕΣ ΚΑΜΠΥΛΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ (E-063)

Μαμελετζή Σ., Αθανασιάδης Α., Γουλής Δ., Κουγιουμτζίδου Α., Τοκατλίδου Ζ., Τζεβελέκης Φ., Ασημακόπουλος Ε., Ταρλατζής Β.

Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου"

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να δημιουργηθούν καμπύλες ανάπτυξης των εμβρυικών υπερηχογραφικών παραμέτρων για τον ελληνικό πληθυσμό και να συγκριθούν με πρότυπες καμπύλες ανάπτυξης προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των. Μελετήθηκαν οι παράμετροι: περιμέτρου κοιλιάς, περιμέτρου κεφαλής, αμφιβρεγματικής διαμέτρου, μήκους μηριαίου και του εκτιμώμενου βάρους γέννησης.

Υλικά - Μέθοδοι: Στην έρευνα συμμετείχαν 398 γυναίκες με μονήρη κύηση, φυσιολογικών εμβρύων με επιβεβαιωμένη ηλικία κύησης υπερηχογραφικά κατά το 1ο τρίμηνο. Πραγματοποιήθηκαν υπερηχογραφικοί έλεγχοι των παραπάνω εμβρυικών υπερηχογραφικών παραμέτρων κατά το 2ο και 3ο τρίμηνο. Ελέγχθηκαν 5588 μετρήσεις και τα αποτελέσματα αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (version 18.00).

Αποτελέσματα: Δημιουργήθηκαν καμπύλες ενδομήτριας ανάπτυξης φυσιολογικών εμβρύων για τον ελληνικό πληθυσμό σε εκατοστά του μέτρου και εβδομάδες κύησης για τις προαναφερόμενες τις παραμέτρους. Οι παράμετροι περιγράφονται από τις παρακάτω εξισώσεις για την ομάδα έλεγχου και για την ομάδα ΣΔΚ αντίστοιχα: Ομάδα έλεγχου: 1)AC(GW)=10,18*GW-48,79 με R2=1, 2)HC(GW)=247,6*ln(GW)-560,02 με R2=1, 3)BPD(GW)=70,69*ln(GW)-162,57 με R2=0,99, 4)FL(GW)=60,27*ln(GW)-146,96 με R2=1 και 5)EFW(GW)=0,01*GWÆ3,47 με R2=1. Από τη σύγκρισή τους με τις πρότυπες καμπύλες ανάπτυξης των Hadlock και Snijders προκύπτει ότι στον ελληνικό πληθυσμό η κατανομή βρίσκεται ψηλότερα στην περίμετρο κοιλιάς, στην περίμετρο κεφαλής, στο μήκος μηριαίου και στο εκτιμώμενο βάρος γέννησης.

Συμπεράσματα: Οι καμπύλες ενδομήτριας ανάπτυξης του ελληνικού πληθυσμού παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές σε όλες τις υπερηχογραφικές παραμέτρους που μελετήθηκαν σε σχέση με τις πρότυπες καμπύλες, και ενδεχομένως θα πρέπει να οδηγήσουν σε αναθεώρηση της αναπτυξιακής μελέτης των εμβρύων του ελληνικού πληθυσμού.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ (E-064)

Γρηγοριάδης Χ., Καλαμπόκας Θ., Σοφούδης Χ., Παπαδάκης Ε., Καλαμπόκας Ε., Λαμπρινουδάκη Ε., Πανούλης Κ., Κρεατσάς Γ.

Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

Εισαγωγή: Η διάγνωση καρκίνου θυρεοειδούς κατά την εγκυμοσύνη υπολογίζεται σε 0.144 περιπτώσεις

ανά 1000 κηήσεις, μια συχνότητα δεύτερη μετά την αντίστοιχη για τον καρκίνο του μαστού. Ο καλά διαφοροποιημένος καρκίνος του θυρεοειδούς (θηλώδες, θυλακιώδες καρκίνωμα, από κύτταρα Hurthle), που είναι ο σχεδόν αποκλειστικά απαντώμενος κατά την κήηση, παρουσιάζεται καθ' υπερροχή στις γυναίκες σε αναλογία 2.5:1 σε σχέση με τους άνδρες. Επίσης, η επίπτωσή του στις γυναίκες κορυφώνεται κατά την αναπαραγωγική ηλικία, ενώ στους άνδρες αυξάνει σταθερά με την πάροδο της ηλικίας. Οι παρατηρήσεις αυτές έχουν οδηγήσει στην αναζήτηση πιθανών αιτιών σχετιζομένων με καταμμήνιους, αναπαραγωγικούς και ορμονικούς παράγοντες. Μελέτες διαπίστωσαν ασθενή συσχέτιση παραγόντων όπως η μεγαλύτερη ηλικία εμμηναρχής και η μεγαλύτερη ηλικία πρώτου τοκετού με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου θυρεοειδούς. Επίσης εργασίες με περιστατικά ταχείας ανάπτυξης θηλώδους καρκινώματος θυρεοειδούς κατά την κήηση πιθανολογούν επίδραση της χοριακής γοναδοτροπίνης στην αύξηση των όγκων αυτών. Στην παρούσα μελέτη περιγράφεται περίπτωση διάγνωσης καρκίνου θυρεοειδούς κατά την κήηση στην Κλινική μας και η περαιτέρω αντιμετώπισή του, όπως και το τελικό περιγεννητικό αποτέλεσμα, με παράλληλη προσπάθεια ανάλυσης δεδομένων από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Παρουσίαση Περίπτωσης: Πρόκειται για Ελληνίδα πρωτοτόκο 32 ετών με ελεύθερο αναφερόμενο κληρονομικό και ατομικό αναμνηστικό. Σε ηλικία κήσεως 11 εβδ. διαπιστώθηκε απεικονιστικά με υπερηχογραφικό έλεγχο η παρουσία μονήρους όζου στον αριστερό λοβό του θυρεοειδούς με μέγιστη διάμετρο 8 χιλ., όπως και ήπια ανομοιογενής σύσταση ως επί χρονίας αυτοανόσου θυρεοειδίτιδας. Το μέγεθος του θυρεοειδούς αδένου ήταν φυσιολογικό, ενώ δεν παρατηρήθηκε τραχηλική λεμφαδενοπάθεια. Ακολούθησε κατευθυνόμενη υπερηχογραφικά παρακέντηση της εστιακής βλάβης του θυρεοειδούς με βελόνη πάχους 23G. Η κυτταρολογική εξέταση των επιχρισμάτων κατέδειξε εικόνα συμβατή με θηλώδες νεόπλασμα θυρεοειδούς καθώς και στοιχεία χρονίας λεμφοκυτταρικής θυρεοειδίτιδας. Η ασθενής τέθη σε τακτικό πρόγραμμα παρακολούθησης, εδόθη αγωγή με θυροξίνη και αποφασίσθηκε χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου μετά το πέρας της εγκυμοσύνης. Ευρισκόμενη στις 37+4 εβδ. κήσεως μετά από επιτυχή αγωγή τοκετού, με δυο ώρες στο πρώτο στάδιο τοκετού και 20 λεπτά εξωθήσεως έτεκεν ένα νεογνό άρρεν, ζων και αρτιμελές με σωματικό βάρος 3490 γραμμάρια και Apgar score 9 στο πρώτο και 10 στο πέμπτο λεπτό. Έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό υπεβλήθη σε ολική θυρεοειδεκτομή και λεμφαδενικό καθαρισμό. Η τελική ιστολογική εξέταση κατέδειξε θηλώδες καρκίνωμα αριστερού λοβού και ισθμού θυρεοειδούς αδένου μεγίστης διαμέτρου 1.4 εκ. Παρατηρήθηκαν πολυάριθμα ψαμμώδη σωματίδια με συνοδά, εστιακώς, επιθηλιακά στοιχεία θηλώδους καρκινώματος στο διάμεσο υπόστρωμα στο δεξιό λοβό, ενδεικτικά ενδοθυρεοειδικής διασποράς του θηλώδους καρκινώματος. Επίσης διαπιστώθηκε μεταστατική διήθηση ενός εκ των έντεκα παρατραχειακών εξαιρεθέντων λεμφαδένων, όπως κι ενός ακόμη λεμφαδένα εντοπιζόμενου στον κάτω πόλο του δεξιού λοβού. Η ασθενής έλαβε μετεγχειρητικώς θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο και σήμερα 6 μήνες μετά ευρίσκεται σε καλή γενική κατάσταση, χωρίς συμπτώματα ή σημεία ενδεικτικά νόσου.

Συζήτηση: Η διαγνωστική προσέγγιση επί μονήρους όζου θυρεοειδούς είναι παρόμοια με την αντίστοιχη μη εγκύων γυναικών, χωρίς όμως να επιτρέπεται η χρήση διαγνωστικού σπινθηρογραφήματος θυρεοειδούς. Η κατευθυνόμενη παρακέντηση του όζου δια λεπτής βελόνης και η επακόλουθη κυτταρολογική εξέταση των επιχρισμάτων προτιμάται μεταξύ των διαγνωστικών μεθόδων καθώς η ακρίβειά της κυμαίνεται μεταξύ 70-97%.

Η αντιμετώπιση εξαρτάται από την ηλικία κήσεως κατά τη διάγνωση της νόσου. Όταν η διάγνωση τίθεται κατά το τρίτο τρίμηνο της κήσεως επιλέγεται η χειρουργική αντιμετώπιση μετά το πέρας της κήσεως με λήψη ωστόσο θυροξίνης για καταστολή της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης και αναστολή της προόδου της νόσου. Διχογνωμία στη βιβλιογραφία υφίσταται στις περιπτώσεις όπου η νόσος διαγι-

γνώσκεται κατά τα πρώτα δυο τρίμηνα της κύησης. Ορισμένοι προτείνουν την ίδια στρατηγική με εκείνη που προαναφέρθηκε αναφορικά με την αντιμετώπιση κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης, ενώ άλλες μελέτες προτείνουν τη χειρουργική αφαίρεση κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης, την εν συνεχεία χορήγηση θυροξίνης και συμπλήρωση της θεραπείας με 131I μετά τον τοκετό, υπό το φόβο επέκτασης και κακής έκβασης της νόσου λόγω καθυστερημένης αντιμετώπισης. Βέβαια στην περίπτωση χειρουργικής αντιμετώπισης κατά την κύηση δεν πρέπει να εκτελείται εκτεταμένος λεμφαδενικός καθαρισμός λόγω αυξημένου κινδύνου αποβολής του κυήματος. Πάντοτε όμως η χειρουργική αντιμετώπιση θα πρέπει να γίνεται εντός έτους από τη διάγνωση, ενώ αναφορικά με την έκτασή της (λοβεκτομή, υφολική θυρεοειδεκτομή, ολική θυρεοειδεκτομή με ή χωρίς λεμφαδενεκτομή) δεν υφίσταται πλήρης συμφωνία μεταξύ των ερευνητών. Ακολούθως ραδιενεργό ιώδιο μπορεί να χορηγηθεί όπου υπάρχουν ενδείξεις. Η εξωτερική ακτινοβολία και η χημειοθεραπεία δεν έχουν ιδιαίτερη θέση στην αντιμετώπιση καρκίνου του θυρεοειδούς.

ΚΥΗΣΗ 3 ΤΡΙΜΗΝΟΥ ΚΑΙ ΜΗΝΙΓΓΙΩΜΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (E-065)

**Χασιώτης Ηλ., Καλλιντέρη Χρ., Τσαρλακουτάκης Ηλ., Παπαδόπουλος Στ., Καραβιώτη Ε.,
Ναβοροζίδου Στ., Κάκκος Λ.**

Μαιευτική/Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας και Πειραιά

Εισαγωγή: Οι όγκοι του εγκεφάλου είναι σπάνιοι στη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρόλα αυτά όμως είναι αδιαμφισβήτητο ότι υπάρχει ορμονική εξάρτηση με την εμφάνιση κάποιων εξ' αυτών, ιδιαιτέρως των μηνιγγιωμάτων. Η παρουσία υποδοχέων οιστρογόνων και προγεστερόνης κατατάσσει τα μηνιγγιώματα στους ορμονοεξαρτώμενους όγκους. Έρευνες έδειξαν ότι η συμπτωματολογία του όγκου γίνεται πιο εμφανής στην περίοδο μετά την ωοθυλακιορρηξία καθώς επίσης και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επιπροσθέτως η συχνότητα τους είναι διπλάσια στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες και πιθανότατα υπάρχει και συσχέτιση τους με το καρκίνο του μαστού. Σημειώνεται ότι η κεφαλαλγία, οι διαταραχές του επιπέδου συνείδησης, οι διαταραχές όρασης και η εμφάνιση τονικών και κλονικών σπασμών είναι συνήθεις εκδηλώσεις της προεκλαμψίας / εκλαμψίας και συνεπώς είναι δύσκολη η διαφορική διάγνωση από έναν ενδοκρανιακό όγκο.

Παρουσίαση Περιστατικού: Η ασθενής προσήλθε στα Τ.Ε.Π του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας και Πειραιά με συμπτώματα κεφαλαλγίας, διπλωπίας και πτώσης του αριστερού άνω βλεφάρου. Πραγματοποιήθηκε εισαγωγή της στην Νευροχειρουργική κλινική όπου και υποβλήθηκε σε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Στη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ανευρέθηκε ευμεγέθης χωροκατακτητική εξεργασία διαστάσεων 29 X 39 X 33 X 34 χιλ. εκατέρωθεν της αριστερής ελάσσονος πτέρυγας του σφηνοειδούς με επέκταση στο σύστοιχο σφραγγώδη κόλπο και στο άνω ημιμόριο του βόθρου της υπόφυσης. Η εξεργασία μερικώς συμπίεζε το πρόσθιο ημιμόριο του αριστερού εγκεφαλικού σκέλους, καθώς ερχόταν σε οριακή επαφή με την βασική αρτηρία με ήπια συμπίεση του αριστερού P1 κλάδου. Το συμπέρασμα της μαγνητικής ανέφερε: Η εξεργασία έχει χαρακτηριστικά μηνιγγιώματος αριστερής ελάσσονος πτέρυγας του σφηνοειδούς με περιβρογχισμού- απώθηση των προπεριγραφόμενων κλάδων της πρόσθιας, οπίσθιας κυκλοφορίας. Στην συνέχεια η ασθενής εξήλθε με οδηγίες χει-

ρουργικής αφαίρεσης του όγκου μετά τη διεκπεραίωση του τοκετού. Στο μαιευτικό της ιστορικό αναφέρονται δύο φυσιολογικοί τοκετοί προ 12 και 8 χρόνων αντίστοιχα, χωρίς καμιά παθολογία κύησης και ομαλή έκβαση, ενώ το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό της ασθενούς είναι ελεύθερο. Η ασθενής εισήχθη στη Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας-Πειραιά όπου και πραγματοποιήθηκε πλήρης κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος αλλά και γέννηση ενός ζώντος αρτιμελούς, θήλεος εμβρύου διά καισαρικής τομής (με ταυτόχρονη επιτέλεση στείρωσης). 20 ημέρες μετά αφαίρεση του όγκου επιτελέσθηκε στην Νευρολογική κλινική.

Συζήτηση: Η ευαισθησία των μηνιγγιωμάτων στις ορμονικές αλλαγές που συνοδεύουν την εγκυμοσύνη μπορεί να οφείλεται στους υποδοχείς οιστρογόνων και προγεστερόνης, οι οποίοι είναι ανεξάρτητοι από την ηλικία των ασθενών, την εντόπιση και τα ιστολογικά χαρακτηριστικά των μηνιγγιωμάτων. Οι υποδοχείς των οιστρογόνων είναι λιγότεροι σε σχέση με αυτούς της προγεστερόνης, που βρίσκονται συνήθως σε μεγάλο αριθμό. Η διάγνωση του ενδοκρανιακού όγκου στην κύηση μπορεί να επιβεβαιωθεί εύκολα με την αξονική τομογραφία (CT) ή την μαγνητική τομογραφία (MRI).

Συμπέρασμα: Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι εγκυμοσύνη με συμπτώματα συνεχόμενων εμέτων, ναυτίας και πονοκεφάλων μπορεί να μην σχετίζεται πάντα με επιπλοκές κύησης. Η αντιμετώπιση των όγκων του εγκεφάλου και ιδιαίτερα των μηνιγγιωμάτων στην εγκυμοσύνη εξαρτάται κυρίως από την εβδομάδα κύησης που γίνεται η εμφάνισή τους. Εγχείρηση μετά το πέρας του τοκετού είναι η θεραπεία εκλογής λόγω της μειωμένης μάζας του όγκου και της μειωμένης αγγείωσης. Η συντηρητική αντιμετώπιση των εγκύων με όγκο του εγκεφάλου μπορεί να γίνει με κορτικοστεροειδή και αντιεπιληπτικά φάρμακα.

ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΩΝ: ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ (E-066)

Γεωργιάδης Α., Κοντομανώλης Ε.Ν., Δόμπρη Δ., Τσικούρας Π., Κουτλάκη Ν., Γαλάζιος Γ., Λυμπέρης Β.

Πανεπιστημιακή Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης

Εισαγωγή: Η συστροφή εξαρτημάτων μπορεί να περιλαμβάνει την ωθήκη, την σάλπιγγα και βοηθητικές δομές. Συμβαίνει συνήθως μεταξύ 6ης και 16ης εβδομάδας και την άμεση περίοδο της λοχείας. Μπορεί να έχουμε ένα φυσιολογικό εξάρτημα ή να συνδέεται με την παρουσία κύστης της ωθήκης.

Παρουσίαση περιστατικού: Μια γυναίκα 19 ετών ευρισκόμενη σε κύηση 12 εβδομάδων προσήλθε στα Εξωτερικά Ιατρεία με οξύ κοιλιακό άλγος αριστερά, αντανακλώμενο στην οσφύ, με συνοδό υπερέμεση. Κατά την κλινική εξέταση ανέφερε ευαισθησία κατά την εν τω βάθει ψηλάφηση στον αριστερό λαγόνιο βόθρο όπου και ανευρέθηκε ευμεγέθης μάζα στην αριστερή πλάγια κοιλιακή χώρα >15εκ. Υποβλήθηκε σε υπερηχογραφικό έλεγχο και διαπιστώθηκε συμπαγές μόρφωμα κοιλίας σε επαφή με δεξιό τοίχωμα της μήτρας αναδεικνυόμενο από την ελάσσονα πύελο διαστάσεων 15 x 15 εκ. με παρουσία μικρής ποσότητας ελεύθερου υγρού στο δουγλάσσειο χώρο. Αποφασίστηκε χειρουργική αντιμετώπιση λόγω οξείας χειρουργικής κοιλίας. Κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης διαπιστώθηκε συμπαγές ευμεγέθης όγκος εξορμώμενος από το αριστερό εξάρτημα (διάμετρος 17cm και βάρος 1100gr). Έγινε αφαίρεση του ωθητικού όγκου καθώς και του αριστερού εξαρτήματος. Το πόρισμα της ιστοπαθολογικής εξέτασης αναφέρει: καθολική αιμορραγική νέκρωση αριστε-

ρης ωοθήκης και σύστοιχης σάλπιγγας προφανώς λόγω συστροφής. Η ασθενής έτεκε δια φυσιολογικού τοκετού στην 39η εβδομάδα ζων θήλυ με βάρος γέννησης 3250gr.

Συζήτηση: Τα συμπτώματα της συστροφής εξαρτήματος περιλαμβάνουν κοιλιακό άλγος και ευαισθησία με αιφνίδια έναρξη. Μπορεί να ακολουθήσουν περιτονίτιδα και καταπληξία. Το υπερηχογράφημα συνήθως δείχνει μία εξαρτηματική μάζα. Η διάγνωση της συστροφής τίθεται τελικά στο χειρουργείο. Η έγκαιρη χειρουργική παρέμβαση είναι απαραίτητη για να αποφευχθεί η νέκρωση του ιστού, ο πρόωρος τοκετός και ο πιθανός περιγεννητικός θάνατος. Η δεξιά ωοθήκη φαίνεται να εμπλέκεται πιο συχνά από την αριστερή.

ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΔΙΟΥ ΥΥ3-36 ΣΤΟΝ ΟΜΦΑΛΙΟ ΛΩΡΟ ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ ΜΕ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΑΥΞΗΣΗ (E-067)

Λιόση Σ.¹, Μπριάννα Δ.¹, Γουργιώτης Δ.², Μπούτσιου Μ.¹, Μπάκα Σ.¹, Βράιλα Β.-Μ.², Χασιάκος Δ.¹, Μαλαμίτση-Πούχγερ Α.¹

¹Νεογνολογικό Τμήμα, Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

²Ερευνητικά Εργαστήρια, Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

Σκοπός: Το εντερικό πεπτίδιο ΥΥ3-36 (ΡΥΥ3-36) αναστέλλει τις γαστρικές και παγκρεατικές εκκρίσεις, ελαττώνει την κινητικότητα του εντέρου και τη ροή αίματος στη μεσεντέρια αρτηρία και μετέχει στη ρύθμιση της πρόσληψης τροφής, καθώς και στο ενεργειακό ισοζύγιο. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των επιπέδων ορού ΡΥΥ3-36 στον ομφάλιο λώρο κύησης με ενδομήτρια υπολειπόμενη αύξηση (ΕΥΑ, συσχετιζόμενη με διαταραχή στην εντερική αύξηση, δυσανεξία στη σίτιση και αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη νεκρωτικής εντεροκολίτιδας) και κανονικό βάρος γέννησης για την ηλικία κύησης (ΚΒΓ).

Υλικά και μέθοδος: Προσδιορισμός με ραδιοανοσολογική μέθοδο των συγκεντρώσεων ΡΥΥ3-36 σε 50 δείγματα ορού ομφαλίου λώρου (μικτό αρτηριοφλεβικό αίμα) από μονόδυμα τελειόμηνα νεογνά με ΕΥΑ (n=14) και ΚΒΓ (n=36).

Αποτελέσματα: Δε διαπιστώθηκαν διαφορές στα επίπεδα ομφαλίου λώρου ΡΥΥ3-36 μεταξύ των ομάδων με ΕΥΑ και ΚΒΓ. Και στις δύο ομάδες, τα επίπεδα ΡΥΥ3-36 βρέθηκε να ελαττώνονται για κάθε γραμμάριο αύξησης του βάρους γέννησης ($b=-0.077$, 95%CI: -0.134 (-0.02), $p=0.009$). Επιπλέον, τα επίπεδα ΡΥΥ3-36 στον ομφάλιο λώρο βρέθηκαν ελαττωμένα στα θήλεα νεογνά ($b=45.38$, 95%CI: -88.89 - (-1.86), $p=0.041$).

Συμπεράσματα: Η απουσία διαφορών στα επίπεδα ΡΥΥ3-36 μεταξύ νεογνών με ΕΥΑ και νεογνών με ΚΒΓ, πιθανώς υποδηλώνει ότι το ΡΥΥ3-36 δεν εμπλέκεται άμεσα στις διαταραχές της εντερικής αύξησης και λειτουργίας, οι οποίες παρατηρούνται στην ΕΥΑ. Ωστόσο, η αρνητική συσχέτιση των παραπάνω επιπέδων με το βάρος γέννησης πιθανώς να αντανακλά την επίδραση του πεπτιδίου στη συσσώρευση λίπους και στο ενεργειακό ισοζύγιο. Τα χαμηλότερα επίπεδα ΡΥΥ3-36 στα θήλεα νεογνά ενδεχομένως να οφείλονται στη διέγερση των υποδοχέων ΡΥΥ3-36 από την οιστραδιόλη.

ΛΑΓΟΧΕΙΛΟ ΕΜΒΡΥΟΥ ΜΕ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΟΜΦΑΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ : ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (E-068)

Χασιώτης Ηλ., Καλλιντέρη Χρ., Τσαβέζ Ν., Γράψας Π., Κωσταντόπουλος Χ. Κάκκος Λ.

Μαιευτική/Γυναικολογική κλινική Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας και Πειραιά

Εισαγωγή: Τα ελλείμματα αφορούν το άνω χείλος στην περίπτωση του λαγόχειλου και την υπερώα στην περίπτωση του λυκοστόματος ή το συνδυασμό και των δύο. Ελλείμματα μπορούν να εμφανιστούν και σε άλλα μέρη του προσώπου όπως μάτια, μύτη, αυτιά, μάγουλα και μέτωπο. Εμφανίζονται με συχνότητα 1/800 γεννήσεις. Στο 50% συνυπάρχει λαγόχειλο και λυκόστομα. Στο 25% υπάρχει μόνο λαγόχειλο (το αριστερό λαγόχειλο είναι το συχνότερο) και στο 25% υπάρχει μόνο λυκόστομα. Συχνότερα αίτια τους είναι η τρισωμία 13, η τρισωμία 18 και η ολοπροσεγκεφαλία. Αναφέρονται επίσης περιπτώσεις αυτοσωμικής κληρονομικότητας και επίδρασης τερατογόνων ουσιών (αλκοόλ, φαινυλαλάνη, υδαντοΐνη, μεθοτρεξάτη, ακτινοβολία, βαλπροϊκό οξύ κ.α.). Το πιο συχνά σχετιζόμενο σύνδρομο με λαγόχειλο και λυκόστομα είναι το Van der Woude.

Η πιο συχνά ανευρισκόμενη ανωμαλία του ομφαλίου λώρου είναι η παρουσία μίας μονήρους ομφαλικής αρτηρίας (λώρος δύο αγγείων). Η συχνότητα της ανωμαλίας αυτής αναφέρεται να κυμαίνεται μεταξύ 0,2 και 1,1% των τοκετών ή 2,7 έως 12% των περιγεννητικών αυτοψιών. Η μονήρης ομφαλική αρτηρία είναι αποτέλεσμα αγενεσίας ή ατροφίας της μίας ομφαλικής αρτηρίας ή αδυναμίας διαχωρισμού της πρώιμης κοινής ομφαλικής αρτηρίας η οποία προέρχεται από την μονήρη αλλαντοϊκή αρτηρία.

Παρουσίαση Περιστατικού: Η ασθενής προσήλθε στο Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας και Πειραιά για προγραμματισμένο υπέρηχο β-επιπέδου σε ηλικία κύησης 22+4 w. Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε παρουσία λαγόχειλου και μονήρους ομφαλικής αρτηρίας (οι μετρήσεις ήταν: BPD 59, OFD 67, HC 197, FL 37, AC 166, αυχενική πτυχή 4mm, έξω κογχική 38). Στις 30+4 έγινε επανέλεγχος της εγκυμοσύνης με Doppler και μέτρηση βιοφυσικού προφίλ χωρίς κάποιο νέο εύρημα (και μετρήσεις BPD 78, OFD 97, HC 274, FL 58, AC 249). Υδράμιο δεν ανεβρέθηκε. Σε ηλικία 40 w γεννήθηκε ζων, αρτιμελές, άρρεν έμβρυο χωρίς κάποια άλλη εμφανή ανωμαλία πλην του λαγόχειλου.

Συζήτηση: Υπερηχογραφικά μπορεί να υπάρχουν ελλείμματα του άνω χείλους και ελλείμματα της υπερώας με συνέχεια μεταξύ τους ή όχι. Υδράμιο μπορεί να συνυπάρχει λόγω απουσίας ομαλού αντανακλαστικού κατάποσης. Η διάγνωση συνήθως γίνεται μετά την 17 η εβδομάδα όπου μπορεί να διαπιστωθεί συμμετοχή των οστών της γνάθου. Η υπερηχογραφική ανίχνευση μίας μονήρους ομφαλικής αρτηρίας περιλαμβάνει αναγνώριση δύο αιμοφόρων αγγείων σε εγκάρσια τομή του ομφαλίου λώρου. Όταν είναι παρούσα και φυσιολογική μόνο μία ομφαλική αρτηρία, είναι μεγαλύτερη απ' ότι συνήθως και μπορεί να προσεγγίζει το μέγεθος της ομφαλικής φλέβας.

Συμπέρασμα: Στην περίπτωση μικρών ελλειμμάτων η πρόγνωση είναι άριστη και μπορεί να μην απαιτηθεί καν χειρουργική διόρθωση. Σε βαρύτερες περιπτώσεις επειδή υπάρχουν προβλήματα στην κατάποση, στην αναπνοή αλλά και από αισθητικής άποψης επιβάλλεται παροχή βοήθειας στη σίτιση και ακολουθεί χειρουργική διόρθωση τους πρώτους 6 μήνες μετά τη γέννηση. Σε σπάνιες περιπτώσεις με μεγάλα ελλείμματα η πρόγνωση είναι φτωχότερη. Όσον αφορά την μονήρη ομφαλική οι δυσμορφίες μπορεί να μην περιορίζονται σε ένα απλό όργανο ή σύστημα του εμβρύου και μπορεί να είναι ελάσσονες ή πολλαπλές και θανατηφόρες.

ΜΕΓΑΚΥΣΤΗ 1^{ΟΥ} ΤΡΙΜΗΝΟΥ ΣΕ ΔΥΟ ΔΙΑΔΟΧΙΚΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΙΔΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (E-069)

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

¹Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής, ²Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Πολυγύρου

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 κυήσεις 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 καρύτυπο (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 κυήσεις.

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 προεμφυτευτικής συμβουλευτικής πριν την επίτευξη μιας νέας εγκυμοσύνης.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΜΒΡΥΪΚΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΣΥΣΤΑΛΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΕΠΙΜΗΚΗ ΑΞΟΝΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΤΟΜΙΚΟΥ-M MODE (E-070)

Γερμανάκης Ι.¹, Πεπές Σ.², Σηφάκης Σ.², Gardiner H.^{3,4}

¹Μονάδα Παιδιατρικής Καρδιολογίας, Παιδιατρική Κλινική Παν/μίου Κρήτης, Ηράκλειο, ²Μονάδα Εμβρυομητρικής Ιατρικής, Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν/μίου Κρήτης, Ηράκλειο, ³Division of Cancer, Faculty of Medicine, Imperial College London, UK, ⁴Queen Charlotte's and Chelsea and the Royal Brompton NHS Foundation Trust Hospitals, London, UK

Σκοπός: Η αξιολόγηση της δυνατότητας μελέτης της εμβρυϊκής μυοκαρδιακής συσταλτικότητας κατά τον επιμήκη άξονα (Long Axis Displacement-LAD) με τη χρήση off-line ανατομικού M-Mode (AMM) και σύγκριση του με το αληθούς χρόνου M-Mode (MM).

Μέθοδος: Ζεύγη AMM και MM LAD μελετών πραγματοποιήθηκαν προοπτικά σε 54 μονήρεις κυήσεις, με γωνία σάρωσης (άξονα ηχητικής δέσμης και άξονα καρδιάς) μικρότερη των 30 μοιρών, για

συγκριτική αξιολόγηση των 2 μεθόδων. Περαιτέρω μελέτες με μεγαλύτερες γωνίες σάρωσης προστέθηκαν για αξιολόγηση της εφικτότητας του AMM (σύνολο ασθενών 91, μέση ηλικία κύησης 23+6, εύρος 12-36 εβδομάδες). Η μελέτη της LAD με τη χρήση AMM βασίστηκε στην ανασύσταση της επιμήκους συστολικής κίνησης της πρόσφυσης των κολποκοιλιακών βαλβίδων με την τοποθέτηση νοητής γραμμής M-Mode στο δισδιάστατο βίντεο 4 κοιλιοτήτων της εμβρυϊκής καρδιάς (με αποθηκευμένα πρωτογενή δεδομένα, EchoPac PC software, GE). Μελετήθηκε συγκριτικά και με τις δύο μεθόδους (AMM, MM) η LAD της άπω (LV) και εγγύς (IVS) πρόσφυσης της μιτροειδούς και τριγλώχινος (RV) βαλβίδας σε σχέση με την ηλικία κύησης.

Αποτελέσματα: Η χρήση του AMM επέτρεψε την μελέτη της LAD σε όλες τις περιπτώσεις, ανεξάρτητα της γωνίας σάρωσης. Υπήρξε άριστη συμφωνία μεταξύ των ζευγών μετρήσεων AMM και MM (RVr=0.901, LV r=0.899, IVSr=0.815, $p<0.001$) με το AMM να καταγράφει υψηλότερες LAD τιμές συγκριτικά με το MM στην άπω πρόσφυση της τριγλώχινος (6.17 vs 5.82 mm, $p=0.002$) και μιτροειδούς (4.18 vs 3.98 mm, $p=0.007$). Και οι δύο μέθοδοι κατέγραψαν την ίδια διαφορά LAD μεταξύ των διαφόρων τμημάτων που μελετήθηκαν (RV>LV>IVS) και την ίδια σημαντική αύξηση των LAD τιμών με την ηλικία κύησης ($p<0.001$).

Συμπεράσματα: Το ανατομικό M-Mode επιτρέπει την μελέτη της επιμήκους μυοκαρδιακής συσταλτικότητας στο έμβρυο, χρησιμοποιώντας αποθηκευμένες δισδιάστατες εικόνες, με συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα με την αληθούς χρόνου μελέτη M-Mode.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΟΦΙΛΙΑΣ, ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΤΗΣ ΝΟΤΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΘ' ΕΞΙΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ (E-071)

Μούγιου Α.¹, Ανδροντσόπουλος Γ.², Καρακάντζα Μ.¹, Θεοδωρή Ε.¹, Γεωργακοπούλου Α.¹,
Δεκαβάλας Γ.², Ζούμπος Ν.¹

¹Αιματολογικό τμήμα Παθολογικής Κλινικής, ²Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, Ρίο.

Εισαγωγή: Σαν καθ' έξιν εκτρώσεις ορίζονται οι τρεις ή περισσότερες κλινικά αναγνωρισμένες εμβρυϊκές απώλειες, πριν από την 20η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

Διάφορες αιτίες έχουν ενοχοποιηθεί για την δημιουργία των καθ' έξιν εκτρώσεων (γενετικοί παράγοντες, ανατομικές ανωμαλίες, ενδοκρινολογικοί παράγοντες, λοιμώξεις, ανοσολογικοί παράγοντες, θρομβοφιλία και άλλοι). Στην μελέτη μας, διερευνήσαμε την συχνότητα των μεταλλάξεων του παράγοντα II G20210A, του παράγοντα V Leiden και του MTHFR C677T, σε πληθυσμό γυναικών της Νοτιοδυτικής Ελλάδος με καθ' έξιν εκτρώσεις και αρνητικό ατομικό θρομβοεμβολικό ιστορικό.

Υλικό - Μέθοδος: Κατά το διάστημα Οκτώβριος 1999 - Δεκέμβριος 2006, 212 γυναίκες με ιστορικό καθ' έξιν εκτρώσεων και 181 γυναίκες με τουλάχιστον δύο εγκυμοσύνες με ομαλή έκβαση και χωρίς ιστορικό εμβρυϊκής απώλειας, μελετήθηκαν για τις τρεις πιο συχνές θρομβοφιλικές μεταλλάξεις (παράγοντας II G20210A, παράγοντας V Leiden και MTHFR C677T). Από την μελέτη αποκλείστηκαν γυναίκες με γνωστή κληρονομική θρομβοφιλία, ατομικό θρομβοεμβολικό ιστορικό, αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, χρωμοσωμικές ανωμαλίες, ανατομικές ανωμαλίες της μήτρας, ενδοκρινολογικές διατα-

ραχές, λοιμώξεις, μεταβολικές διαταραχές, αυτοάνοσες διαταραχές και λήψη φαρμάκων. Από όλες τις γυναίκες ελήφθη δείγμα αίματος. Η μοριακή διάγνωση έγινε με απομόνωση του DNA, ενίσχυση με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) και υβριδισμό των προϊόντων της ενίσχυσης (Thrombophilia Gene Mutation Assay Kit, Vienna Lab, Austria). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το SPSS-12 για Windows.

Αποτελέσματα: Μη φυσιολογικός γονότυπος ανιχνεύτηκε στις 49 από τις 212 γυναίκες της ομάδας μελέτης (23,1%). Από αυτές: 8 γυναίκες (3,8%) ήταν ετερόζυγες για την μετάλλαξη του παράγοντα V Leiden, 8 γυναίκες (3,8%) ήταν ετερόζυγες για την μετάλλαξη του παράγοντα II G20210A και 33 γυναίκες (15,6%) ήταν ομόζυγες για την μετάλλαξη του MTHFR C677T.

Μη φυσιολογικός γονότυπος ανιχνεύτηκε στις 41 από τις 181 γυναίκες της ομάδας ελέγχου (22,6%). Από αυτές: 7 γυναίκες (3,9%) ήταν ετερόζυγες για την μετάλλαξη του παράγοντα V Leiden, 7 γυναίκες (3,9%) ήταν ετερόζυγες για την μετάλλαξη του παράγοντα II G20210A και 27 γυναίκες (14,9%) ήταν ομόζυγες για την μετάλλαξη του MTHFR C677T.

Συζήτηση: Η παρουσία κληρονομικών θρομβοφιλικών παραγόντων, αυξάνει τον κίνδυνο για θρομβοεμβολικά επεισόδια της μητέρας, ενώ σχετίζεται και με την εμφάνιση μαιευτικών επιπλοκών που οφείλονται στην αγγειοπάθεια του πλακούντα. Οι παθογενετικοί μηχανισμοί που προκαλούν τις ανωμαλίες στην πλακουντιακή κυκλοφορία στις γυναίκες με κληρονομική θρομβοφιλία, δεν έχουν διεκρινιστεί πλήρως. Πιθανότατα υπάρχει συσχέτιση με τοπικούς παράγοντες που επηρεάζουν την πήξη, την ινωδόλυση και τον αγγειακό τόνο στο επίπεδο των αγγείων του πλακούντα.

Στη μελέτη μας η παρουσία της μετάλλαξης του παράγοντα II G20210A έχει αρνητική συσχέτιση με τις καθ' ἑξιν εκτρώσεις, αλλά το εύρημα αυτό δεν είναι στατιστικά σημαντικό (OR 0,97; 95% CI 0,35-2,74). Επίσης η παρουσία της μετάλλαξης του παράγοντα V Leiden έχει αρνητική συσχέτιση με τις καθ' ἑξιν εκτρώσεις, αλλά το εύρημα αυτό δεν είναι στατιστικά σημαντικό (OR 0,97; 95% CI 0,35-2,74). Τέλος η παρουσία της μετάλλαξης του MTHFR T677T έχει θετική συσχέτιση με τις καθ' ἑξιν εκτρώσεις, αλλά το εύρημα αυτό δεν είναι στατιστικά σημαντικό (OR 1.05; 95% CI 0.61-1.87).

Στις γυναίκες με κληρονομική θρομβοφιλία ο απόλυτος κίνδυνος για θρομβοεμβολικά επεισόδια και δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης παραμένει χαμηλός. Συνεπώς η αναγκαιότητα του γενικευμένου προληπτικού ελέγχου για κληρονομική θρομβοφιλία, δεν επιβεβαιώνεται και κλινικά.

Συμπέρασμα: Ο έλεγχος της κληρονομικής θρομβοφιλίας δεν ενδείκνυται σαν αρχική προσέγγιση, σε Ελληνίδες με καθ' ἑξιν εκτρώσεις και αρνητικό ατομικό θρομβοεμβολικό ιστορικό.

Βιβλιογραφία: 1. Robertson L, Wu O, Langhorne P, Twaddle S, Clark P, Lowe GD, Walker ID, Greaves M, Brenkel I, Regan L, Greer IA; The Thrombosis: Risk and Economic Assessment of Thrombophilia Screening (TREATS) Study. *Thrombophilia in pregnancy: a systematic review. Br J Haematol* 2006;132(2):171-196.

2. Mougou A, Androutsopoulos G, Karakantza M, Theodori E, Decavalas G, Zoumbos N. *Inherited thrombophilia screening in Greek women with recurrent fetal loss. Clin Exp Obstet Gynecol* 2008;35(3):172-174.

3. Karakantza M, Androutsopoulos G, Mougou A, Sakellaropoulos G, Kourounis G, Decavalas G. *Inheritance and perinatal consequences of inherited thrombophilia in Greece. Int J Gynaecol Obstet* 2008;100(2):124-129.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΟΦΙΛΙΑΣ, ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΕΓΚΥΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΤΗΣ ΝΟΤΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ (E-072)

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

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

Εισαγωγή: Η κληρονομική θρομβοφιλία είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για θρομβοεμβολικά επεισόδια. Έχει επίσης θεωρηθεί σαν μία κατάσταση με αυξημένη πιθανότητα για δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης. Η παρουσία κληρονομικών θρομβοφιλικών παραγόντων, αυξάνει τον κίνδυνο για θρομβοεμβολικά επεισόδια της μητέρας, ενώ σχετίζεται και με την εμφάνιση μαιευτικών επιπλοκών που οφείλονται στην αγγειοπάθεια του πλακούντα. Στην προοπτική μας μελέτη, διερευνήσαμε την συσχέτιση ανάμεσα στην κληρονομική θρομβοφιλία και την δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης, σε πληθυσμό εγκύων γυναικών της Νοτιοδυτικής Ελλάδας.

Υλικό - Μέθοδος: Κατά το διάστημα Ιανουάριος 2004 - Ιανουάριος 2006, 392 υγιείς Ελληνίδες με αυτόματη έναρξη της εγκυμοσύνης, μελετήθηκαν για τις τρεις πιο συχνές θρομβοφιλικές μεταλλάξεις (παράγοντας II G20210A, παράγοντας V Leiden και MTHFR C677T) και παρακολούθηθηκαν για δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης. Από την μελέτη αποκλείστηκαν γυναίκες με γνωστή κληρονομική θρομβοφιλία, αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο και αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα.

Η συλλογή των δειγμάτων έγινε κατά την 1η επίσκεψή τους (6η-8η εβδομάδα της εγκυμοσύνης). Η μοριακή διάγνωση έγινε με απομόνωση του DNA, ενίσχυση με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) και υβριδισμό των προϊόντων της ενίσχυσης (Thrombophilia Gene Mutation Assay Kit, Vienna Lab, Austria). Σαν δυσμενής έκβαση της εγκυμοσύνης θεωρήθηκε κάθε εμβρυϊκή απώλεια [αυτόματη έκτρωση, ενδομήτριος θάνατος (IUFD)] και κάθε επιπλοκή της εγκυμοσύνης λόγω διαταραχών της εμβρυοπλακουντιακής κυκλοφορίας [αποκόλληση πλακούντα (PA), ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης (IUGR), προεκλαμψία (PE)]. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το SPSS-12 για Windows.

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

Συζήτηση: Η εγκυμοσύνη είναι μία επίκτητη θρομβοφιλική κατάσταση κατά την οποία συμβαίνουν σημαντικές αλλαγές στην αιμόσταση. Όλες αυτές οι αλλαγές προστατεύουν την έγκυο από σοβαρή αιμορραγία κατά την διάρκεια του τοκετού, αλλά και προδιαθέτουν για θρομβοεμβολικά επεισόδια κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας. Η κληρονομική θρομβοφιλία αυξάνει τον κίνδυνο για δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης (αυτόματη έκτρωση, αποκόλληση πλακούντα, ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης, βαριά προεκλαμψία και ενδομήτριο θάνατο), λόγω διαταραχών στην πλακουντιακή κυκλοφορία. Στη μελέτη μας οι γυναίκες που ήταν ετεροζυγώτες στον παράγοντα V Leiden, παρουσίαζαν αυξημένο κίνδυνο για αποκόλληση πλακούντα (OR 6.58; 95% CI 1.66-26). Οι γυναίκες που ήταν ομοζυγώτες στον MTHFR C677T, παρουσίαζαν επίσης αυξημένο κίνδυνο για

αποκόλληση πλακούντα (OR 4.30; 95% CI 1.47-12.5). Αλλά και οι γυναίκες που ήταν ετεροζυγώτες στον παράγοντα V Leiden και ομοζυγώτες στον MTHFR C677T, παρουσίαζαν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο για αποκόλληση πλακούντα (OR 20.6, 95%CI 2.69-158). Τα ευρήματα μας δείχνουν ότι η χορήγηση σκευασμάτων φυλικού οξέως σε όλες τις έγκυες γυναίκες, δεν επαρκεί για να καλύψει αυτές που είναι ομοζυγώτες στον MTHFR C677T. Χρειάζεται ένας πιο λεπτομερής έλεγχος που να περιλαμβάνει μέτρηση των επιπέδων φυλικού οξέως, βιταμίνης B12 και ομοκυστεΐνης, ώστε να ρυθμιστεί κατάλληλα η δοσολογία των χορηγούμενων σκευασμάτων.

Συμπέρασμα: Οι γυναίκες με αποκόλληση πλακούντα θα πρέπει να ελέγχονται για θρομβοφιλικούς παράγοντες και να μετρώνται τα επίπεδα ομοκυστεΐνης πλάσματος.

Οι γυναίκες με κληρονομική θρομβοφιλία και ιστορικό μαιευτικών επιπλοκών, μπορούν να ωφεληθούν από την προφυλακτική αντιπηκτική αγωγή σε επόμενες εγκυμοσύνες.

Βιβλιογραφία: 1. Androutsopoulos G, Mougou A, Karakantza M, Sakellaropoulos G, Kourounis G, Decavalas G. Combined inherited thrombophilia and adverse pregnancy outcome. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2007;34(4):236-238.
2. Karakantza M, Androutsopoulos G, Mougou A, Sakellaropoulos G, Kourounis G, Decavalas G. Inheritance and perinatal consequences of inherited thrombophilia in Greece. *Int J Gynaecol Obstet* 2008;100(2):124-129.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗΣ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΟΦΙΛΙΑΣ, ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΕΓΚΥΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΤΗΣ ΝΟΤΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ (E-073)

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

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

Εισαγωγή: Η κληρονομική θρομβοφιλία είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για θρομβοεμβολικά επεισόδια. Έχει επίσης θεωρηθεί σαν μία κατάσταση με αυξημένη πιθανότητα για δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης. Η παρουσία κληρονομικών ή επίκτητων θρομβοφιλικών παραγόντων, αυξάνει τον κίνδυνο για θρομβοεμβολικά επεισόδια της μητέρας, ενώ σχετίζεται και με την εμφάνιση μαιευτικών επιπλοκών που οφείλονται στην αγγειοπάθεια του πλακούντα. Στην προοπτική μας μελέτη, διερευνήσαμε την συσχέτιση ανάμεσα στην συνδυασμένη κληρονομική θρομβοφιλία και την δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης, σε πληθυσμό εγκύων γυναικών της Νοτιοδυτικής Ελλάδας.

Υλικό - Μέθοδος: Κατά το διάστημα Ιανουάριος 2004 - Ιανουάριος 2006, 396 υγιείς Ελληνίδες με αυτόματη έναρξη της εγκυμοσύνης, μελετήθηκαν για συνδυασμούς των τριών πιο συχνών θρομβοφιλικών μεταλλάξεων (παράγοντας II G20210A, παράγοντας V Leiden και MTHFR C677T) και παρακολούθηθηκαν για δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης. Από την μελέτη αποκλείστηκαν γυναίκες με γνωστή κληρονομική θρομβοφιλία, αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο και αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα. Η συλλογή των δειγμάτων έγινε κατά την 1η επίσκεψή τους (6η-8η εβδομάδα της εγκυμοσύνης). Η μοριακή διάγνωση έγινε με απομόνωση του DNA, ενίσχυση με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) και υβριδισμό των προϊόντων της ενίσχυσης (Thrombophilia Gene Mutation Assay Kit, Vienna Lab, Austria). Σαν δυσμενής έκβαση της εγκυμοσύνης θεωρήθηκε κάθε εμβρυική απώλεια [αυτόματη

έκτρωση, ενδομήτριος θάνατος (IUFD)] και κάθε επιπλοκή της εγκυμοσύνης λόγω διαταραχών της εμβρυοπλακουντιακής κυκλοφορίας [αποκόλληση πλακούντα (PA), ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης (IUGR), προεκλαμψία (PE)]. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το SPSS-12 για Windows.

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

Συζήτηση: Η εγκυμοσύνη είναι μία επίκτητη θρομβοφιλική κατάσταση κατά την οποία συμβαίνουν σημαντικές αλλαγές στην αιμόσταση. Όλες αυτές οι αλλαγές προστατεύουν την έγκυο από σοβαρή αιμορραγία κατά την διάρκεια του τοκετού, αλλά και προδιαθέτουν για θρομβοεμβολικά επεισόδια κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας. Οι παθογενετικοί μηχανισμοί που προκαλούν τις ανωμαλίες στην πλακουντιακή κυκλοφορία στις γυναίκες με θρομβοφιλία, δεν έχουν διευκρινιστεί πλήρως. Πιθανότατα υπάρχει συσχέτιση με τοπικούς παράγοντες που επηρεάζουν την πήξη, την ινωδόλυση και τον αγγειακό τόνο στο επίπεδο των αγγείων του πλακούντα. Οι διάφοροι συνδυασμοί κληρονομικής ή/και επίκτητης θρομβοφιλίας αυξάνουν τον κίνδυνο για θρομβοεμβολικά επεισόδια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στη μελέτη μας καμία από τις γυναίκες με διπλό θρομβοφιλικό γονότυπο, δεν παρουσίασε θρομβοεμβολικό επεισόδιο στην παρούσα εγκυμοσύνη. Με ανάλογο τρόπο οι διάφοροι συνδυασμοί κληρονομικής ή/και επίκτητης θρομβοφιλίας αυξάνουν τον κίνδυνο για δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης (αυτόματη έκτρωση, αποκόλληση πλακούντα, ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης, βαριά προεκλαμψία και ενδομήτριο θάνατο), λόγω διαταραχών στην πλακουντιακή κυκλοφορία. Στη μελέτη μας από τις 6 γυναίκες με διπλό θρομβοφιλικό γονότυπο, οι 3 (50%) παρουσίασαν επιπλοκή στην παρούσα εγκυμοσύνη (1 αυτόματη έκτρωση και 2 αποκόλληση πλακούντα).

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

Βιβλιογραφία: 1. Tranquilli AL, Giannubilo SR, Dell'Uomo B, Grandone E. Adverse pregnancy outcomes are associated with multiple maternal thrombophilic factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;117(2):144-147.
2. Androusoyopoulos G, Mougou A, Karakantza M, Sakellaropoulos G, Kourounis G, Decavalas G. Combined inherited thrombophilia and adverse pregnancy outcome. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2007;34(4):236-238.
3. Wu O, Robertson L, Twaddle S, Lowe GD, Clark P, Greaves M, Walker ID, Langhorne P, Brenkel I, Regan L, Greer I. Screening for thrombophilia in high-risk situations: systematic review and cost-effectiveness analysis. *The Thrombosis: Risk and Economic Assessment of Thrombophilia Screening (TREATS) study. Health Technol Assess* 2006;10(11):1-110.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΠΡΩΤΕΟΜΑΤΟΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΒΙΟΨΙΑ ΧΟΡΙΟΝΙΚΩΝ ΛΑΧΝΩΝ (E-074)

Ξανθοπούλου Α.¹, Αναγνωστόπουλος Α.¹, Βούγγας Κ.¹, Αναστασιάδου Ε.², Σηφάκης Σ.³,
Σιαφάκα-Καπανταή Α.⁴, Τσαγκάρης Γ.¹

¹Ερευνητική Μονάδα Proteomics, Κέντρο Βασικής Έρευνας II, Ίδρυμα Βιοιατρικής Έρευνας Ακαδημίας Αθηνών, Αθήνα, ²Τμήμα Γενετικής, Κέντρο Βασικής Έρευνας II, Ίδρυμα Βιοιατρικής Έρευνας Ακαδημίας Αθηνών, Αθήνα, ³Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο, ⁴Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σκοπός: Δείγματα χοριονικών λαχνών χρησιμοποιούνται ευρύτατα στον προγεννητικό έλεγχο πολ-

λών γενετικών νοσημάτων του εμβρύου. Αν και η γνώση που έχει αποκτηθεί σχετίζεται κυρίως με την κυτταρογενετική και μοριακή βάση των νοσημάτων αυτών, λίγα είναι γνωστά για τις πρωτεΐνες που συμμετέχουν. Η πλέον δημοφιλής τεχνική πρωτεομικής είναι η δύο διαστάσεων ηλεκτροφόρηση (two dimensional electrophoresis, 2-DE) ακολουθούμενη από φασματομετρία μάζας η οποία έχει ήδη μελετηθεί σε βιολογικά υλικά όπως αμνιακό υγρό, ωοθυλακικό υγρό και μητρικό αίμα παρέχοντας σχετικές πληροφορίες προγεννητικού ελέγχου. Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να μελετήσει για πρώτη φορά την πρωτεομική ανθρώπινων χοριοιικών λαχνών.

Υλικό και μέθοδος: μελετήθηκαν χοριοιικές λάχνες που ελήφθησαν από 20 έγκυες γυναίκες μεταξύ 11ης-13ης εβδομάδας κύησης. Με συμβατικές μοριακές και κυτταρογενετικές τεχνικές δείχθηκε ότι πρόκειται για ευπλοειδικές κυήσεις. Στη συνέχεια εφαρμόστηκαν οι τεχνικές 2-DE (two dimensional electrophoresis), PMF (peptide mass fingerprint) και PSD (post source decay) για την ανάλυση των πεπτιδίων και την αναγνώριση των πρωτεϊνών

Αποτελέσματα: με τη χρήση της τεχνικής 2-DE σε συνδυασμό με φασματομετρία μάζας αναγνωρίστηκαν 282 γονιδιακά προϊόντα που απαρτίζουν το πρωτόμα των χοριοιικών λαχνών. Σε αυτά περιλαμβάνονται πρωτεΐνες του πυρήνα και του κυτταροπλάσματος. Η πλειοψηφία των πρωτεϊνών που απομονώθηκαν ήταν ένζυμα αλλά αναγνωρίστηκαν και ποικίλα δομικά, μεταγραφικά και σηματοδοτικά μόρια.

Συμπεράσματα: Ο 2D πρωτεϊνικός χάρτης των φυσιολογικών καλλιεργημένων χοριοιικών λαχνών που δημιουργήθηκε από την παρούσα μελέτη μπορεί να αποτελέσει αναφορά για μελλοντική έρευνα και σύγκριση με ποικίλες παθολογικές καταστάσεις του εμβρύου και μπορεί να συμβάλει στην αναγνώριση διαγνωστικών δεικτών προγεννητικού ελέγχου.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΔΙΔΥΜΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΙΚΟΣΑΕΤΙΑ (E-075)

Μάλαμας Φ., Σίνδος Μ., Μπελίτσος Π., Ιωαννίδης Ι., Μεσογίτης Σ., Παπαντωνίου Ν., Αντσακλής Α.
Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα»

Σκοπός: Η μελέτη των τοκετών διδύμων κυήσεων στην Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα» κατά την εικοσαετία 1991-2010.

Υλικό-μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη των τοκετών διδύμων που διενεργήθηκαν στην Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα» το χρονικό διάστημα από 1/1/1991 έως 30/6/2010. Αναζητήθηκαν στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των διδύμων κυήσεων, την ηλικία της μητέρας, την ηλικία κύησης κατά τον τοκετό, τον τρόπο διενέργειας του τοκετού, το βάρος γέννησης των νεογνών και το ποσοστό διδύμων κυήσεων με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

Αποτελέσματα: Σε σύνολο 87.565 τοκετών διενεργήθηκαν 1917 τοκετοί διδύμων κυήσεων (2,19%). Το ποσοστό κυμαίνεται από 1,81-2,71% ανά έτος, εμφανίζοντας μια μικρή τάση αύξησης τα τελευταία χρόνια. Η ηλικία της μητέρας κυμάνθηκε από 16 έως 47 έτη (μέσος όρος 30,75 έτη). Η ηλικία της μητέρας παρουσιάζει μια αύξηση της τάξης των 2-2,5 ετών τα τελευταία έτη. Η ηλικία κύησης κατά τον τοκετό κυμαίνεται από 24+2 έως 40 εβδομάδες (μέσος όρος 34+4 εβδομάδες). Το βάρος γέννησης των νεογνών είναι κατά μέσο όρο 2149,8 g χωρίς ιδιαίτερες διακυμάνσεις τα διάφορα έτη. Το ποσοστό υποβοηθούμενης αναπαραγωγής κυμαίνεται από 17,24% έως 34,83%, παρουσιάζοντας μια τάση αύξησης με ποσοστά 25-33% την τελευταία πενταετία. Το ποσοστό των τοκετών που διενεργήθη-

καν με καισαρική τομή κυμαίνεται από 67,2% έως 98,42%, παρουσιάζοντας αύξηση τα τελευταία έτη. **Συμπεράσματα:** με την πάροδο των ετών παρατηρείται μια αύξηση του ποσοστού διδύμων κήσεων που συνδέεται και με την αντίστοιχη αύξηση της εφαρμογής των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Αντιστοίχως παρατηρείται αύξηση της ηλικίας της μητέρας και του ποσοστού των τοκετών διδύμων που διενεργούνται με καισαρική τομή.

ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΕΓΚΥΟΥ ΚΑΙ ΒΑΡΟΣ ΝΕΟΓΝΩΝ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (E-076)

Γεωργαδάκης Σ.¹, Παφίλη Ζ.¹, Σοφιάδου Β.², Γεωργαδάκη Α.², Λαζάρου Ε.¹, Γεωργαδάκης Γ.²

¹Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, ²Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική «Αχιλλοπούλειο» Γενικό Νοσοκομείο Βόλου

Σκοπός μελέτης: Η διερεύνηση επίδρασης της γνώσης και τήρησης της Μεσογειακής Διατροφής (Μ.Δ.) στην αύξηση βάρους σώματος (Β.Σ.) στη κύηση και στο βάρος (Β.Γ.) γέννησης των νεογνών.

Υλικό : Σαράντα πέντε (45) έγκυες, μέσης ηλικίας (27.4 ± 4.6 έτη), που παρακολουθούνταν στα εξωτερικά Ιατρεία της Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής.

Μέθοδοι: Συμπλήρωση, βάσει προσωπικής συνέντευξης και ιστορικού παρακολούθησης κύησης, 2 ερωτηματολογίων : α) Ένα, με 20 ερωτήσεις για την εκτίμηση της γνώσης της Μ.Δ. και β) Ένα, με 16 ερωτήσεις (KIDMED), για την αξιολόγηση τήρησης των αρχών της Μ.Δ. Καταγράφηκε η εξέλιξη της κύησης, η μεταβολή του Β.Σ. της εγκύου, το είδος τοκετού και το Β.Γ. του νεογνού. Η γνώση των αρχών της Μ.Δ. κατατάχθηκε σε 4 κατηγορίες και η τήρηση των αρχών της Μ.Δ. κατατάχθηκε σε 3 κατηγορίες.

Αποτελέσματα: Η αύξηση Β.Σ. εγκύων στη κύηση ήταν 15.6 ± 6.2 Kgr. και το Β.Γ. νεογνών ήταν 3320 ± 453 gr. Τριάντα πέντε έγκυες (35) δήλωσαν ότι δεν γνώριζαν τίποτα για την Μ.Δ., ένα (1) είχε φτωχή και εννέα (9) είχαν μέτρια γνώση των αρχών της Μ.Δ. 26.6% κατατάχθηκαν ως άτομα με μέτρια τήρηση και 73.3% ως άτομα με υψηλή τήρηση των αρχών της Μ.Δ. Υπήρξε σημαντική διαφορά στην αύξηση του Β.Σ. στη κύηση, μεταξύ εγκύων με φτωχή και μέτρια γνώση της Μ.Δ. και αυτών που δεν γνώριζαν τίποτα για την Μ.Δ. ($P = 0.03$). Δεν υπήρξε διαφορά στην αύξηση Β.Σ. στη κύηση ($P = 0.13$), και το Β.Γ. νεογνών ($P = 0.07$), μεταξύ αυτών με μέτρια και υψηλή τήρηση των αρχών της Μ.Δ.

Συμπεράσματα: Η γνώση των αρχών της Μ.Δ. μπορεί να επηρεάσει την αύξηση Β.Σ. μητέρας στη κύηση, ενώ δεν φαίνεται να επηρεάζει το Β.Γ. του νεογνού.

ΜΟΝΟΧΟΡΙΟΝΙΚΗ ΚΥΗΣΗ ΜΕ ΤΟΚΕΤΟ ΖΩΝΤΟΣ ΚΑΙ ΝΕΚΡΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ, ΕΠΙ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ LASER ΣΤΟΝ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ (E-077)

Βραχνής Ν.¹, Καλαμπόκας Θ.¹, Λίβανος Π.², Ηλιοδρομίτη Ζ.¹, Σηφάκης Σ.³, Καλαμπόκας Ε.¹, Μπότσης Δ.¹

¹Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο

²Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, ³Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης

Πρωτοτόκος 32 ετών γυναίκα, ευρισκόμενη στην 32η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, κυφορούσα δίδυμα (μονοχοριοικά- διαμνιακά) προσήλθε με οξύ άλγος υπογαστρίου.

Η εγκυμοσύνη ήταν προϊόν IVF κύκλου, λόγω ανδρικού παράγοντα υπογονιμότητας (αζωοσπερμία). Ήταν γνωστό από την 19η εβδομάδα της κύησης ότι η κύηση είχε επιπλεχθεί από σύνδρομο μετάγγισης διδύμου-σε-δίδυμο (TTTS). Το ένα έμβρυο είχε από την 20η έως την 25η εβδομάδα κύησης το διπλάσιο περίπου βάρος από το άλλο. Στα πλαίσια αυτά, αποφασίσθηκε να αντιμετωπισθεί το TTTS με διαχωρισμό των πλακούντων των εμβρύων με χρήση laser. Από την 23η εβδομάδα κύησης στο Έμβρυο Β υπήρχε απουσία τελοδιαστολικής ροής της ομφαλικής αρτηρίας και σε επόμενη υπερηχογραφική μελέτη στην 27η εβδομάδα υπήρχε και αναστροφή στη ροή της ίδιας αρτηρίας. Στον υπερηχογραφικό έλεγχο της κύησης στις 31 εβδομάδες διαπιστώθηκε απουσία καρδιακών παλμών του εμβρύου Β και χαρακτηριστικά εφίπλευσης των οστών του κρανίου. Στις 31+6 εβδομάδες κύησης η επίτοκος προσήλθε στη Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική για εξέταση. Διαπιστώθηκε ευισθησία και ήπιο άλγος υπογαστρίου. Μετά την αρχική εκτίμηση, η ομάδα προχώρησε σε επείγουσα Καισαρική τομή, προκειμένου να εξασφαλιστεί το βέλτιστο περιγεννητικό αποτέλεσμα για το ζων έμβρυο.

Το έμβρυο αυτό γεννήθηκε σε καλή κατάσταση, με βάρος περί τα 1920 γραμμάρια και Apgar Score 91 - 105. Η μακροσκοπική εξέταση του πλακούντα κατέδειξε υμενώδη έκφυση του ομφάλιου λώρου του νεκρού εμβρύου (που ζύγιζε περίπου 800 γραμμάρια). Η αμνιακή μεμβράνη που αναμενόταν να ανευρεθεί και να διαχωρίζεται τα δύο έμβρυα ήταν απύσα δημιουργώντας έτσι ένα μονοαμιακό «περιβάλλον» για τα δύο έμβρυα. Ακόμα, οι ομφάλιοι λώροι των 2 εμβρύων διαπλέκονταν μεταξύ τους. (cord entanglement). Τα αναλυτικά αποτελέσματα της παθολογοανατομικής εξέτασης του πλακούντα θα παρουσιασθούν κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου και θα γίνει σχολιασμός των προαναφερθέντων χειρισμών και κλινικών ευρημάτων.

ΝΕΟΓΝΑ ΑΘΙΓΓΑΝΩΝ. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΜΙΑΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΜΕΛΕΤΗΜΕΝΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΝΕΟΓΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΜΑΣ (E-078)

Μούσκου Σ.¹, Χρέλια Κ.¹, Τρωΐζος-Παπαβασιλείου Π.², Κούκου Δ.-Μ.¹, Βουρβουλάκη Β.¹, Τρωΐζος-Παπαβασιλείου Β.², Βαράκης Χ.³, Σωτηρίου Σ.¹, Παπαβασιλείου Ε.¹

¹Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, Κορίνθος, ²Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α, ³Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Η μελέτη των επιδημιολογικών γνωρισμάτων των νεογνών των αθίγγανων.

Υλικό και Μέθοδος: Το υλικό αποτέλεσαν 95 νεογνά αθίγγανων που γεννήθηκαν στο Γ.Ν.Κορίνθου το 2010. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με στατιστικό πακέτο SPSS 15.

Αποτελέσματα - συμπεράσματα: Από τα 95 νεογνά (18,3% επί του συνόλου των γεννήσεων) το 56,8% ήταν άρρενα και το 43,2% θήλεα. Τελειόμηνη κύηση παρουσίαζε το 93,6% ενώ 9,5% παρουσίαζε ΒΓ<2500gr και 9,5% ΒΓ>3500gr (Mean 3049, Std 438,6). Με φυσιολογικό τοκετό γεννήθηκε το 61,1% και με καισαρική τομή (ΚΤ) το 38,9%. Οι σημαντικότερες αιτίες διενέργειας ΚΤ ήταν οι: προηγηθείσα (7%), δυσαναλογία (3,2%), ισχιακή προβολή (3,2%), παράταση (3,2%), ολιγάμνιο (3,2%) και δίδυμη κύηση (4,2%). Από Ιτόκο γεννήθηκε το 31,6% (N=30), Ιπτόκο το 23,2% (N=22), ΙΙπτόκο το 15,8% (N=15), ΙVτόκο το 16,8% (N=16), Vτόκο το 10,5% (N=10), και VIτόκο και XVτόκο το 1,1% (N=2). Όσον αφορά στην εποχική κατανομή το μεγαλύτερο ποσοστό αφορούσε τους χειμερινούς (36,8%) και το μικρότερο τους εαρινούς μήνες (10,5%). Το 45,3%, 30,5% και 24,2% των γεννήσεων έλαβε χώρα κατά την πρωινή, απογευματινή και βραδινή βάρδια αντίστοιχα. Νόμιμα εξήλθε το 49,5% (N=47), ενώ με υπογραφή το 1ο και 2ο 24ωρο το 30,5% (N=29) και 20% (N=19) αντίστοιχα. Σε τριτοβάθμιο κέντρο στην Αττική διακομίστηκαν 4 νεογνά (4,2%), 2 με ίκτερο 1ου 24ωρου λόγω ασυμβατότητας ABO, 1 λόγω μικροκεφαλίας και 1 με σπασμούς. Θετικό HbsAg ανιχνεύτηκε στο 12,6% (N=12). Παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά εθελουσίας εξόδου και HbsAg+, κάτι που υποδεικνύει πλημμελή συμμόρφωση των αθίγγανων γονέων στις οδηγίες του ιατρικού προσωπικού και των κανόνων δημόσιας υγιεινής.

ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΑΤΡΗΣΙΑ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ (E-079)

Σοφούδης Χ.¹, Καλαμπόκας Θ.¹, Γρηγοριάδης Θ.¹, Ζέλλου Α.², Πανούλης Κ.¹, Κρεατσάς Γ.¹

¹Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Αρεταίειον Νοσοκομείο,

²Επιστημονική Συνεργάτης Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών Νοσοκομείο "Αγία Σοφία"

Εισαγωγή: Η ατρησία εξωηπατικών χοληφόρων είναι μια διαταραχή κατά την οποία η απόφραξη ή η ασυνέχεια στα χοληφόρα προκαλεί κώλυμα στη ροή της χολής. Η συχνότητα της νόσου είναι περίπου 1:15.000 γεννήσεις, πιο συχνή στα κορίτσια (♀:♂ 1,7). Το 10% των ασθενών παρουσιάζουν συνολικό καρδιοπάθεια. Υπάρχουν οι ακόλουθοι τύποι ατρησίας χοληφόρων: Τύπος I. Ατρησία των περιφερικών εξωηπατικών χοληφόρων συνήθως κάτωθεν της συμβολής κυστικού πόρου-κοινού ηπατικού (6%) Τύπος II. Φυσιολογική χοληδόχος κύστη και χοληδόχος πόρος, με ατρησία του κοινού ηπατικού και των ενδοηπατικών χοληφόρων (11%) Τύπος III. Άδεια ή άτρητη χοληδόχος κύστη με ατρησία των έξω και ενδοηπατικών χοληφόρων (83%). Πιθανή παρουσία κυστικών δυσπλασιών Η αιτιολογία της ατρησίας των χοληφόρων δεν έχει καθοριστεί. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι μπορεί να υπάρχει ιογενής αιτιολογία (ρεοϊός, ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων, ιός rotavirus, κυτταρομεγαλοϊός), αλλά αυτό δεν έχει αποδειχτεί. Κάποιοι έχουν προτείνει άλλους μηχανισμούς, όπως αγγειακή βλάβη του εμβρύου ή διαταραχή στη συνένωση του χοληδόχου με τον παγκρεατικό πόρο. Το γεγονός ότι κάποια νεογνά που αποβάλλουν χρωματισμένα κόπρανα μετά τη γέννηση, στη συνέχεια παρουσιάζουν ατρησία χοληφόρων, ίσως δείχνει ότι η ατρησία χοληφόρων δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο εμβρυολογικό συμβάν, αλλά μάλλον μια εξελικτική φλεγμονώδη διαδικασία, η οποία ξεκινάει κατά την εμβρυϊκή ζωή ή αμέσως μετά τη γέννηση.

Παρουσία Περιστατικού: Γυναίκα, πρωτοτόκος σε ηλικία κύησης 40+3 εβδομάδων με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό και μία παλίνδρομο κύηση από το μαιευτικό της ιστορικό υποβάλλεται σε χαμηλή εγκαρσία καισαρική τομή λόγω μη προόδου τοκετού. Έτεκεν ένα νεογνό θήλυ με Σ.Β 3800 γρ. και Apgar Score 9 στο πρώτο και 10 στο πέμπτο λεπτό. Από την τρίτη μέρα το νεογνό παρουσίασε αγνώστου αιτιολογίας αύξηση των χολοστατικών ενζύμων (γ-GT και αλκαλική φωσφατάση καθώς και της χολερυθρίνης. (943 και 347 mg/dl αντίστοιχα). Λόγω της αυξανόμενης άμεσης υπερχολερυθριναιμίας (20% της ολικής η άμεση) το νεογνό διακομίσθηκε σε πιο ειδικευμένο κέντρο παρακολούθησης. Ο απεικονιστικός έλεγχος (U/S άνω κοιλίας) ανέδειξε ήπαρ με φυσιολογικές διαστάσεις, φυσιολογική ηχογένεια και ομοιογενή παρεγχυματική υφή. Κατά τον έλεγχο σε νηστεία μικρή σε διαστάσεις ελέγχεται η χοληδόχος κύστη (1,15 εκ.) και παραμένει το ίδιο μετά τη σίτιση. Δεν απεικονίζεται σαφώς ο κοινός χοληδόχος πόρος στη πύλη του ήπατος και δίνεται η εντύπωση στην ανατομική του θέση ελέγχεται υπερχογενής περιοχή (ινώδης ταινία.). Όλα τα παρακάτω ευρήματα συνηγορούν περί άτρησίας χοληφόρων. Ο υπόλοιπος κλινικοεργαστηριακός έλεγχος απέκλεισε μεταβολικά νοσήματα ήπατος. Η βιοψία ήπατος σε ηλικία τριάντα ημερών, ανέδειξε περιφερική απόφραξη των χοληφόρων οδών με χολικά βύσματα στον αυλό των κυριότερων χοληφόρων πόρων, μερική ίνωση και οίδημα των πυλαίων διαστημάτων, ηπατοκυτταρική χολόσταση. Η HIDA ήπατος - χοληφόρων δεν ανέδειξε απέκκριση χολής μέσα στις επόμενες 24 ώρες. Το βρέφος σε ηλικία πενήντα ημερών υποβλήθηκε σε επέμβαση KASAI (αναστόμωση των πυλών του ήπατος με τη νήστιδα). Όλοι οι ιστοί που βρίσκονται μπροστά από τα αγγεία, περιλαμβανομένων της άτρητης χοληδόχου κύστης, του κοινού χοληδόχου πόρου και του δεξιού και αριστερού ηπατικού πόρου, είναι ανυψωμένα ως ένας άθικτος κρημνός από το 12δάκτυλο ως την πύλη του ήπατος. Το νεογνό ύστερα από παρέλευση 9 μηνών είναι σε άριστη κλινική κατάσταση χωρίς σημεία ικτέρου, ασκίτου, χολαγγειίτιδος ή ηπατικής ανεπάρκειας και εμφανίζει φυσιολογική ανάπτυξη.

Συμπέρασμα: Η αντιμετώπιση από ομάδα εξειδικευμένων ιατρών πριν την ηλικία των 2 μηνών, ο ενδελεχής κλινικοεργαστηριακός αλλά και απεικονιστικός έλεγχος είναι απαραίτητα εφόδια για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης νόσου και την βιωσιμότητα του βρέφους.

ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΜΕΝ ΝΕΟΓΝΩΝ: ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ Η ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΤΟΥΣ ΣΤΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ (E-080)

Γαϊτανά Κ., Καλαϊτζή Ν.Α., Βασδέκη Α., Γουδεσίδου Μ., Παπαδημητρίου Ε., Κοπάνου Μ., Πετεινάκη Ε., Γούναρης Α.

Νεογνολογική Κλινική-MENN, Μικροβιολογικό Εργαστήριο. Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

Σκοπός: Η καταγραφή των περιπτώσεων μικροβιαίμιας στη μονάδα μας τη διετία 2009-2010, των μικροβίων που απομονώθηκαν και της ευαισθησίας τους στα αντιβιοτικά.

Υλικό και μέθοδοι: Μελετήθηκαν τα νεογνά που νοσηλεύτηκαν στη μονάδα μας τη διετία 2009-2010 και παρουσίασαν κλινική εικόνα σηψαιμίας αποδεδειγμένη με θετική αιμοκαλλιέργεια. Καταγράφηκαν οι απομονωθέντες μικροοργανισμοί και η ευαισθησία τους στα αντιβιοτικά.

Αποτελέσματα: Τη διετία 2009-2010 νοσηλεύτηκαν 1572 νεογνά. Παρουσιάστηκαν 51 περιστατικά μικρο-

βιαίμιας σε ισάριθμα νεογνά. Απ' αυτά, τα 26 ήταν πρόωρα και τα 25 τελειόμηνα. Οι μικροοργανισμοί που απομονώθηκαν ήταν Gram(+) σε 32 περιστατικά (63%), Gram(-) σε 16 (31%) και μύκητες σε 3 (6%).

Από τα Gram(+) βρέθηκαν σταφυλόκοκκοι Co(-) 21 (41%) (epidermidis 33%, hominis 4%, capitis 2%, haemolyticus 2%), Staphylococcus aureus 1 (2%), στρεπτόκοκκοι (16%) (agalactiae 6%, viridans 4%, mitis 2%, vestibularis 2%, sanguinis 2%), Enterococcus faecalis 1 (2%), Enterococcus faecium 1 (2%).

Από τα Gram(-) βρέθηκαν E.Coli 6 (11%), Enterobacter cloacae 3(6%), Klebsiella pneumoniae 2 (4%), Pseudomonas aeruginosa 2 (4%), Acinetobacter baumannii 1 (2%), Citrobacter Koseri 1 (2%), Sphingomonas paucimobilis 1 (2%). Από τα Gram(+), οι σταφυλόκοκκοι ήταν όλοι(100%) ανθεκτικοί στην πενικιλίνη και 90% ανθεκτικοί στην οξακιλλίνη αλλά ευαίσθητοι στις αμινογλυκοσίδες και τη βανκομυκίνη. Τα Gram(-) βακτήρια ήταν όλα ευαίσθητα στις κεφαλοσπορίνες, αμινογλυκοσίδες, κινολόνες και την ιμιπενέμη ενώ 10 (55%) ήταν ανθεκτικά στην αμπικιλίνη.

Συμπεράσματα: Το συχνότερο αίτιο μικροβιαίμιας ήταν σταφυλόκοκκοι Co(-) ανθεκτικοί στην πενικιλίνη. Δεν απομονώθηκαν σταφυλόκοκκοι ανθεκτικοί στην βανκομυκίνη και πολυανθεκτικά Gram (-) βακτήρια.

ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΒΑΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΡΧΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΓΑΛΟΥΧΙΑ (E-081)

Τρωΐζος-Παπαβασιλείου Π.¹, Χρέλια Κ.², Τρωΐζος-Παπαβασιλείου Β.¹, Μούσκου Σ.²,
Κούκου Δ.-Μ.², Βουρβουλάκη Β.², Σωτηρίου Σ.², Παπαβασιλείου Ε.²

¹Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α, ²Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν.Κορίνθου, Κορίνθος

Σκοπός εργασίας: η ανασκόπηση των βασικών αρχών φαρμακοκινητικής, φαρμακοδυναμικής και φαρμακογενετικής των ουσιών, όταν χρησιμοποιούνται από την έγκυο - μητέρα κατά την κύηση και τη γαλουχία.

Υλικό και Μέθοδος: η ενδελεχής ανεύρεση πληροφοριών από συγγράμματα, δημοσιευμένα άρθρα και guidelines της τρέχουσας παγκόσμιας βιβλιογραφίας

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Η χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών στην κύηση και τη γαλουχία είναι ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο θέμα, που αφορά όλες τις ειδικότητες που συσχετίζονται με την περιγεννητική ιατρική. Μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έχει δείξει ότι το 86% των εγκύων λάμβαναν κάποιου είδους ουσία κατά τη διάρκεια της κύησής τους (είτε φαρμακευτική θεραπεία, είτε συχνά χρησιμοποιούμενες ουσίες όπως καπνός, αλκοόλ, είτε παρόνομες ουσίες) με μέσο όρο 2,9 ουσίες (και εύρος 1 - 15 ουσίες στο μελετηθέν δείγμα). Αυτό το ποσοστό των εγκύων, που έκαναν χρήση κάποιας ουσίας κατά την εγκυμοσύνη τους, σήμερα έχει την τάση να προσεγγίσει κάποια στιγμή στο μέλλον το σύνολο των γυναικών, κάτι που κάνει ακόμη πιο επιτακτική την ανάγκη για γνώση των επιδράσεων των ουσιών αυτών στη βιολογική μονάδα μητέρας - εμβρύου (The Merck Manuals, Online Medical Library, 8/2007). Η καλή γνώση των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών τους και επιδράσεών τους στο κύημα και το νεογνό είναι επιτακτική, αν αναλογισθεί κανείς ότι πρέπει πάντοτε να ισορροπούμε στη στενή διαχωριστική γραμμή κόστους - οφέλους. Η παρούσα εργασία αναφέρεται στην ανασκόπηση των μεταβαλλόμενων συνθηκών της φαρμακοκινητικής και φαρμακοδυναμικής κατά την κύηση και τη γαλουχία, στην εισαγωγή των ιδιαίτερων όρων της μοριακής φαρμακολογίας (υποδοχέων P-gps, BCRP, MRPs κ.α.) και της επίδρασής τους στην καθημερινά εξασκούμενη ιατρική και στην ανάδειξη των τρόπων επίδρασης του γονιδιώματος στην τελική έκφραση της φαρμακολογικής δράσης ουσιών στο κύημα και το νεογνό.

ΝΟΣΟΣ ΜΟΥΑ-ΜΟΥΑ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ (E-082)

Σκαρμούτσος Μ., Καραϊσκάκης Π., Καραϊσκάκης Π. Τ., Ζόγκα Μ., Σιδηρόγλου Ξ., Βλαχάδης Ν., Τζανάκη Α., Πατεράκη Ε., Δουρίδας Ι., Κουσιδής Γ., Δουκέλη Σ., Σταματέλου Φ., Κιοσές Ε.

¹Μαιευτικό και Γυναικολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», ²University of Semmelweis, Budapest, Hungary

Εισαγωγή: Η νόσος Moya-Moya, είναι μια προϊούσα αποφρακτική νόσος των εγκεφαλικών αγγείων με συμμετοχή ιδίως του κύκλου του Willis και των αρτηριών που συμμετέχουν στο σχηματισμό του. Πρόκειται για νόσο για την οποία δεν είναι γνωστή πλήρως η αιτιολογία της, αλλά πιστεύεται πως υπάρχει γενετική προδιάθεση.

Σκοπός: Παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης κύησης σε ασθενή με ομόζυγη δρεπανοκυτταρική αναιμία και νόσο Moya-Moya.

Συζήτηση: Ασθενής, ετών 24, με βαριά ομόζυγη δρεπανοκυτταρική αναιμία και νόσο Moya-Moya, προσήλθε στο νοσοκομείο σε ηλικία κύησης 8W. Το ατομικό ιστορικό της περιελάμβανε 5 ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια καθώς και επιβάρυνση της αναπνευστικής της λειτουργίας, με ελάττωση της λειτουργικότητας των πνευμόνων στα επίπεδα του 30%. Η ασθενής λόγω της αναιμίας (Hct:22-23%) υποβαλλόταν σε επανειλημμένες μεταγγίσεις, ανά 15ήμερο. Ταυτόχρονα ελάμβανε και αντιπηκτική αγωγή με ηπαρίνη χαμηλού ΜΒ. Η ανάπτυξη του εμβρύου ήταν φυσιολογική χωρίς να υπάρχουν μαιευτικά συμβλήματα. Προσήλθε σε τοκετό, όντας τελειόμηνη, όπου και αποφασίστηκε η περάτωση της κύησης με καισαρική τομή σε συνεννόηση με τους αναισθησιολόγους, λόγω της πιθανής καρδιοαναπνευστικής επιβάρυνσης που θα υπεβάλλετο σε περίπτωση φυσιολογικού τοκετού. Η καισαρική τομή έγινε υπό επισκληρίδιο αναισθησία και ήταν επιτυχής. Το νεογνό δεν παρουσίασε επιπλοκές. Εξήλθε την 4η ΜΤΧ ημέρα σε καλή γενική κατάσταση.

Συμπέρασμα: Η κύηση σε ασθενείς με νόσο Moya-Moya είναι κύηση υψηλού κινδύνου, της οποίας η παρακολούθηση απαιτεί συνεργασία πολλών ειδικοτήτων πλην των μαιευτήρων (multidisciplinary approach). Οι αναφορές στη βιβλιογραφία περατωθεισών κυήσεων σε αυτές τις ασθενείς είναι ελάχιστες και συνήθως σχετίζονται με αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ισχαιμικά και αιμορραγικά) κατά την κύηση. Επίσης υπάρχει συσχέτιση της νόσου με καθ'έξιν αποβολές.

ΟΨΙΜΑ ΠΡΩΨΑ ΝΕΟΓΝΑ: ΣΧΟΛΙΚΗ ΕΠΙΔΟΣΗ ΣΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ 7 ΚΑΙ 18 ΕΤΩΝ (E-083)

Γιατρόκου Ε., Γκίκα Α., Καββαδίας Γ., Μπακούλα Χ.

Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσ. Παίδων "Η Αγία Σοφία"

Τα όψιμα πρόωρα (ΟΠ) νεογνά αποτελούν τον μεγαλύτερο και ταχύτερα αυξανόμενο πληθυσμό προώρων παγκοσμίως. Τα νεογνά αυτά έχουν ως τώρα διαλάβει της προσοχής των νεογνολόγων καθώς το βάρος και το μέγεθός τους μοιάζει με αυτό των τελειομήνων (ΤΜ). Πρόσφατα όμως έχουν συγκεντρώσει το ενδιαφέρον της ιατρικής κοινότητας λόγω όχι μόνο της λανθάνουσας περιγεννητικής νοσηρότητας που παρουσιάζουν αλλά και της ανησυχίας που προκύπτει για το αν αυτή οδηγεί σε απώτερες νευροαναπτυξιακές δυσκολίες.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης μας είναι να απαντήσουμε σε αυτό το αναδυόμενο ερώτημα, χρησιμο-

ποιώντας την σχολική απόδοση σαν δείκτη νευροαναπτυξιακών ανωμαλιών στα ελληνόπουλα.

Μέθοδοι: Στα πλαίσια της 1ης Πανελλήνιας Περιγεννητικής Μελέτης, 11,048 συνεχείς γεννήσεις το 1983 (8% των ετήσιων γεννήσεων) καταγράφηκαν. Από αυτά τα νεογνά, στην ηλικία των 7 ετών 6,441 παιδιά εντοπίστηκαν σε δημοτικά σχολεία όλης της χώρας και μελετήθηκαν μέσω ερωτηματολογίων. Συγκριτική στατιστική ανάλυση ευαισθησίας έδειξε πως ο πληθυσμός είναι αντιπροσωπευτικός του αρχικού δείγματος και περιλαμβάνει 94.6% ΤΜ, 4% ΟΠ και 1.4% περισσότερο πρόωρα νεογνά (ΠΡ). Στην ηλικία των 18 ετών 3,464 έφηβοι εκ νέου εντοπίστηκαν, δείγμα επίσης αντιπροσωπευτικό του αρχικού και απάντησαν ερωτηματολόγια σχετικά με την ζωή τους. Η κακή σχολική επίδοση χρησιμοποιήθηκε και στις δύο μελέτες ως δείκτης νευροαναπτυξιακών προβλημάτων στα ΟΠ, έγινε δε σύγκριση μεταξύ αυτών, των τελειομήνων και των πιο προώρων νεογνών. Η επίδραση προ και περιγεννητικών παραγόντων, καθώς και του τρόπου ζωής μετά την γέννηση ελέγχθηκε με την χρήση λογαριθμικής παλινδρόμησης (SPSS v13).

Αποτελέσματα: Τα ΟΠ δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την σχολική επίδοση στην ηλικία των 7 ετών ούτε στην γενική απόδοση, ούτε σε συγκεκριμένα μαθήματα. Τα ΠΡ νεογνά έχουν την χειρότερη απόδοση, ιδιαίτερα στην αριθμητική (OR 4,431). Η ηλικία κύησης δεν φαίνεται στην μελέτη μας να επηρεάζει πλέον την σχολική επίδοση στα 18 έτη ζωής. Σε αυτήν την ηλικία κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες όπως το γονεϊκό ενδιαφέρον και η οικονομική κατάσταση της οικογένειας έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση τόσο στην γενική βαθμολογία, την βαθμολογία στα επιμέρους μαθήματα όσο και στην πρόθεση του παιδιού να εισαχθεί στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Συμπέρασμα: Ενώ στην ηλικία των επτά ετών τα ΠΡ νεογνά παρουσιάζουν κάποιο βαθμό νευροαναπτυξιακής δυσχέρειας, η επίδοση των ΟΠ είναι παράλληλη με αυτήν των ΤΜ σε όλη την σχολική τους ζωή. Παρόλο που ήπια νευρολογικά προβλήματα δεν μπορούν να αποκλεισθούν στα πλαίσια μιας επιδημιολογικής μελέτης, είναι καθησυχαστικό το γεγονός πως σε μία κοινωνία όπως η ελληνική που συνεχίζει να έχει επίκεντρο την οικογένεια, τα ΟΠ νεογνά μπορούν να βρουν την υποστήριξη που χρειάζονται για να αντισταθμίσουν τα όποια προβλήματα προκαλούνται από την προωρότητά τους.

«ΟΨΙΜΑ» ΠΡΩΡΑ ΝΕΟΓΝΑ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ (E-084)

Τσιβεριώτης Κ.¹, Φούζας Σ.², Βερβενιώτη Α.², Δημητρίου Γ.², Παπαδόπουλος Β.¹, Δεκαβάλας Γ.¹

¹Πανεπιστημιακή Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών

²Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών

Σκοπός: Να εκτιμηθεί η επίδραση συγκεκριμένων παραγόντων κινδύνου (παθολογία μητέρας, μαιευτικές επιπλοκές) στη νεογνική νοσηρότητα σε όψιμα («ώριμα») πρόωρα νεογνά

Υλικό και Μέθοδος: Συνολικά 713 «ώριμα» πρόωρα νεογνά (ηλικία κύησης 34 - 37 εβδομάδες) γεννήθηκαν τα τελευταία 5 χρόνια στον Νοσοκομείο μας από μονήρεις κύσεις. Πληροφορίες σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων, την ηλικία κύησης, τον τρόπο τοκετού, το μαιευτικό (αριθμός προηγούμενων τοκετών) και το ατομικό ιστορικό (προϋπάρχουσα παθολογία) της μητέρας, καθώς επίσης και με επιπλοκές της κύησης συλλέχθηκαν και συσχετίστηκαν με τη νεογνική νοσηρότητα, τόσο μεμονωμένα, όσο και συνδυαστικά. Ως νεογνική νοσηρότητα ορίστηκαν συγκεκριμένες καταστάσεις με βάση τις διαγνώσεις εξόδου (αναπνευστική δυσχέρεια, υπογλυκαιμία, υπερχοληρυθριναιμία, διαταραχές σίτισης ή θερμοκρασίας σώματος), η διάρκεια νοσηλείας περισσότερο από 5 εβδομάδες και η ανάγκη εισαγωγής στη ΜΕΝ Νεογνών.

Αποτελέσματα: Συνολικά, 279 (39,1 %) νεογνά εμφάνισαν κάποιου βαθμού νοσηρότητα. Τα επιμέρους ποσοστά ήταν 23,1% στις 36 - 37 εβδομάδες, 44,2 % στις 35 - 36 εβδομάδες (OR: 2.7) και 59.3 % στις 34 - 35 (OR: 5.14) εβδομάδες. Μελέτη με διωνυμική λογιστική παλινδρόμηση έδειξε ως ανεξάρτητους παράγοντες που σχετίζονται με τη νοσηρότητα την ηλικία κύηση (OR: 8,39 για τις 34 εβδομάδες και 3,55 για τις 35 εβδομάδες), το χαμηλό βάρος γέννησης (SGA - OR: 4,1), τη μη χορήγηση στεροειδών (OR: 4,14) την καισαρική τομή (OR: 2.41) και την αιμορραγία πριν τον τοκετό (OR: 4,7) είχαν επίσης σημαντική επίδραση στη νεογνική νοσηρότητα.

Συμπεράσματα: Ο κίνδυνος για νεογνική νοσηρότητα στα «όψιμα» πρόωρα νεογνά μεταβάλλεται με την ηλικία κύησης. Ο κίνδυνος φαίνεται να αυξάνεται ακόμη περισσότερο όταν συνυπάρχουν άλλοι παράγοντες, όπως SGA, καισαρική τομή, μη χορήγηση στεροειδών και αιμορραγία πριν τον τοκετό.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ ΣΤΗΝ ΗΠΙΑ ΚΑΙ ΒΑΡΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΥΗΣΗΣ (E-085)

Κρουελέση Β., Παπαντωνίου Ν., Παπαγεωργίου Ι., Αγαπητός Ε., Παπασπύρου Ειρ., Μεσογίτης Σπ., Ζακόπουλος Ν., Αντσακλής Α.

Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα»

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να ερευνηθεί ο βαθμός των αλλοιώσεων του πλακούντα σε σχέση με το ύψος της Αρτηριακής Πίεσης στις κήσεις που επιπλέκονται με υπέρταση.

Υλικό και μέθοδος: Εξετάστηκαν και συγκρίθηκαν 55 κήσεις που παρουσίασαν ήπια υπέρταση με 55 κήσεις που παρουσίασαν βαριά υπέρταση. Η παθολογοανατομική εξέταση των πλακούντων εστιάστηκε στα ακόλουθα: Αριθμός αγγείων ανά οπτικό πεδίο, έμφρακτα, ινδοειδής νέκρωση λαχνών, υπερωριμότητα λαχνών, λάχνες χωρίς αγγεία, αποτιτανώσεις, φλεγμονή και πάχυνση τοιχώματος αγγείων. Πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση με SPSS.

Αποτελέσματα: Όλα τα είδη των αλλοιώσεων πλακούντα ήταν συχνότερα στην ομάδα κήσεων με βαριά υπέρταση. Ο αριθμός αγγείων ανά οπτικό πεδίο ήταν σημαντικά μειωμένος ενώ η παρουσία εμφρακτών και ινδοειδούς νέκρωσης λαχνών ήταν στατιστικά σημαντικά αυξημένη στους πλακούντες των κήσεων με βαριά υπέρταση σε σχέση με τους πλακούντες των κήσεων με ήπια υπέρταση ($p < 0.001$).

Συμπέρασμα: Τα ευρήματα της μελέτης υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η διαταραχή της πλακουντιακής λειτουργίας ευθύνεται για τις υπερτασικές διαταραχές κύησης. Επιπλέον, αποδεικνύουν ότι το ύψος της υπέρτασης εξαρτάται από το βαθμό των αλλοιώσεων του πλακούντα.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ (E-087)

Παναγόπουλος Π.², Χαλβατσιώτης Π.¹, Λυκάκης Α.², Χρέλιας Χ., Μπατάλιας Λ., Χριστοδουλάκη Χ.Χ.², Μαράτου Ε.¹, Δρακοπούλου Ζ.¹, Κασσάνος Δ.², Δημητριάδης Δ.¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας & Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν» ² Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Η εμφάνιση του συνδρόμου προεκλαμψίας (ΠΕ) κατά την εγκυμοσύνη αυξάνει τους δείκτες νοσηρότητας και θνητότητας τόσο για τη μητέρα όσον και για το έμβryo. Επειδή δεν έχουν μέχρι σήμερα ταυτοποιηθεί δραστικές μέθοδοι πρόληψης της ΠΕ, εντούτοις μελετώνται παράγοντες κινδύνου για τον εντοπισμό έγκαιρα των κυήσεων υψηλού κινδύνου. Με τη μελέτη μας διερευνήσαμε αν οι πιο συχνοί παράγοντες κινδύνου που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία χαρακτηρίζουν το δείγμα των κυήσεων του αστικού πληθυσμού που εξυπηρετεί το Νοσοκομείο μας.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήσαμε 45 περιστατικά ΠΕ που αντιμετωπίστηκαν στην Κλινική μας την τελευταία τριετία (ΠΕΚ). Για ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήσαμε 49 φυσιολογικές κυήσεις της ίδιας περιόδου, που επιλέχθηκαν με τυχαιοποιημένη διαδικασία επίσης από τα αρχεία της Κλινικής μας (ΦΚ).

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματά αποδεικνύουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην ηλικία των μητέρων ενώ ο προ εγκυμοσύνης ΔΜΣ ήταν σημαντικά υψηλότερος στην ΠΕΚ ($27,29 \pm 0,1$ με $26,48 \pm 0,2$ kg/m²) ($p=0,0006$). Η εγκυμοσύνη περατώθηκε νωρίτερα στην ομάδα ΠΕΚ ($35,04 \pm 0,5$ με $39,10 \pm 0,2$ εβδομάδες) ($p=0,0001$) με παρουσία υψηλότερων τιμών συστολικής ($167,31 \pm 1,4$ με $113,47 \pm 1,4$ mmHg) ($p=0,0001$) και διαστολικής ($93,27 \pm 0,9$ με $80,26 \pm 0,9$ mmHg) ($p=0,0001$) πίεσης. Ως αναμένετο η κρεατινίνη ορού ($0,88 \pm 0,2$ με $0,82 \pm 0,02$ mg/dl) ($p=0,024$) και το λεύκωμα ούρων ($143,92 \pm 46,9$ με $4,26 \pm 0,2$ mg/dl) ($p=0,0025$) ήταν υψηλότερα στην ομάδα ΠΕΚ ενώ παρουσίασαν σχετική θρομβοπενία (179.330 ± 8.763 με 284.260 ± 8.960 / μ L) ($p=0,0001$). Τέλος η στατιστική επεξεργασία ανέδειξε υψηλότερα ποσοστά ΠΕΚ στον πληθυσμό των μη νυμφευμένων μητέρων ($p=0,0075$ Fisher's exact test).

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο πληθυσμός των προεκλαμπικών κυήσεων που αντιμετωπίστηκαν στη Κλινική μας χαρακτηρίζεται από τα συνήθη κλινικά, βιοχημικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά που απαντώνται παγκόσμια.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΘΕΣΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΕ ΕΝΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΜΗΤΕΡΩΝ ΥΓΙΩΝ ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΩΝ ΚΑΙ ΟΡΙΑΚΩΝ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ (E-088)

Αναστασίου Π., Παναγιωτοπούλου Ο., Χουρδάκης Μ., Καρατζά Α., Κολοβού Β., Βαρβαρήγου Α., Μανταγός Σ.

Μονάδα Φυσιολογικών Νεογνών, Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών

Σκοπός: Η εκτίμηση της επίπτωσης της πρόθεσης θηλασμού σ' ένα πληθυσμό μητέρων υγιών νεογνών

και η ανάδειξη παραγόντων που συσχετίζονται με την αρχική επιλογή χορήγησης βρεφικού γάλακτος.

Υλικά και Μέθοδος: Παρακολουθήθηκαν 645 νεογνά που γεννήθηκαν από 640 μητέρες στη χρονική περίοδο 01/02/2011 έως 21/07/2011. Συγκεντρώθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των μητέρων και η μέθοδος σίτισης των νεογνών.

Αποτελέσματα: Πρόθεση μητρικού θηλασμού διαπιστώθηκε σε 458/640 περιπτώσεις (71,6%). Οι μητέρες που επέλεξαν τη τεχνητή σίτιση (N=182) ήταν σε μεγαλύτερο ποσοστό καπνίστριες (28,6% έναντι 10%, $p<0.0001$), και είχαν μεγαλύτερη συχνότητα τοκετού με καισαρική τομή (54,9% έναντι 44,7%, $p=0.02$). Στην πρώτη ομάδα διαπιστώθηκαν λιγότερες αλλοδαπές μητέρες (7,6% έναντι 18,6% $p=0.0002$) και περισσότερες χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης (25,2% έναντι 8,1% $p<0.0001$). Επίσης, οι μητέρες που δεν επέλεξαν να θηλάσουν ήταν συχνότερα ηλικίας < 20 ετών (16,5% έναντι 5% $p<0.0001$), μητέρες διδύμων (5% έναντι 1,5%, $p=0.03$) και νεογνών με ηλικία κύησης <37 εβδομάδων (13,2% έναντι 6,8%, $p=0.01$). Αντίθετα, υπήρχε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό πρωτοτόκων στην ομάδα πρόθεσης θηλασμού (48,7% έναντι 39,6%, $p=0.04$).

Ανάλυση με τη μέθοδο της λογιστικής παλινδρόμησης έδειξε ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ($p<0.0001$), το κάπνισμα ($p<0.0001$), η μικρή ηλικία της μητέρας ($p=0.002$), η δίδυμη κύηση ($p=0.008$), ο τοκετός με καισαρική τομή ($p<0.0001$) και η ελληνική εθνικότητα ($p<0.0001$) αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου για επιλογή τεχνητής σίτισης.

Συμπέρασμα: Παρότι ο θηλασμός θεωρείται η ιδανική μέθοδος σίτισης των βρεφών, σημαντικό ποσοστό μητέρων επιλέγει εξ' αρχής τη χορήγηση βρεφικού γάλακτος. Συγκεκριμένοι παράγοντες σχετίζονται με αρνητική πρόθεση θηλασμού. Θεωρείται αναγκαία η εστιασμένη στρατηγική προώθησης του θηλασμού στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΣΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΣΕ ΜΗΤΕΡΕΣ ΥΓΙΩΝ ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΩΝ ΚΑΙ ΟΡΙΑΚΩΝ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ (E-089)

Χουρδάκης Μ., Παναγιωτοπούλου Ο., Αναστασίου Π., Καρατζά Α., Παναγιωτοπούλου Ε., Βαρβαρήγου Α., Μανταγός Σ.

Μονάδα Φυσιολογικών Νεογνών, Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών

Σκοπός: Εκτίμηση της επίπτωσης αποκλειστικού θηλασμού και η ανάδειξη παραγόντων που σχετίζονται με την επίτευξή του σ' ένα πληθυσμό μητέρων υγιών νεογνών στην έξοδο από το Μαιευτήριο.

Υλικά και Μέθοδος: Στη χρονική περίοδο 01/02/2011 έως 21/07/2011 παρακολουθήθηκαν 461 νεογνά, που γεννήθηκαν από 458 μητέρες, οι οποίες εκδήλωσαν πρόθεση θηλασμού μετά τον τοκετό. Συγκεντρώθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των μητέρων και καταγράφηκε καθημερινά ο τύπος σίτισης των νεογνών μέχρι την έξοδο (3ο-5ο 24ωρο ζωής).

Αποτελέσματα: Αποκλειστικός θηλασμός διαπιστώθηκε σε 106/458 μητέρες (23,1%), μεικτή σίτιση σε 321/458 (70,1%) και τεχνητή σε 31/458 (6,8%). Οι μητέρες που θηλάζαν αποκλειστικά στο 3ο-5ο 24ωρο δεν διέφεραν από τις υπόλοιπες ως προς την εθνικότητα, την ηλικία, τη μέθοδο τοκετού, την προωρότητα καθώς και ως προς τα ποσοστά καπνίσματος και δίδυμων κύσεων.

Αντίθετα, η ομάδα του αποκλειστικού θηλασμού συμπεριλάμβανε μεγαλύτερο ποσοστό μητέρων

υψηλού μορφωτικού επιπέδου (33% έναντι 23%, $p=0.042$) και σημαντικά μικρότερο ποσοστό πρωτοτόκων (37,7% έναντι 51,8%, $p=0.011$).

Συμπέρασμα: Η πλειοψηφία των μητέρων που εκδηλώνουν πρόθεση θηλασμού επιτυγχάνουν τουλάχιστον μεικτή σίτιση, παρότι σχετικά μικρό ποσοστό θηλάζει αποκλειστικά στην έξοδο από το Μαιευτήριο. Λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι η προσφορά βρεφικού γάλακτος τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό επηρεάζει αρνητικά τη συνολική διάρκεια θηλασμού, θεωρείται αναγκαία η υποστήριξη του αποκλειστικού θηλασμού και η εκπαίδευση ιδιαίτερα των ομάδων υψηλού κινδύνου, όπως είναι οι μητέρες χωρίς προηγούμενη εμπειρία.

ΠΑΡΑΜΕΝΟΥΣΑ ΔΕΞΙΑ ΟΜΦΑΛΙΚΗ ΦΛΕΒΑ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ (E-090)

Πετροχείλου Α.¹, Καραβιτάκης Ε.¹, Πεπές Σ.², Μαυρεδάκη Π.¹, Καλλονιάτου Μ.³, Βομβολάκη Ε.³, Απαζίδου Ε.¹

¹ Μονάδα Ενδιάμεσης Νοσηλείας Νεογνών, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»,

² Ιατρείο Προγεννητικού Ελέγχου και Εμβρυομητρικής Ιατρικής, Χανιά. ³ Γυναικολογική - Μαιευτική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

Εισαγωγή: Η παραμονή της δεξιάς ομφαλικής φλέβας αντί της αριστερής θεωρούνταν σπάνια διαμαρτία με κακή πρόγνωση, αφού συνοδεύονταν από πολλαπλές μείζονες συγγενείς ανωμαλίες. Στην πρόσφατη βιβλιογραφία ανευρίσκεται σε συχνότητα 1:526 κήσεις, με την πλειονότητα των περιπτώσεων να αποτελεί μεμονωμένο εύρημα, ενώ, σπανιότερα (20-30%), συνοδεύεται από συγγενείς ανωμαλίες, κυρίως του ΚΝΣ, του καρδιαγγειακού ή του γαστρεντερικού.

Σκοπός: Περιγραφή περιπτώσεων εμβρύων με παραμένουσα δεξιά ομφαλική φλέβα (ΠΔΟΦ).

Υλικό και μέθοδος: Τα τελευταία 2 χρόνια, σε ιατρείο προγεννητικού ελέγχου και εμβryo-μητρικής ιατρικής των Χανίων, ο υπερηχογραφικός έλεγχος διέγνωσε χοληδόχο κύστη σε κεντρική θέση, μεταξύ της ομφαλικής φλέβας και του στομάχου, σε 3 έμβρυα, σημείο που υποδηλώνει ΠΔΟΦ.

Αποτελέσματα: Στα 3 έμβρυα η ΠΔΟΦ είχε ενδοηπατική πορεία προς τον φλεβώδη πόρο με φυσιολογική θετική ροή. Σε όλα έγινε λεπτομερής προγεννητικός υπερηχογραφικός έλεγχος για συνοδές συγγενείς ανωμαλίες, ο οποίος ανέδειξε σε ένα από αυτά συνύπαρξη μονήρους ομφαλικής αρτηρίας, ενώ στα υπόλοιπα η ΠΔΟΦ αποτέλεσε μεμονωμένο εύρημα. Σε μία περίπτωση έγινε προγεννητικά καρούτυπος που ήταν φυσιολογικός. Τα νεογνά των 2 κήσεων γεννήθηκαν στο Νοσοκομείο Χανίων με ΚΤ (λόγω υψηλής μυωπίας και μη εξέλιξης τοκετού), τελειόμηνα, ΑΓΑ, φαινοτυπικά υγιή, χωρίς περιγεννητικά προβλήματα. Σε ένα από τα δύο, μετά τη γέννησή του, έγινε πλήρης έλεγχος για συγγενείς ανωμαλίες που ήταν φυσιολογικός. Η τρίτη κήση εξελίσσεται ομαλά.

Συμπεράσματα: Η υπερηχογραφική διάγνωση ΠΔΟΦ προγεννητικά, απαιτεί λεπτομερή προγεννητικό και μεταγεννητικό έλεγχο για τυχόν συνυπάρχουσες συγγενείς ανωμαλίες. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων αποτελεί μεμονωμένο εύρημα και είναι καλοήθης, με άριστη πρόγνωση για την κήση και το νεογνό.

ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΕΜΒΡΥΟΥ ΔΙΔΥΜΟΥ ΚΥΗΣΗΣ ΕΞΙ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΟΒΟΛΗ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (E-091)

Γκαράς Α., Καρναβάς Η., Κούκουρα Ο., Μάνου Μ., Κούκου Ζ., Μεσσήνης Ι.

Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας,

Παρουσίαση εργασίας: Επικουρική Επιμελήτρια Νοσοκομείου Αγίου

Εισαγωγή: Η αύξηση της συχνότητας των πολύδυμων κύησεων έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση επιπλοκών της κύησης που αποτελούν δισεπίλυτα προβλήματα για το μαιευτήρα. Η αποβολή του ενός εμβρύου μίας διδύμου κύησης κατά το δεύτερο τρίμηνο, έχει κατά κανόνα δυσμενή έκβαση. Παρουσιάζουμε την εκτέλεση επείγουσας περιίδεσης τραχήλου μετά από την αποβολή του ενός εμβρύου μίας διδύμου κύησης 17ης εβδομάδας, όπου η κύηση παρατάθηκε έως την 23η εβδομάδα της κύησης.

Παρουσίαση Περιστατικού: Έγκυος 38 ετών με ιστορικό τριδύμου κύησης μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση και μείωσης του ενός εμβρύου τη 12η εβδομάδα, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία στην 17η εβδομάδα διδύμου κύησης (διχοριακά-διαμνιακά), με συμπτώματα απειλούμενης έκτρωσης. Κατά την κλινική εξέταση, διαπιστώθηκε πως το ένα έμβρυο είχε αποβληθεί και βρισκόταν στον κόλπο. Υπερηχογραφικά το δεύτερο έμβρυο είχε θετική καρδιακή λειτουργία και ο τράχηλος φαινόταν διακοιλιακά κλειστός. Αποφασίστηκε η διενέργεια επείγουσας περιίδεσης τραχήλου. Κατά τη διάρκεια του χειρουργείου, απολινώθηκε ο ομφάλιος λώρος κοντά στον τράχηλο και στη συνέχεια η περιίδεση εκτελέστηκε με τον πλακούντα *in situ*. Χορηγήθηκε διπλή αντιβιοτική αγωγή και εξήλθε από την κλινική την 3η μετεγχειρητική ημέρα, χωρίς κλινικά ή εργαστηριακά σημεία φλεγμονής. Η παρακολούθηση της επόμενες εβδομάδες περιελάμβανε επισκέψεις στο εξωτερικό ιατρείο ανά εβδομάδα και τακτικές αιμοληψίες με σκοπό την έγκαιρη ανίχνευση χοριοαμνιονίτιδας. Η ασθενής προσήλθε την 23η εβδομάδα της κύησης όπου κατά την υπερηχογραφική εξέταση διαπιστώθηκε ανυδράμνιο. Αποφασίστηκε η διακοπή της κύησης και αφαιρέθηκε το ράμμα της περιίδεσης. Το έμβρυο βάρους 403gr, εξήλθε μετά από τη χορήγηση 600mg μισοπροστόλης. Η ασθενής εξήλθε την επόμενη μέρα σε καλή γενική κατάσταση.

Συζήτηση: Η ενεργητική μαιευτική παρέμβαση που περιλαμβάνει την περιίδεση του τραχήλου με σκοπό την παράταση της κύησης έως και πέρα από το όριο της βιωσιμότητας, είναι μία πρακτική που δεν έχει μελετηθεί αρκετά σε περιπτώσεις πολύδυμης κύησης όπου αποβάλλεται το ένα έμβρυο. Από μεμονωμένα περιστατικά έχει φανεί πως η παράταση της κύησης μπορεί να φτάσει και τις 36 εβδομάδες της κύησης. Έχει περιγραφεί μεσοδιάστημα 19 εβδομάδων μεταξύ της αποβολής του ενός εμβρύου και της εξόδου του δεύτερου μετά από περιίδεση τραχήλου. Εντούτοις, ασφαλή συμπεράσματα μπορούν να εξαχθούν μόνο μετά από τυχαιοποιημένες μελέτες με ή χωρίς μαιευτική παρέμβαση. Στην παρούσα φάση η απόφαση της διενέργειας επείγουσας περιίδεσης του τραχήλου θα πρέπει να λαμβάνεται από κοινού με την ασθενή.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΩΜΑΤΟΣ ΠΡΩΤΟΥ ΤΡΙΜΗΝΟΥ ΣΕ ΕΓΚΥΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ (E-092)

Γιαλελής Ι., Προμπονάς Εμ., Πάντος Κ., Παπαδόπουλος Ζ., Διακάκης Ι.

Π.Γ.Μ. «Ελενα Βενιζέλου», Γ' Μ/Γ κλινική

Η κα Φ.Π. 34 ετών, έγκυος μετά από εξωσωματική, περίπου 8 εβδομάδων, προσήλθε στο «Ελενα Βενιζέλου» στις 14/5/09 λόγω αναφερόμενου υπογαστρίου άλγους από 5ημέρου.

Από το ατομικό και κληρονομικό ιστορικό προκύπτουν: Άτοκος, πρωτοτόκος. ΤΕΡ: 13/3/09, λόγω υπογονιμότητας υπεβλήθη σε εξωσωματική γονιμοποίηση. Αναφέρει λήψη παιδικής ασπιρίνης και προληπτικής δόσης ηπαρίνης υποδοριώς καθημερινά από μηνός.

Από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο διεπιστώθη ταχυσφυγμία και συμπτωματολογία οξείας κοιλίας. Στον υπερηχογραφικό έλεγχο διεγνώσθη μεγάλη ποσότητα υγρού στο δουλγάσειο και σε ολόκληρη την περιτοναϊκή κοιλότητα και ένδομήτρια μονήρης κύηση 8 εβδομάδων με θετική καρδιακή λειτουργία. Ήταν απύρετη, δεν ανέφερε εμέτους. Έγινε παρακέντηση κοιλίας. Διαπιστώθηκε αιμοπεριτόναιο.

Εργαστηριακά: Hct: 26,3%, Hgb: 9,5% g/dl, WBCs: 11620/μl (83,4% ουδετερόφιλα), PLTs: 269000/μl, πηκτικότητα: κ.φ., Fe: 15μg/dl, λοιπά βιοχημικά κ.φ., Γενική ούρων: κ.φ.

U/S άνω κάτω κοιλίας: Μεγάλη ποσότητα ελεύθερου υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα και στην πύελο, χωρίς λοιπά παθολογικά ευρήματα. Χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή: Ενυδάτωση, ενδοφλέβια αντιβίωση και σίδηρος. Μετά την πάροδο των ωρών, παρουσίασε σταθερή βελτίωση η συμπτωματολογία της οξείας κοιλίας. Ως εκ τούτου, αποφασίστηκε η συντηρητική αντιμετώπιση.

Παρά την ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου, σημειώθηκε προοδευτική επιδείνωση και πτώση του αιματοκρίτη κατά 2 μονάδες σε διάστημα 2 ημερών. Υπεβλήθη ξανά σε υπερηχογραφικό έλεγχο όπου διαπιστώθηκε αιμάτωμα διαστάσεων 17,4x8,2x6 εκ. προσθίως της μήτρας. Μεταγγίστηκε με τρεις μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών. Στις 21/5/09 πραγματοποιήθηκε υπερηχογραφικός επανέλεγχος στον οποίο παρατηρήθηκε υποηχογενής περιοχή σε επαφή με το πρόσθιο τοίχωμα της μήτρας με διάσπαρτα ηχογενή στοιχεία, διαστάσεων 19,3x7,6x6 εκ. (αύξηση του μεγέθους) και μικρή ποσότητα υγρού στο δουλγάσειο.

Τις επόμενες μέρες η κατάσταση της ασθενούς σταθεροποιήθηκε με τον αιματοκρίτη να κυμαίνεται στο 35%. Η ασθενής έμεινε στην κλινική για παρακολούθηση. Μόλις συμπληρώθηκαν 13 εβδομάδες κύησης (15/6/09) σε νέο υπερηχογραφικό έλεγχο δεν διεπιστώθη μείωση ή αύξηση του αιματώματος και παρατηρήθηκε πυρετική κίνηση (θ 38) με συνοδό άλγος υπογαστρίου και αποφασίστηκε να υποβληθεί σε λαπαροτομία. Στο χειρουργείο βρέθηκε οργανωμένος περιχαρακωμένος κυστικός όγκος με λεπτή κάψα διαστάσεων 20x8x7 εκ. περίπου με μεικτά αιμορραγικά και πυώδη στοιχεία, στο πρόσθιο τοίχωμα της μήτρας σε στενή επαφή με τη δεξιά ωοθήκη. Ακολούθησε διάνοιξη και παροχέτευση του όγκου. Διαπιστώθηκε ότι πρόκειται για οργανωμένο αιμορραγικό απόστημα, η κάψα του οποίου και μέρος του περιεχομένου, εστάλη για καλλιέργεια και ιστολογική εξέταση. Ακολούθησε επιμελής καθαρισμός του χειρουργικού πεδίου και τοποθέτηση renpose ενδοπεριτοναϊκά. Σημειώνεται πως προ του χειρουργείου ο αιματοκρίτης ήταν 35% με 16000 λευκά και CRP 83. Επιπροσθέτως, δεν παρατηρήθηκε ουδεμία μεταβολή της υπερηχογραφικής απεικόνισης του εμβρύου καθώς και η εξέλιξη της κύησης ήταν ομαλή χωρίς την ανάγκη επιπρόσθετης φαρμακευτικής αγωγής προ και μετά της επέμβασης.

Η καλλιέργεια έδειξε: 1) Staphylococcus warneri και 2) Enterococcus faecalis. Εδόθη ενδοφλεβίως Tazocin. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και η γυναίκα πήρε εξιτήριο στις 25/6/09 σε καλή γενική κατάσταση.

Απάντηση ιστολογικής εξέτασης: Εύθρυπτο ιστοτεμάχιο μέγιστης διαμέτρου 10 εκ.: Υφή αιματώματος το οποίο κατά την περιφέρειά του οργανώνεται και περιχαρακώνεται από ιστοφαγοκυτταρική φλεγμονώδη και ινοβλαστική αντίδραση με παρουσία και σιδηροφάγων. Σημειώνεται ότι δεν διατηρούνται ιστολογικά στοιχεία υποβοηθητικά της ταυτότητας της προέλευσης της αλλοίωσης.

Η γυναίκα παρακολούθηθηκε στα εξωτερικά ιατρεία και γέννησε δια καισαρικής τομής στις 38 εβδομάδες με ταυτόχρονη αφαίρεση μορφώματος συμφυόμενου στο δεξιό εξάρτημα διαμέτρου 3 εκ. περίπου, μαζί με τμήμα κάψας του αποστήματος. Από την ιστολογική εξέταση προέκυψε ότι επρόκειτο για υπολείμματα της κάψας του αποστήματος.

Συμπέρασμα: Η χειρουργική επέμβαση λόγω παρατεταμένου άλγους, εμπύρετου και αμεταβλητότητας του ευμεγέθους κυστικού όγκου ήταν επιβεβλημένη και αναγκαία. Μετά την επέμβαση σημειώθηκε ραγδαία βελτίωση της κλινικής εικόνας και μετά δεκαήμερου η γυναίκα εξήλθε σε καλή κατάσταση.

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΑΠΟΠΕΡΑΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΤΟ Γ.Ν.ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 2007-2011 (E-093)

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

¹Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής, ²Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η εκτίμηση του ποσοστού των διάφορων τρόπων αποπεράτωσης του τοκετού σε σχέση με τον τρόπο παρακολούθησης της εγκύου, καθώς επίσης και η συσχέτιση, ανάμεσα στη μέθοδο του τοκετού και το περιγεννητικό αποτέλεσμα στο Γ.Ν.Χ.

Μέθοδος: Συγκεντρώσαμε τα στοιχεία της μελέτης από την ηλεκτρονική βάση δεδομένων της Μ/Γ Κλινικής. Όσον αφορά τον τρόπο παρακολούθησης της εγκύου ελήφθησαν δεδομένα για γυναίκες που είχαν συστηματική παρακολούθηση, πλημμελή παρακολούθηση και ουδεμία παρακολούθηση έως την ημέρα του τοκετού. Για όλες τις γεννήσεις που πραγματοποιήθηκαν το χρονικό διάστημα 2007-2011 μελετήθηκε ο τρόπος αποπεράτωσης του τοκετού και συσχετίστηκε με το περιγεννητικό αποτέλεσμα.

Αποτέλεσμα: Από την επεξεργασία των δεδομένων βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στο βαθμό παρακολούθησης της εγκύου και του τρόπου διεκπεραίωσης του τοκετού. Ο τακτικός προγεννητικός έλεγχος βρέθηκε να συμβάλλει θετικά στην έκβαση του τοκετού και να μειώνει την περιγεννητική νοσηρότητα. Ωστόσο, η μέθοδος του τοκετού που τελικά εφαρμόστηκε, επηρέασε το περιγεννητικό αποτέλεσμα. Ιδιαίτερα χαμηλά ήταν ποσοστά της μητρικής νοσηρότητας μετά από επεμβατικό τοκετό ή καισαρική τομή στο Γ.Ν.Χ., καθώς επίσης χαμηλό ήταν και το ποσοστό διακομιδής νεογνών σε τριτοβάθμιο νεογνολογικό κέντρο, λόγω έλλειψης αυτού στο Γ.Ν.Χ.

Συμπέρασμα: Η υψηλού βαθμού παρακολούθηση της εγκύου συμβάλλει ουσιαστικά στην πρόωμη αντιμετώπιση παθολογικών καταστάσεων κατά τη διάρκεια της κύησης και πριν από την έναρξη του τοκετού. Επίσης, η σωστή επιλογή της διεξαγωγής του τοκετού μπορεί να βοηθήσει στη μείωση των ποσοστών της περιγεννητικής νοσηρότητας.

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ (E-094)

Ζαρκαλή Α.

Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρική Σχολή Αθηνών

Η τεχνική της εξωσωματικής γονιμοποίησης (IVF) είναι μια σημαντική επιλογή για τα άγονα ζεύγη που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν, εντούτοις η χρήση της δεν είναι άμοιρη επιπλοκών. Σκοπός του άρθρου αυτού είναι να πραγματοποιηθεί μία έρευνα της σύγχρονης βιβλιογραφίας ώστε να εξακριβωθεί αν οι εγκυμοσύνες μετά από IVF έχουν υψηλότερη πιθανότητα επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή την περιγεννητική περίοδο. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η IVF συνδέεται με περισσότερους περιπλοκές, υψηλότερο μαιευτικό κίνδυνο και φτωχό περιγεννητικό αποτέλεσμα. Μερικές από τις επιπλοκές μπορούν να οδηγήσουν ακόμη και στη λήξη της εγκυμοσύνης, όπως οι αποβολές και η έκτοπη κύηση. Άλλες μπορούν να αυξήσουν το μητρικό κίνδυνο, όπως το προδρομικός πλακούντας, η πρόωρη αποκόλληση πλακούντα, ο διαβήτης κύησης και η προεκλαμψία. Ωστόσο κίνδυνοι απειλούν και το έμβryo: έχει καταγραφεί υψηλότερος κίνδυνος πρόωρου τοκετού, χαμηλού βάρους γέννησης (ΧΒΓ) και καισαρικής τομής. Μια άλλη σοβαρή αλλά υποτιμημένη επιπλοκή είναι η πολύδυμος κύηση. Ο καθιερωμένος τρόπος πρόληψης σήμερα είναι η διπλή μεταφορά εμβryών αλλά μια άλλη επιλογή έχει προταθεί: εκλεκτική μεταφορά μονήρους εμβryού, με χαμηλότερα ποσοστά προωρότητας και του ΧΒΓ. Η IVF, όπως οποιαδήποτε άλλη ιατρική παρέμβαση έχει κινδύνους. Οι εγκυμοσύνες μετά από IVF είναι πιθανότερο να θέσουν σε κίνδυνο τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και να οδηγήσουν στη γέννηση ενός πρόωρου ή ενός ΧΒΓ νεογέννητου, όχι μόνο, όπως στο παρελθόν θεωρούνταν, στις πολύδυμες κύσεις αλλά και στις μονήρεις.

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΚΥΗΣΕΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΝΩ ΤΩΝ 35 ΕΤΩΝ (E-095)

Στρατουδάκης Γ., Τζανάκης Κ., Χριστοδουλάκη Χ., Καστρινάκης Κ., Ζησιού Α., Γλαρός Σ., Τσόπελας Α., Δασκαλάκης Γ.

Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Γεν. Ν. Νοσοκομείου Χανίων Κρήτης

Εισαγωγή: Η αλλαγή των κοινωνικών και δημογραφικών εξελίξεων στις τρεις τελευταίες δεκαετίες οδήγησε τις γυναίκες να μένουν έγκυες, σχετικά αργά στην αναπαραγωγική τους ζωή. Επίσης η ανάγνηση της παρουσίας των γυναικών στην εργασία και στην εκπαίδευση, με ίσους όρους με τους άνδρες, έχει σαν αποτέλεσμα την καθυστέρηση της μητρότητας. Τέλος, οι πρόσφατες πρόοδοι στις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, οδήγησαν πολλές γυναίκες με υπογονιμότητα να αποκτήσουν παιδιά σε μεγάλη ηλικία. Οι επιπλοκές της εγκυμοσύνης, η πιθανότητα για καισαρική τομή και ο περιγεννητικός κίνδυνος, αυξάνονται κατά πολύ μετά την ηλικία των 35 ετών, με αποτέλεσμα το ενδιαφέρον να στραφεί σε αυτήν την ομάδα γυναικών¹. Αν σκεφτούμε ότι οι μαιευτικοί κίνδυνοι αυξάνουν με την πρόοδο της ηλικίας, η σύγκριση των γυναικών μεγαλύτερης ηλικίας με νεότερες (κάτω των 35 ετών) θα αναδείξει και το μέγεθος του προβλήματος. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η διερεύνηση

της έκβασης της εγκυμοσύνης σε γυναίκες ηλικίας 35 ετών και άνω και η σύγκρισή τους με ομάδα ελέγχου γυναικών νεότερης ηλικίας.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι τοκετοί που έγιναν την τελευταία πενταετία (2006-2010) στη Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Νοσοκομείου Χανίων. Αναζητήθηκαν οι τοκετοί γυναικών με ηλικία άνω των 35 ετών και συλλέχθηκαν στοιχεία σχετικά με το ιστορικό υπογονιμότητας, τις επιπλοκές της εγκυμοσύνης, την ηλικία κύησης, το βάρος των νεογνών, τον τρόπο του τοκετού και την ένδειξη μαιευτικής επέμβασης. Οι κύριες επιπλοκές που μελετήθηκαν ήταν η πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων, η προεκλαμψία, η ενδομήτριας καθυστέρηση της ανάπτυξης, η εμφάνιση πρόωρων συστολών μήτρας, η εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη, ο ενδομήτριος θάνατος και η ύπαρξη ινομυωμάτων. Από τη μελέτη εξαιρέθηκαν οι πολύδυμες κύησεις, οι γυναίκες με προϋπάρχουσα παθολογία και οι αποβολές πρώτου και δευτέρου τριμήνου. Την ομάδα μελέτης αποτέλεσαν οι γυναίκες ηλικίας 35 ετών και άνω που γέννησαν στην παραπάνω πενταετία (n=316), ενώ ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκε τυχαίο δείγμα γυναικών, ηλικίας <35 ετών, που γέννησαν τον ίδιο μήνα και το ίδιο έτος (n=640). Οι γυναίκες χωρίστηκαν σε πρωτοτόκες και πολυτόκες, ομάδες μελέτης και ομάδες ελέγχου, αντίστοιχα.

Αποτελέσματα: Στο διάστημα 2006-2010, γέννησαν στη Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Νοσοκομείου Χανίων 3964 γυναίκες, από τις οποίες οι 316 (7.97%) ήταν ηλικίας 35 ετών και άνω. Οι 66 (20.02%) ήταν πρωτοτόκες. Την ομάδα ελέγχου αποτέλεσαν 640 γυναίκες, από τις οποίες οι 326 (50.93%) ήταν πρωτοτόκες και οι υπόλοιπες 314 (49.07%), πολυτόκες. Σε όλες τις ομάδες οι γυναίκες μεγαλύτερες των 35 ετών, είχαν σημαντικά μικρότερη διάρκεια κύησης και ιδίως η ομάδα των πρωτοτόκων σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (μέση ηλικία κύησης: 37.1 έναντι 39.2 εβδομάδες αντίστοιχα). Το μέσο βάρος των νεογνών ήταν μικρότερο μόνο για τις πρωτοτόκες 35 ετών και άνω (3070), σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, αλλά και με τις άλλες ομάδες.

Επτά πρωτοτόκες (10.6%) 35 ετών και άνω, είχαν υποβληθεί σε εξωσωματική γονιμοποίηση, σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου όπου δεν είχε υποβληθεί καμία. Το ποσοστό των καισαρικών τομών ήταν σημαντικά μεγαλύτερο στις 35 ετών και άνω, και ιδίως στις πρωτοτόκες που έφτασε το 55.1%. Το ποσοστό των τοκετών με επέμβαση (σικουιλία/εμβρουιλία) δεν διέφερε σημαντικά ανάμεσα στις ομάδες. Οι παθήσεις και οι επιπλοκές της εγκυμοσύνης ήταν σημαντικά συχνότερες στις πρωτοτόκες 35 ετών και άνω, σε σχέση με τις πρωτοτόκες της ομάδας ελέγχου (63.3% έναντι 6.9% αντίστοιχα). Οι κυριότερες επιπλοκές της εγκυμοσύνης που παρουσιάστηκαν στις πρωτοτόκες επίτοκες 35 ετών και άνω, ήταν η πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων (20%) και η προεκλαμψία (13.3%). Επίσης αυξημένο ποσοστό των γυναικών αυτών (10%) είχε ινομυώματα κατά τη διάρκεια της κύησης.

Οι πολυτόκες της ομάδας μελέτης είχαν επίσης αυξημένη συχνότητα παθήσεων και επιπλοκών της εγκυμοσύνης, σε σχέση με τις νεότερες πολυτόκες (26% έναντι 8.1% αντίστοιχα). Στις γυναίκες αυτές οι κύριες επιπλοκές της εγκυμοσύνης που εμφανίστηκαν ήταν η πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων (15%) και οι πρόωρες συστολές της μήτρας (6%).

Συζήτηση : Το γεγονός της προχωρημένης ηλικίας των εγκύων, αρχίζει να γίνεται φανερό στην καθημερινή μαιευτική πράξη και, όσο το φαινόμενο αυτό γίνεται πιο συχνό, οι κίνδυνοι που υπάρχουν πρέπει να ορισθούν και να αντιμετωπισθούν, βοηθώντας στην καλύτερη γενετική συμβουλευτική και στη συγκεκριμενοποίηση των προβλημάτων που θα προκύψουν στην εγκυμοσύνη τους². Στη μελέτη μας, η συχνότητα των κύησεων σε γυναίκες 35 ετών και άνω δεν διέφερε από άλλες μελέτες, στις οποίες κυμαίνεται στο 5-5.5% και η συχνότητα των πρωτοτόκων αποτελούσε το 1/3 αυτής της ομάδας, ενώ σε άλλες μελέτες φτάνει στο μισό³. Στη μελέτη μας, ένα σημαντικό ποσοστό (10.6%) πρωτοτόκων 35 ετών και άνω είχε ιστορικό υπογονιμότητας και είχε υποβληθεί σε IVF. Το ποσοστό αυτό είναι

ιδιαίτερα υψηλό σε σχέση με άλλες μελέτες στις οποίες δεν ξεπερνά το 5.5%¹. Το γεγονός αυτό δικαιολογεί το χαμηλότερο βάρος γέννησης και τη μικρότερη ηλικία κύησης κατά τον τοκετό, εύρημα που δεν εμφανίζεται σε όλες τις μελέτες³. Πολλές μελέτες, όπως και η δική μας, εμφανίζουν την ηλικία της γυναίκας ως προγνωστικό παράγοντα για πρόωρο τοκετό, ενώ άλλες, δεν συνδέουν την ηλικία με την εμφάνισή του. Σε όλες τις μελέτες, η συχνότητα καισαρικής τομής είναι ιδιαίτερα υψηλή σε πρωτοτόκες 35 ετών και άνω, αλλά στη δική μας μελέτη είναι σχεδόν ο κανόνας. Η συχνότητα της καισαρικής τομής είναι αυξημένη και στις πολυτόκες 35 ετών και άνω. Είναι γνωστό ότι σε αυτήν την ομάδα εμφανίζονται συχνότερα επιπλοκές της εγκυμοσύνης, ανώμαλες θέσεις και προβολές, καθώς και δυσλειτουργικός τοκετός⁴. Επίσης, το ιστορικό IVF αποτελεί από μόνο του ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα για καισαρική τομή σε μονήρεις κύσεις. Ποσοστό έως 25 % των γυναικών 35 ετών και άνω, ξεκινούν την εγκυμοσύνη με προϋπάρχουσες παθήσεις όπως υπέρταση, παθήσεις θυρεοειδούς, σακχαρώδη διαβήτη, καρδιοπάθειες κλπ. Στη δική μας μελέτη δεν έχουμε τέτοια στοιχεία. Επίσης, στις πρωτοτόκες 35 ετών και άνω, υπάρχει βαρύτερο μαιευτικό ιστορικό με αυτόματες αποβολές (25-40%) και ινομυώματα σε ποσοστό γύρω στο 10%, πιο συχνά από πρωτοτόκες νεότερης ηλικίας ή πολυτόκες. Πρόωρες συσπάσεις της μήτρας εμφανίστηκαν πιο συχνά στις γυναίκες 35 ετών και άνω (9.3% στις πρωτοτόκες και 12% στις πολυτόκες) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, εύρημα που ανευρίσκεται και σε άλλες μελέτες. Πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων (ΠΡΕΥ) συνέβη στο 20% των πρωτοτόκων και στο 15% των πολυτόκων ηλικίας 35 ετών και άνω, ποσοστά πολύ αυξημένα σε σύγκριση με τις ομάδες έλεγχου. Προεκλαμψία εμφανίζουν γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας και κυρίως, οι πρωτοτόκες, γεγονός που συμφωνεί και με τα δικά μας αποτελέσματα (13.3%)⁵. Υπάρχουν, όμως, μελέτες που δεν βρίσκουν διαφορά ποσοστού στην εμφάνιση προεκλαμψίας μεταξύ γυναικών μεγαλύτερης και μικρότερης ηλικίας. Τα αυξημένα ποσοστά προεκλαμψίας και κακής μητροπλακουντιακής κυκλοφορίας θα μπορούσαν να δικαιολογήσουν και τα αυξημένα ποσοστά (10%) εμβρύων με ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης (IUGR) που παρατηρήθηκαν στις πρωτοτόκες 35 ετών και άνω. Το μέσο βάρος των νεογνών ήταν ελαττωμένο μόνο στις πρωτοτόκες των 35 ετών και άνω σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, γεγονός που συμφωνεί με τα ευρήματα και άλλων συγγραφέων, ενώ άλλες μελέτες δεν βρίσκουν κάποια διαφορά στο βάρος των νεογνών⁶. Συμπερασματικά, οι γυναίκες που αποφασίζουν να τεκνοποιήσουν μετά την ηλικία των 35 ετών έχουν αυξημένο περιγεννητικό κίνδυνο λόγω των αυξημένων πιθανοτήτων για πρόωρο τοκετό, πρόωρες συστολές μήτρας, πρόωρης ρήξης των εμβρυϊκών υμένων και προεκλαμψίας, καθώς και αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης εμβρύων με ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης και νεογνών με μειωμένο βάρος γέννησης. Επίσης, στην ηλικία αυτή είναι αυξημένη πάντα η πιθανότητα εμφάνισης ινομυωμάτων, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να υποβληθούν σε εξωσωματική γονιμοποίηση, να γεννήσουν με καισαρική τομή και να χρειάζονται αυξημένη περιγεννητική φροντίδα.

Βιβλιογραφία

1. Yogev Y, et al. Pregnancy outcome at extremely advanced maternal age. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(6):558.e1-7.
2. Bayrampour H, Heaman M. Advanced maternal age and the risk of cesarean birth: a systematic review. *Birth.* 2010;37(3):219-26.
3. Pasupathy D, et al. Advanced maternal age and the risk of perinatal death due to intrapartum anoxia at term. *J Epidemiol Community Health.* 2011;65(3):241-5.
4. Salem Yaniv S, et al. A significant linear association exists between advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283(4):755-9.
5. Hsieh TT, et al. Advanced maternal age and adverse perinatal outcomes in an Asian population. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;148(1):21-6.
6. Chan BC, Lao TT. Effect of parity and advanced maternal age on obstetric outcome. *Int J Gynaecol Obstet.* 2008;102(3):237-41.

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΣΕ ΕΝΤΑΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ (E-096)

Μούσκου Στ.¹, Βουρβουλάκη Β.¹, Κούκου Δ.-Μ.¹, Χρέλια Κ.¹, Σωτηρίου Σπ.¹, Τρωΐζος-Παπαβασιλείου Π.², Τρωΐζος-Παπαβασιλείου Β.², Βαράκης Χ.³, Παπαβασιλείου Ε.¹

¹Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, Κόρινθος, ²Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α 3. Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός εργασίας: Η ανάδειξη των κυριότερων αιτιών διακομιδής νεογνών από Δευτεροβάθμιο Νοσοκομείο και η συσχέτισή τους με επιδημιολογικά στοιχεία περιγεννητικής.

Υλικό και μέθοδος: Το υλικό μας αποτέλεσαν 519 νεογνά, που γεννήθηκαν στο Γ.Ν.Κορίνθου το 2010. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με στατιστικό πακέτο SPSS 15 και X2 test.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Διακομίσθηκαν συνολικά 30 νεογνά (5,8% επί του συνόλου των γεννήσεων), 17 άρρενα (56,7%) και 13 θήλεα (43,3%) με μέσο βάρος γέννησης 2070 gr (median=3031 gr, SD=516). Το 93,3% αφορούσε τελειόμηνες κυήσεις και μόνο 2 νεογνά (6,7%) ήταν πρόωρα. Το 60% γεννήθηκε με καισαρική τομή, το 36,7% από πρωτοτόκο και το 30% από δευτεροτόκο. Το 93,3% διακομίστηκε την 1η μέρα ζωής και το μεγαλύτερο ποσοστό (33%) το φθινόπωρο. Το 60% ήταν αλβανικής καταγωγής, το 26,7% ελληνικής και το 13,3% αθίγγανοι. Οι αιτίες διακομιδής ήταν: ίκτερος 33% (N=10), αναπνευστική δυσχέρεια 16,6% (N=5), προβλήματα σίτισης 16,6% (N=5), κληρονομικά νοσήματα 10% (N=3), παθήσεις μητέρας 6,6% (N=2), χειρουργικές παθήσεις 3,3% (N=1), συγγενείς καρδιοπάθειες 3,3% (N=1), άλλα αίτια 10% (N=3)

Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ανάγκης για διακομιδή με το αίτιο διενέργειας της Κ.Τ. (p=0,011) καθώς το 28,6% των νεογνών που γεννήθηκε με ΚΤ λόγω νοσημάτων της μητέρας έχρηζε διακομιδής αλλά και με τον αριθμό των προηγηθέντων τοκετών (p=0,014). Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το είδος τοκετού (p=0,154) και την εποχή (p=0,081).

Καθώς ο νεογνικός ίκτερος αποτελεί την κυριότερη αιτία διακομιδής νεογνών από το Γ.Ν.Κορίνθου και μια αντιμετωπίσιμη πολλές φορές σε ένα Δευτεροβάθμιο Νοσοκομείο κατάσταση, η στελέχωσή μας με μονάδα ενδιάμεσης νοσηλείας νεογνών θα βοηθούσε στη μείωση των διακομιδών και στη βελτίωση της φροντίδας των νεογνών.

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΚΑΤΑΓΜΑ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΟΣΤΟΥ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ (E-097)

Καραβιτάκης Ε.¹, Πετροχείλου Α.¹, Καντανολέον Σ.², Μαυρεδάκη Π.¹, Κωνσταντουλάκης Χ.², Στρατουδάκης Γ.³, Τζανάκης Κ.³, Απαζίδου Ε.¹

¹ Μονάδα Ενδιάμεσης Νοσηλείας Νεογνών, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, ² Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, ³ Γυναικολογική - Μαιευτική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

Η συχνότητα των περιγεννητικών σκελετικών κακώσεων αναφέρεται περίπου 1 ανά 1000 ζώντα νεογνά. Ο κίνδυνος μειώνεται σημαντικά, όταν πρόκειται για εκλεκτική καισαρική τομή (ΚΤ). Τα περι-

γεννητικά κατάγματα αφορούν κυρίως την κλείδα (50% των περιπτώσεων) και σπανιότερα το βραγχιονίο οστό (15% με 20% των καταγμάτων). Η παρουσία πολλαπλών καταγμάτων μπορεί να υποδηλώνει σκελετική δυσπλασία ή μεταβολικό νόσημα.

Σκοπός: Περιγραφή περίπτωσης νεογνού με ετερόπλευρο κάταγμα βραχιονίου μετά από ΚΤ.

Υλικό - Μέθοδος: Νεογνό θήλυ, ηλικίας κύησης 36+2 εβδομάδων, γεννήθηκε με επείγουσα ΚΤ λόγω αποκόλλησης πλακούντα με κεφαλική προβολή. Το βάρος γέννησης ήταν 2400 γρ (25η ΕΘ), το μήκος σώματος 45.5 εκ (25η ΕΘ) και η περίμετρος κεφαλής 32.5 εκ (50η ΕΘ). Το APGAR score στο 1ο και 5ο λεπτό ήταν 9. Η αντικειμενική εξέταση ανέδειξε φαινοτυπικά υγιές θήλυ με υπολειπόμενη κινητικότητα αριστερού άνω άκρου, ασυμμετρία του αντανακλαστικού του Μογο, εκχυμώσεις στη μεσότητα του βραχιονίου και κριγμό κατά την ψηλάφησή του. Στον ακτινολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε λοξό κάταγμα της διάφυσης του βραχιονίου χωρίς εμφανείς αλλοιώσεις της οστικής πυκνότητας. Ο λοιπός εργαστηριακός έλεγχος ήταν εντός φυσιολογικών ορίων.

Αποτελέσματα: Εφαρμόστηκε ακινητοποίηση του μέλους με ανάρτησή του σε ουδέτερη θέση για 14 ημέρες. Η αποκατάσταση του κατάγματος όπως και της κινητικότητας του χεριού και των αντανακλαστικών ήταν πλήρης.

Συμπεράσματα: Η επείγουσα ΚΤ λόγω εμβρυικής δυσπραγίας μπορεί να συνοδεύεται από χειρισμούς που είναι πιθανόν να οδηγήσουν σε ασυνήθη κατάγματα, όπως αυτό του βραχιονίου οστού. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή τους είναι ουσιαστική για την αποφυγή επιπλοκών όπως η πάρεση του κερκιδικού νεύρου και η πλημμελής συνένωση του κατάγματος.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΤΕΛΑΓΓΕΙΕΚΤΑΤΙΚΟΥ ΜΑΡΜΑΡΟΕΙΔΟΥΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ (CUTIS MARMAROTA TELANGIECTATICA CONGENITA) (E-098)

Μαρτινοπούλου Α.¹, Κούτλα Α.¹, Στέρπη Μ.¹, Κουντουρέλλη Κ.¹, Ανδρέου Α.¹, Παπούλη Μ.¹

¹Νεογνολογικό τμήμα ΕΣΥ, Ι.Γ.Ν.Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Περιγράφονται δύο σπάνια περιστατικά συγγενούς τελαγγειεκτατικού μαρμαροειδούς δέρματος με χαρακτηριστικές δερματικές αλλοιώσεις.

Περιγραφή περιστατικού: Περιγράφονται 2 περιστατικά που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας και τα οποία παρουσίαζαν δικτυοειδείς δερματικές αλλοιώσεις από τη γέννηση, συμβατές με συγγενές τελαγγειεκτατικό μαρμαροειδές δέρμα χωρίς συνοδά προβλήματα. Η διάγνωση τέθηκε από την φυσική εξέταση. Ο έλεγχος για συνοδές ανωμαλίες ήταν αρνητικός. Παρουσίαζαν και τα δύο τις χαρακτηριστικές δερματικές αλλοιώσεις με συνοδό ατροφία του συστοίχου μέλους.

Σχόλιο: Πρόκειται για σποραδική, κληρονομική αγγειακή δυσπλασία που μεταβιβάζεται με τον αυτωσωμικό υπολειπόμενο τύπο με χαμηλή διεισδυτικότητα και είναι συχνότερη στα θήλεα. Στο 50% σχετίζεται με μείζονες ανωμαλίες (αγγειακές, ατροφία δέρματος, νευρολογικές ανωμαλίες, γλαύκωμα). Όταν εμφανίζεται μόνο με δερματικές αλλοιώσεις έχει καλή πρόγνωση και το μαρμαροειδές δέρμα βελτιώνεται περί τα 2 έτη. Μπορεί να παρουσιάζεται με ήπια υπερτροφία ή ατροφία του προσβεβλημένου μέλους. Η βιοψία δερματικής βλάβης δεν είναι απαραίτητη γιατί τα ιστολογικά ευρήματα δεν είναι παθογνωμικά. Διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται από το κλασικό μαρμαροειδές

δέρμα, το αιμαγγείωμα, το σύνδρομο Sturges-Weber και τον νεογνικό λύκο. Οι δερματικές βλάβες απαντούν φτωχά στη θεραπεία με laser. Προτείνεται προσεκτική κλινική εξέταση για να αποκλειστούν συνοδές ανωμαλίες.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ APERT (E-099)

Στέρπη Μ.¹, Μαρινοπούλου Α.¹, Αναστασιάδου Ε.¹, Παπούλη Μ.¹

¹Νεογνολογική κλινική ΜΕΝΝ-ΕΣΥ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Σκοπός: Περιγράφεται σύνδρομο Apert για την σπανιότητά του και την τυπική κλινική εικόνα των χαρακτηριστικών του.

Περιγραφή περιστατικού: Βρέφος άρρεν από πρωτοτόκο μητέρα ηλικίας 41 ετών, γεννήθηκε με κλασική μορφή του συνδρόμου. Προγεννητικά είχε διαπιστωθεί ήπια διάταση των οπισθίων κεράτων των πλαγίων κοιλιών του εμβρυϊκού εγκεφάλου. Το νεογνό μετά τη γέννηση παρουσίασε επεισόδια αποφρακτικής άπνοιας τα οποία αντιμετωπίστηκαν αρχικά με αεραγωγό, αργότερα λόγω ατελεκτασίας δεξιού άνω λοβού με μηχανικό αερισμό και τον 3ο μήνα ζωής με τραχειοστομία. Δοκιμή σίτισης με μπιμπερό έγινε τον 4ο μήνα ζωής. Κατά τη νοσηλεία του παρουσίασε επεισόδια σπασμών που αντιμετωπίστηκαν με φαινοβαρβιτάλη. Ο έλεγχος καρδιάς, νεφρών, οφθαλμών και ακοής ήταν φυσιολογικός. Συστήθηκε ειδικό κέντρο αποκατάστασης στο εξωτερικό κατά την έξοδό του από το τμήμα.

Σχόλιο: Είναι μία σπάνια ανωμαλία που κληρονομείται με τον αυτοσωμικό κυρίαρχο τύπο και χαρακτηρίζεται από κρανιοσυνοστέωση, κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες και σοβαρές συμμετρικές συνδυακτυλίες. Συχνά συνοδεύεται από ανωμαλίες της καρδιάς και των νεφρών. Μπορεί να οφείλεται σε μετάλλαξη στον πατέρα ενώ στο 98% των περιπτώσεων οφείλεται σε τυχαίες μεταλλάξεις. Εμφανίζεται σε 1:65000 γεννήσεις. Στρατηγική χειρουργείου πρέπει να γίνεται σε 2 στάδια για την αποκατάσταση των δυσμορφιών.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΝΕΟΓΝΟΥ ΜΕ ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΧΡΩΣΤΙΚΗΣ (E-100)

Αναγνωστάτου Ν.¹, Μπιμπάκη Ε.¹, Χατζηδάκη Ε.¹, Κρούγκερ Σ.², Γιατζάκης Χ.³, Κορακάκη Ε.¹, Μανουρά Α.¹, Μιχοπούλου Ο.¹, Γιαννακοπούλου Χ.¹

¹Νεογνολογική Κλινική ΠΑΓΝΗ, ² Δερματολογική Κλινική ΠΑΓΝΗ, ³DNA biolab, Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή: Η ακράτεια χρωστικής (incontinentia pigmenti) είναι ένα σπάνιο νευροδερματικό νόσημα που κληρονομείται με τον επικρατητικό φυλοσύνδετο χαρακτήρα και μπορεί να προσβάλει το ΚΝΣ από τη νεογνική ηλικία. Η αναγνώριση του χαρακτηριστικού εξανθήματος που συνήθως είναι εμφανές από τη γέννηση μπορεί να οδηγήσει σε έγκαιρη διάγνωση.

Περιγραφή περίπτωσης: Τελειόμηνο θήλυ που γεννήθηκε από Πτόκο μητέρα με ΚΤ νοσηλεύτηκε λόγω υποτονίας και επεισοδίων κυάνωσης το 3ο 24ωρο. Το οικογενειακό και το μαιευτικό ιστορικό της μητέρας ήταν ελεύθερα. Το νεογνό ήταν σε μέτρια γενική κατάσταση, με υποτονία και εκτεταμένες

φυσαλιδώδεις κατά τόπους εφελκιδωποιημένες βλάβες κυρίως στα άκρα. Ο συνήθης εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Ξεκίνησε αγωγή με βανκομυκίνη, γενταμυκίνη και ασυκλοβίρη, εν αναμονή των αποτελεσμάτων των καλλιιεργειών αίματος, ΕΝΥ και δέρματος και της PCR για HSV1,2 στο ΕΝΥ, ενώ προστέθηκε στην αγωγή φαινοβαρβιτάλη λόγω εστιακών σπασμών με παθολογικό ΗΕΓ. Από τον απεικονιστικό έλεγχο του ΚΝΣ (U/s & MRI) αναδείχθηκαν πολλαπλές ισχαιμικές φλοιϊκές περιοχές. Το νεογνό παρέμεινε σε καλή γενική κατάσταση χωρίς νέα επεισόδια σπασμών, ενώ το εξάνθημα παρουσίαζε υφέσεις και εξάρσεις. Η αγωγή διεκόπη μετά από 10 ημέρες και η βιοψία έθεσε την οριστική διάγνωση της ακρότητας χρωστικής, που επιβεβαιώθηκε με γονιδιακό έλεγχο. **Συζήτηση:** Το πιο χαρακτηριστικό κλινικό σημείο της ακρότητας χρωστικής είναι οι δερματικές βλάβες που εξελίσσονται από φυσαλίδες συνήθως εμφανείς από τη γέννηση, μέχρι τις τυπικές αποχρωματισμένες και ατροφικές γραμμοειδείς βλάβες κυρίως στις καμπτικές επιφάνειες των κάτω άκρων. Εκτός από την προσβολή του ΚΝΣ (30%) με σπασμούς και διανοητική καθυστέρηση, εκδηλώσεις περιγράφονται από τις τρίχες, τα δόντια και τα μάτια. Η πρόγνωση εξαρτάται κυρίως από τη συμμετοχή του ΚΝΣ, με την προσβολή στη νεογνική ηλικία να θεωρείται κακός προγνωστικός δείκτης. Πέντε μηνών σήμερα το βρέφος βρίσκεται υπό αντισπασμωδική αγωγή χωρίς νέα επεισόδια σπασμών, η ψυχοκινητική του εξέλιξη αντιστοιχεί στην χρονολογική και το εξάνθημα βρίσκεται σε ύφεση ενώ η βυθοσκοπηση παραμένει χωρίς παθολογικά ευρήματα.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΝΕΟΓΝΟΥ ΜΕ ΜΕΡΙΚΗ ΤΡΙΣΩΜΙΑ 9p ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΕΛΛΕΙΜΜΑ 9p24 (E-101)

Χατζηδάκη Ε.¹, Παπαδοπούλου Ε.², Αναγνωστάτου Ν.¹, Γιατζάκης Χ.³, Μουρίκη Μ.³, Κορακάκη Ε.¹, Μανουρά Α.¹, Ραϊσάκη Μ.⁴, Γιαννακοπούλου Χ.¹

¹Νεογνολογική Κλινική ΠΑΓΝΗ, ²Παιδιατρική Κλινική ΠΑΓΝΗ, ³DNA biolab, Ηράκλειο Κρήτης,

⁴Εργαστήριο Ιατρικής Απεικόνισης ΠΑΓΝΗ

Εισαγωγή: Η μερική τρισωμία του μικρού βραχίονα του χρωμοσώματος 9 (partial 9p duplication syndrome) αποτελεί μια αρκετά συχνή δομική ανωμαλία των αυτοσωμικών χρωμοσωμάτων. Σε σπάνιες περιπτώσεις συνυπάρχει έλλειμμα στην περιοχή τελομερούς. Ο φαινότυπος σχετίζεται με το μέγεθος και τη θέση της χρωμοσωμικής αναδιάταξης.

Περιγραφή περίπτωσης: Πρόκειται για τελειόμηνο θήλυ νεογνό φαινοτυπικά υγιών γονέων, που γεννήθηκε με καισαρική τομή από πρωτοτόκο μητέρα. Σε προγεννητικό έλεγχο διαπιστώθηκε διάταση πυελοκαλυκτικού συστήματος αριστερά. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε υποτονία, εισέχοντες οφθαλμοί, χαμηλή πρόσφυση τριχωτού κεφαλής, χαμηλή πρόσφυση ώτων, υποβλενογόνια υπερωϊοσχιστία, προέχουσα μακριά γλώσσα, υποπλαστική κάτω γνάθος, μεγάλη απόσταση θηλών, συστολικό φύσημα (2/6), μεγάλο 1ο μεσοδακτύλιο διάστημα, μικρή συνδακτυλία 2ου-3ου δακτύλου κάτω άκρων, βοθρίο ιεροκοκκυγικής περιοχής. Από τον απεικονιστικό έλεγχο του ΚΝΣ με U/s και MRI διαπιστώθηκε σχετική διεύρυνση της αριστερής πλάγιας κοιλίας. Από τον Παιδοκαρδιολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε VSD και ASD. Από τον έλεγχο του ουροποιητικού συστήματος με U/s, ανιούσα κυστεοουρηθρογραφία, DMSA, MAG και MRU διαπιστώθηκε υδρονέφρωση αριστερά επί εδάφους στένωσης πυελοουρητηρικής συμβολής και παρουσία κύστεων δεξιού νεφρού. Ο χρωμοσωμικός έλεγχος του νεογνού έδειξε επιπλέον χρωμοσωμικό υλικό προσαρτημένο στο μικρό βραχίονα του ενός χρωμοσώ-

ματος 9 σε όλες τις κυτταρικές σειρές που μελετήθηκαν (καρυότυπος 46,XX,add(9)(p24)). Επιπρόσθετα, έλεγχος για ελλείψεις ή διπλασιασμούς στις υποτελομεριδιακές περιοχές των χρωμοσωμάτων με τη χρησιμοποίηση της τεχνικής MLPA (P070 και P036) έδειξε ταυτόχρονη έλλειψη στην περιοχή 9p24.3 και πιο συγκεκριμένα στα γονίδια DOCK8 και DMRT1. Συζήτηση: Η κλινική εικόνα του βρέφους το εντάσσουν στο φάσμα του συνδρόμου της μερικής τρισωμίας 9p. Μικροελλείμματα στην περιοχή 9p24 σχετίζονται με αναπτυξιακή καθυστέρηση, χωρίς συσχέτιση με συγκεκριμένο φαινότυπο. Η συνύπαρξή τους με χρωμοσωμικούς διπλασιασμούς, όπως στην περίπτωση μας, καθιστά αναγκαία περαιτέρω μελέτη με array-CGH σε συνδυασμό με χρωμοσωμικό έλεγχο των γονέων, προκειμένου να επιτευχθεί λεπτομερέστερη συσχέτιση φαινότυπου και γονότυπου.

ΠΕΡΙΔΕΣΗ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ. (33 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ) (E-102)

Χαϊδόγιαννος Κ., Παναγόπουλος Π., Μίνκωφ Α., Μακρής Γ., Λυκάκης Α., Χρέλιας Χ., Κασσάνος Δ.
Γ' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Εισαγωγή: Ο πρόωρος τοκετός είναι ίσως η σημαντικότερη αιτία νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας στις μέρες μας. Η ανεπάρκεια του τραχήλου της μήτρας είναι αιτία αποβολών δευτέρου τριμήνου και πρόωρου τοκετού. Η αντιμετώπιση της περιλαμβάνει και την περίδεση του τραχήλου.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 33 γυναίκες οι οποίες υποβλήθηκαν σε περίδεση τραχήλου μήτρας. Καταγράφηκαν η εβδομάδα κύησης που έγινε η επέμβαση, η τεχνική της περιδέσεως, η εβδομάδα που περατώθηκε η κύηση, εάν υπήρχε ιατρική ένδειξη περάτωσης της κύησης και το περιγεννητικό αποτέλεσμα - η ανάγκη εισαγωγής σε Μονάδα Νεογνών.

Αποτελέσματα: Σε 21 περιπτώσεις η περίδεση έγινε πριν την 17η εβδομάδα και σε 12 περιπτώσεις μετά την 17η εβδομάδα. Η τεχνική που χρησιμοποιήθηκε ήταν η του Mc Donald.

24 κύσεις περατώθηκαν μετά την 34η εβδομάδα, 4 κύσεις περατώθηκαν μεταξύ 28ης και 34ης εβδομάδας, 1 κύηση περατώθηκε μεταξύ 24ης και 28ης εβδομάδας και υπήρξαν 3 αποβολές πριν την 24η εβδομάδα. Σε 4 κύσεις χρειάστηκε να περατωθεί νωρίτερα η κύηση λόγω παθολογίας. Κανένα από τα νεογνά τα οποία γενήθηκαν μετά την 34η εβδομάδα δεν χρειάστηκε νοσηλεία στην Μονάδα Νεογνών σε αντίθεση με όλα τα υπόλοιπα που χρειάστηκαν.

Συμπεράσματα: Η περίδεση, ακόμη και στο δεύτερο τρίμηνο, παραμένει μια χειρουργική μέθοδος αντιμετώπισης της ανεπάρκειας του τραχήλου της μήτρας με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Ωστόσο απαιτούνται περισσότερες μελέτες για να τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητά της και να συγκριθεί με άλλες φαρμακευτικές μεθόδους που αναφέρονται στη σύγχρονη βιβλιογραφία.

ΠΕΡΙΠΡΩΚΤΙΚΟ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑ ΣΕ ΝΕΟΓΝΟ ΠΡΩΤΟΕΚΔΗΛΩΘΕΝ ΜΕ ΕΠΙΜΕΝΟΥΣΑ ΕΞΕΛΚΩΣΗ (E-103)

Ανατολίτου Φ.¹, Βαλάρη Μ.², Στεφανάκη Κ.³, Κουμενίδου Μ.¹, Μπουγιούκου Δ.¹, Αναγνωστάκου Μ.¹
¹B MEN Μονάδα Νεογνών Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» ²Δερματολογικό Τμήμα Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» ³Παθολογοανατομικό Τμήμα Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Τα αιμαγγειώματα είναι οι πιο συχνοί καλοήθεις όγκοι της παιδικής ηλικίας και η εξέλκωσή τους αποτελεί συχνή επιπλοκή τους. Τα αιμαγγειώματα της περιγεννητικής περιοχής εξελκούνται κατά την φάση ταχείας αύξησής τους. Σπάνια η εξέλκωση μπορεί να προηγηθεί της εμφάνισης του αιμαγγειώματος και στην Διεθνή βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί 6 τέτοιες περιπτώσεις νεογνών.

Κορίτσι ηλικίας 3 εβδομάδων εισήχθη στη μονάδα νεογνών του νοσοκομείου μας λόγω επιμένουσας από 15μέρου εξέλκωσης στην περιπρωκτική περιοχή που δεν ανταποκρίνονταν στην θεραπεία με αντιβιοτικά, ενυδατικές κρέμες. Κατά την κλινική εξέταση το νεογνό ήταν σε καλή γενική κατάσταση, εμφάνιζε εξέλκωση βαθειά, επώδυνη στην περιπρωκτική και γλουτιαία περιοχή που περιβάλλονταν από ήπια ερυθρά άλω. Η ιστολογική εξέταση δέρματος από το χείλος της εξέλκωσης επιβεβαίωσε την κλινική διάγνωση του αιμαγγειώματος. Για το εξελκωμένο αιμαγγειώμα το νεογνό αντιμετωπίστηκε με αναλγητικά και χορήγηση propranolol από του στόματος αρχικά 1 mg/ kg ΒΣ ημερησίως για μια εβδομάδα και μετά αυξήθηκε 2 mg/ kg ΒΣ ημερησίως. Μετά από 3 εβδομάδες η εξέλκωση είχε σχεδόν υποχωρήσει ενώ παρέμεινε το αιμαγγειώμα που επεκτάθηκε και στην περιοχή των γεννητικών οργάνων. Η propranolol διακόπηκε μετά 7 μήνες χορήγησης. Το αιμαγγειώμα είχε αρκετά βελτιωθεί, η εξέλκωσή δεν είχε υποτροπιάσει, ενώ υπήρχε ουλή. Η Μαγνητική Τομογραφία της οσφυϊκής και περιγεννητικής περιοχής ήταν φυσιολογική.

Επιμένουσα εξέλκωσή σε νεογνό είναι ύποπτη για εκδήλωση αιμαγγειώματος. Η propranolol είναι πολύ αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των αιμαγγειωμάτων αν και ο μηχανισμός δράσης της δεν είναι πλήρως γνωστός.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΚΥΣΤΙΚΗΣ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑΣ ΣΕ ΠΡΩΩΡΟ ΝΕΟΓΝΟ (E-104)

Νύκταρη Γ., Σίδερη Β., Τσεκούρα Ε., Καψαμπέλη Ε., Μπατσάκη Δ., Μέξη-Μπουρνά Π., Πρίφτης Κ.
Γ' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Σκοπός της μελέτης: Περιγραφή περίπτωσης συγγενούς κυστικής αδενωματούδους δυσπλασίας (CAM) σε πρόωρο νεογνό, με αρχική προβολή εικόνα ΣΑΔ και επαναλαμβανόμενα υποτροπιάζοντα επεισόδια πνευμοθώρακα.

Περιγραφή περιστατικού: Πρόκειται για θήλυ νεογνό με ΗΚ 32 εβδ και ΒΓ1760 g, το 1ο διδύμου κύησης (IVF-παρένθητος μήτρα), με Apgar 6 στο 1' και 8 στο 5'. Χρειάστηκε ανάνηψη με ασκό. Διασωληνώθηκε άμεσα, χορηγήθηκε μια δόση επιφανειοδραστικού παράγοντα, αποσωληνώθηκε και τέθηκε σε n-CPAP για 1 24ωρο. Από την ακτινογραφία θώρακος ήπια δικτυοκοκκώδης σκίαση AP και εικόνα εντοπισμένου διάμεσου εμφυσήματος ΔΕ. Επιδείνωση της αναπνευστικής δυσχέρειας, επαναδιασω-

ληνώνεται, χορηγείται και 2η δόση επιφανειοδραστικού παράγοντα (2ο 24ωρο ζωής). Στην καινούργια ακτινογραφία θώρακος εικόνα πνευμοθώρακα άμφω, ΔΕ και πνευμομεσοθώρακιο. Τοποθετούνται billaw άμφω. Παραμένει διασωληνωμένο μέχρι το 5ο 24ωρο, αποσωληνώνεται και αφαιρούνται τα billaw. Τίθεται εκ νέου σε n-CPAP (max Fio2 40%). Στο 8ο 24ωρο ζωής επανεμφάνιση πνευμοθώρακα άμφω. Το επόμενο 24ωρο σταδιακή βελτίωση του νεογνού, τίθεται σε διάχυτο O2 (max FiO2 40%) μέχρι την 20η ημέρα ζωής. Ο υπόλοιπος εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Ζητείται επανέλεγχος με νέα Ro θώρακος σε ΔΗΚ40w. Στον επανέλεγχο το νεογνό είναι σε καλή γενική κατάσταση, στην ακτινογραφία θώρακος όμως παρατηρείται εγκυστωμένος αέρας στο μεσοθώρακιο ΑΡ. Σε νέα Ro θώρακος μετά από 10 ημέρες, παρατηρούνται πολλαπλές κυστικές αλλοιώσεις στον ΑΡ πνεύμονα. Παιδοπνευμονολογική εκτίμηση. 5 μηνών γίνεται αξονική τομογραφία θώρακος και τίθεται η διάγνωση της κυστικής αδενωματώδους δυσπλασίας. 17 μηνών γίνεται λοβεκτομή.

Συμπέρασμα: Η συχνότητα της CAM 1/25.000-35.000 γεννήσεις. Συνήθως η διάγνωση τίθεται προγεννητικά. Σε αντίθετη περίπτωση κλινικά προβάλλει στο νεογνό σαν επίμονη αναπνευστική δυσχέρεια, υποτροπιάζουσες πνευμοθώρακες. Επομένως η CAM θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφοροδιάγνωση νεογνών με ανάλογη κλινική προβολή.

ΠΛΑΚΟΥΝΤΙΑΚΟ ΧΟΡΙΟΑΓΓΕΙΩΜΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ (E-105)

Ζεπειρίδης Λ., Θεοδωρίδης Θ., Τζεβελέκης Φ., Παπαδόπουλος Σ., Βαβίλης Δ., Γήτας Γ., Ταρλατζής Β.
Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου"

Τα πλακουντιακά χοριοαγγειώματα αν και σπάνιοι αποτελούν τους πιο συχνούς από τους μεσεγγυματογενείς πλακουντιακούς όγκους. Η συνολική συχνότητα εμφάνισης αυτών των νεοπλασμάτων δεν ξεπερνά το 1%, αν και τα μεγαλύτερα σε μέγεθος (> 5 cm) είναι αρκετά σπάνια, με συχνότητα 1 / 3, 500-1 / 9.000. Ανευρίσκονται στο υπερηχογράφημα σαν μία σαφώς καθορισμένη υπερηχογενής μάζα με κυστικά και συμπαγή στοιχεία και μπορεί να προκαλούν κλινικά προβλήματα στην κύηση και το έμβρυο του τύπου της αναιμίας, καρδιακής ανεπάρκειας, πολυυδράμιο και αποκόλληση του πλακούντα. Παραθέτουμε την εμπειρία μας που αφορούσε μία τεταρτοτόκο 34 ετών με ελεύθερο ιστορικό, η οποία εισήχθη στην τριακοστή τέταρτη εβδομάδα κύησης με πολυάμνιο και σεσημασμένο πλακουντιακό όγκο με μέγιστη διάμετρο περίπου 4 εκατοστά η οποία υποβλήθηκε σε καισαρική τομή στις τριάντα πέντε εβδομάδες λόγω αποκόλλησης πλακούντα. Το νεογνό δεν παρουσίασε οποιοδήποτε πρόβλημα και η μητέρα είχε μια ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Παραθέτουμε επίσης ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας.

Τα πλακουντιακά χοριοαγγειώματα μπορεί μερικές φορές να αποτελούν απειλή για την εγκυμοσύνη και το έμβρυο. Χρειάζεται τακτική και προσεκτική παρακολούθηση με αναγνώριση των επιπλοκών που μπορεί να προκαλέσουν.

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΩΤΙΑΙΑΣ ΜΥΙΚΗΣ ΑΤΡΟΦΙΑΣ (E-106)

Σοφούδης Χ., Καλαμπόκας Θ., Γρηγοριάδης Χ., Αραβαντινός Λ., Χασιάκος Δ.
Β' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

Εισαγωγή: Πρόκειται για ένα γενετικό νόσημα (SMN) που μεταβιβάζεται με τον υπολειπόμενο σωματικό χαρακτήρα. Στους πάσχοντες προοδευτικά εκφυλίζονται κινητικοί νευρώνες στον νωτιαίο μυελό. Οι γονείς του πάσχοντος παιδιού είναι υγιείς φορείς του γονιδίου του νοσήματος. Υπολογίζεται ότι ένας στους 50 - 70 ανθρώπους φέρει το γονίδιο και είναι υγιής 'φορέας' της νόσου και φυσικά κατά κανόνα δεν το γνωρίζει. Όταν δύο 'φορείς' του γονιδίου αποκτήσουν παιδί, υπάρχει η πιθανότητα ένα στα 4 παιδιά τους (25% πιθανότητα) να εμφανίζει το νόσημα. Η πιθανότητα να είναι και η δύο γονείς "φορείς" είναι μεγαλύτερη εάν οι γονείς είναι συγγενείς ή έχουν κοινή καταγωγή (π.χ από το ίδιο μικρό χωριό). Η επίπτωση της νωτιαίας μυϊκής ατροφίας είναι μία περίπτωση στις 10.000 γεννήσεις. Η διάγνωση της νωτιαίας μυϊκής ατροφίας βασίζεται στην κλινική εξέταση του παιδιού. Σε παλαιότερες εποχές η κλινική διάγνωση επιβεβαιωνόταν με ηλεκτρομυογράφημα και βιοψία μυός. Τα τελευταία χρόνια η επιβεβαίωση της διάγνωσης γίνεται με μοριακές τεχνικές.

Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής 32 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό και πέντε φυσιολογικούς τοκετούς στο μαιευτικό της ιστορικό (τα δύο παιδιά απεβίωσαν, το ένα σε ηλικία 44ημερών από πνευμονοπάθεια και το δεύτερο σε ηλικία επτά μηνών από νωτιαία μυϊκή ατροφία τύπου I) προσέρχεται στα Εξωτερικά Ιατρεία της Κλινικής μας. Λόγω του προηγούμενου ιστορικού η ασθενής υποβλήθηκε σε προγεννητικό έλεγχο με ανάλυση DNA κατόπιν δείγματος αμνιακού υγρού. Το συμπέρασμα της μελέτης ανέδειξε ότι το έμβρυο νοσεί από SMN σε πιθανότητα περίπου 99%. Επακολούθησε φαρμακευτική διακοπή της κύησης με τη χρήση μισοπροστόλης.

Συζήτηση: Διακρίνονται 3 μορφές της νόσου. Ο Τύπος I (νόσος Werdnig-Hoffman) είναι ο συχνότερος (80% των ασθενών). Εκδηλώνεται με μεγάλη μυϊκή αδυναμία τους πρώτους μήνες της ζωής. Τα μωρά δεν κινούν καλά τα άκρα τους και το κλάμα τους είναι αδύνατο. Δεν μπορούν να καθίσουν ούτε να σταθούν ορθά. Η κινητική τους υστέρηση έρχεται σε πλήρη αντίθεση με τη νοητική τους εξέλιξη που είναι απόλυτα φυσιολογική. Δυστυχώς, τα περισσότερα από τα παιδιά αυτά χάνονται μέσα στα δύο πρώτα χρόνια ζωής από αναπνευστική ανεπάρκεια. Ο Τύπος II της νόσου (ενδιάμεσος τύπος) χαρακτηρίζεται από ηπιότερη πορεία. Τα παιδιά μπορούν να κάθονται ανεξάρτητα, αλλά δεν μπορούν να βαδίζουν. Μεγαλώνοντας, εμφανίζουν σκολίωση και συχνές λοιμώξεις από το αναπνευστικό τους σύστημα. Σε κάποιες περιπτώσεις δυνατόν να χρειαστούν μηχανική υποστήριξη της αναπνοής στο σπίτι. Η νοητική τους εξέλιξη είναι και πάλι απόλυτα φυσιολογική. Τέλος οι ασθενείς με νωτιαία μυϊκή ατροφία Τύπου III (νόσος Kugelberg - Welander) έχουν πολύ ελαφρά κινητικά προβλήματα και εμφανίζουν δυσκολίες στη βόλτα μόνο σε προχωρημένη ηλικία. Δυστυχώς, οι θεραπευτικές δυνατότητες για το νόσημα αυτό παραμένουν περιορισμένες. Ιδιαίτερα για τη βαρύτερη μορφή της νόσου, που είναι και η συχνότερη (Τύπος I, νόσος Werdnig-Hoffman), η επιβάρυνση του βρέφους είναι ραγδαία. Για το λόγο αυτό δίνεται έμφαση στην πρόληψη της νόσου.

Συμπέρασμα: Πέρα από την υποστήριξη των παιδιών και των οικογενειών τους και μέχρι να υπάρξει ικανοποιητική θεραπεία για την νωτιαία μυϊκή ατροφία, η πρόληψη νέων περιπτώσεων αποτελεί την καλύτερη εφικτή λύση.

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ (E-107)

Νέτσκος Δ.*, Σωτηρίου Σ., Σκέντου Χ.

* *Ιασω Θεσσαλίας*

Το συγγενές ανεύρυσμα της Αριστεράς Κοιλίας είναι μια σπάνια καρδιακή ανωμαλία η οποία έχει διαγνωσθεί προγεννητικά σε λίγες μόνο περιπτώσεις (μερικές δεκάδες συνολικά στην παγκόσμια βιβλιογραφία) και εξαιρετικά σπάνια πριν την 24η εβδομάδα. Περιγράφουμε την ανίχνευση ευμεγέθους ανευρύσματος στην κορυφή της Αριστεράς Κοιλίας στις 22 εβδομάδες εγκυμοσύνης χωρίς άλλα συνοδά παθολογικά ευρήματα από την καρδιά ή τα άλλα όργανα του εμβρύου.

Γίνεται ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και παρουσιάζονται η φυσική εξέλιξη και οι προτεινόμενες θεραπευτικές προοπτικές της νόσου.

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΜΠΛΟΚΗΣ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕ ΕΜΒΡΥΪΚΗ ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΑ (E-108)

Χασιάκος Δ.¹, Αραβαντινός Δ.¹, Γρηγοριάδης Χ.¹, Καλαμπόκας Θ.¹, Σοφούδης Χ.¹, Τσαπάκη Ε.¹, Κόνδη-Παφίτη Α.², Κρεατσάς Γ.¹

¹*Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο,*

²*Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο.*

Εισαγωγή: Οι συγγενείς καρδιοπάθειες θεωρούνται από τις πιο συχνές εκ των σοβαρών συγγενών ανωμαλιών. Υπολογίζεται πως απαντώνται σε συχνότητα 8/1.000 κηύσεις, με αποτέλεσμα τη γέννηση 1.5 εκατομμυρίων ζώντων πασχόντων, σε παγκόσμια κλίμακα κατ' έτος, αποτελώντας κύρια αιτία νοσηρότητας και πρόωρου θανάτου. Επίσης περιστατικά εμβρυϊκών θανάτων καθώς και θνησιγενών νεογνών, συχνά αποδίδονται σε σύνθετες καρδιακές βλάβες.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού σύμπλοκης συγγενούς καρδιοπάθειας εμβρύου, που διεγνώσθη εγκαίρως και αντιμετωπίσθηκε στην Κλινική μας, στα πλαίσια προγεννητικού ελέγχου με εμβρυϊκή υπερηχοκαρδιογραφία.

Αναφορά Περιστατικού: Πρόκειται για Ελληνίδα δευτεροτόκο 37 ετών, ευρισκόμενη σε κύηση 21+5 εβδ., με αναφερόμενο ελεύθερο κληρονομικό και ατομικό αναμνηστικό, και ιστορικό ενός φυσιολογικού τοκετού σε τελειόμηνη κύηση προ 1.5 έτους. Μετά από εντόπιση ύποπτης καρδιακής ανωμαλίας του εμβρύου κατά το υπερηχογράφημα β' επιπέδου, ακολούθησε εμβρυϊκή υπερηχοκαρδιογραφική λεπτομερής εκτίμηση κατά την οποία διεπιστώθη κοινός αρτηριακός κορμός, με τη βαλβίδα του αρτηριακού κορμού να εφίπυει περίπου 50% στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα. Η ταχύτητα ροής διαμέσου της κοινής βαλβίδας μετρήθηκε φυσιολογική 0.79 m/sec.. Επίσης απεικονίσθηκε μονήρης ευρεία μεσοκοιλιακή επικοινωνία (VSD) 3.5-4 χιλ. η οποία εκτεινόταν από την περιμεμβρανώδη περιοχή έως το χώρο εξόδου, καθώς και συρρέουσες η δεξιά 2.1 χιλ. και η αριστερή 2.1 χιλ. πνευμονική αρτηρία που εκφύονταν με κοντό κοινό στέλεχος μαζί από το πλάϊ του αρτηριακού κορμού (κοινός αρτηριακός κορμός τύπου I).

Μετά από ενδελεχή ενημέρωση των γονέων αποφασίσθηκε διακοπή της κηύσεως, που πραγματοποιή-

ήθηκε φαρμακευτικά (σχήμα μισοπροστόλης). Το κύμα απεβλήθη en block μετά του αμνιακού σάκου και του πλακούντος, ενώ ακολούθησε υπερηχογραφική επιβεβαίωση της πλήρους εκκενώσεως της ενδομητρίου κοιλότητας. Η τελική ιστοπαθολογική εξέταση επαλήθευσε την υπερηχογραφική προγεννητική διάγνωση. Η ασθενής έλαβε αντιβιοτικά, μητροσυσπαστικά καθώς και αγωγή απογαλακτισμού κι εξήλθε της Κλινικής σε καλή γενική κατάσταση.

Συζήτηση: Καθίσταται σαφής η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης καρδιακών βλαβών του εμβρύου, η οποία επιτρέπει την επιλογή της ανά περίπτωση κατάλληλης αντιμετώπισης, όπως ο τοκετός σε εξειδικευμένο κέντρο με ακόλουθη παιδοκαρδιοχειρουργική προσέγγιση, η διακοπή της εγκυμοσύνης, ή ακόμη επί επιλεγμένων περιπτώσεων η θεραπεία in utero. Η εμβρυϊκή υπερηχοκαρδιογραφία χρησιμοποιείται επιτυχώς για την προγεννητική εκτίμηση της καρδιακής δομής και λειτουργίας στο έμβρυο, οδηγώντας στη διάγνωση πληθώρας καρδιακών ανωμαλιών. Παρά το ότι ενδείξεις εφαρμογής της μεθόδου αφορούν κυρίως σε περιπτώσεις με παρουσία παραγόντων κινδύνου για συγγενή καρδιοπάθεια (συγγενής καρδιοπάθεια γονέα ή σε προγενέστερη κύηση, αρρυθμιστος σακχαρώδης διαβήτης τύπου I της μητέρας, λήψη τερατογόνων φαρμακευτικών σκευασμάτων κ.α.) περισσότερο από το 90% των εμβρύων με καρδιακές βλάβες προέρχονται από οικογένειες χωρίς παράγοντες κινδύνου, γεγονός που θέτει ερωτήματα ως προς την πιθανή αναγκαιότητα διεύρυνσης των ενδείξεων εφαρμογής εμβρυϊκής υπερηχοκαρδιογραφίας.

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ DANDY WALKER (E-109)

Σοφούδης Χ.¹, Γρηγοριάδης Χ.¹, Καλαμποκας Θ.¹, Μελλου Α.², Πανούλης Κ.¹, Αραβαντινός Λ.¹, Κονδη-Παφίτη Α.², Κρεατσάς Γ.¹

¹Β' Μαιευτική Και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Νοσοκομείο Αρεταίειον,

²Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Αρεταίειον Νοσοκομείου

Εισαγωγή: Το σύνδρομο DANDY WALKER είναι μια σπάνια συγγενής ανωμαλία του κεντρικού νευρικού συστήματος με αναφερόμενη συχνότητα 1 σε 25.000-30.000 γεννήσεις. Περιλαμβάνει περίπου 1-4% των περιπτώσεων υδροκεφαλίας. Εμφανίζεται πιο συχνά στα θήλεα παρά σε άρρενα με αναλογία 1:3. Χαρακτηρίζεται από μερική έως ολική αγενεσία του σκώληκα παρεγκεφαλίδος, κυστική διάταση της τέταρτης κοιλίας και του οπισθίου κρανιακού βόθρου. Εξέταση εκλογής για την σωστή και ακριβή διάγνωση του αναφερόμενου συνδρόμου είναι ο υπερηχογραφικός έλεγχος. Η εμβρυϊκή MRI μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να επιβεβαιώσει τη διάγνωση και να ταυτοποιήσει τυχόν επιπρόσθετες δυσπλασίες.

Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής 41 ετών με ελεύθερο αναφερόμενο ατομικό αναμνηστικό και ένα φυσιολογικό τοκετό στο μαιευτικό ιστορικό της ευρισκόμενη στην 17η εβδομάδα της κύησης εισέρχεται στα Εξωτερικά Ιατρεία της Κλινικής μας. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος που προσκόμισε και ο υπερηχογραφικός έλεγχος που διενεργήθηκε στην κλινική μας επιβεβαίωσε την ύπαρξη του συνδρόμου DANDY WALKER (αγενεσία σκώληκα παρεγκεφαλίδος, διάταση τρίτης κοιλίας). Πραγματοποιήθηκε φαρμακευτική διακοπή κύησης με τη χρήση μισοπροστόλης. Η παθολογοανατομική εξέταση ανέδειξε από την περιοχή του Κ.Ν.Σ κοιλίες διατεταμένες και πληρούμενες από Ε.Ν.Υ. Μεγάλη διάταση της τρίτης κοιλίας του εγκεφάλου του εγκεφάλου μετά σχηματισμού κυστικού μορφώματος πληρούμενου από διαυγές υγρό. (εικόνα συμβατή με κύστη του οπισθίου βόθρου). Παρεγκεφαλίδα υποπλαστική, μήνιγγες

υπεραιμικές. Δεν αναδείχθηκαν διαμαρτίες περί τη διάπλαση από τα υπόλοιπα σπλάγχνα.

Συζήτηση: Ο μηχανισμός ανάπτυξης του ανωτέρου συνδρόμου δεν είναι γνωστός. Η αιτιολογία του είναι ετερογενής και πιθανότατα πολύπαραγοντική (υποθέσεις όπως η διαμαρτία-ατρησία των αγωγών Magentie και Lushka του εγκεφάλου είτε ανωμαλίες περί τη διάπλαση της τέταρτης κοιλίας, είτε του οπίσθιου τμήματος της παρεγκεφαλίδος, που δεν είναι όμως γενικά παραδεκτές.) Η ανωμαλία αυτή έχει επίσης παρατηρηθεί σε Μεντέλειες διαταραχές, μεταφερόμενες με τον αυτοσωμικό επικρατούντα χαρακτήρα, σε Χ-συνδεόμενες οντότητες, σε έκθεση με τερατογόνα, σε παρουσία μητρικού διαβήτη, και σε σύνδρομο εμβρυϊκού αλκοολισμού.

Συμπέρασμα: Το σύνδρομο Dandy-Walker είναι μία σπάνια συγγενής δυσπλασία του εγκεφάλου που χαρακτηρίζεται από υποπλασία και ανοδική περιστροφή του σκώληκα της παρεγκεφαλίδας, κυστική διάταση της τέταρτης κοιλίας και διάταση του οπίσθιου βόθρου. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος μπορεί να θέσει με ακρίβεια και εγκυρότητα τη διάγνωση του αναφερόμενου συνδρόμου.

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΕΤΡΑΛΟΓΙΑΣ FALLOT (E-110)

Αραβαντινός Α.¹, Γρηγοριάδης Χ.¹, Σοφούδης Χ.¹, Καλαμπόκας Θ.¹, Τσαπάκη Ε.¹, Πανουλής Κ.¹, Κόνδη-Παφίτη Α.², Κρεατσάς Γ.¹

¹Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο,

²Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο.

Εισαγωγή: Η συχνότερη κυανωτική συγγενής καρδιοπάθεια (55-70%) κατά την παιδική ηλικία θεωρείται η τετραλογία Fallot η οποία και αποτελεί το 15% όλων των συγγενών καρδιοπαθειών. Η συχνότητα της νόσου αναφέρεται σε 4 ανά 10000 κήσεις. Σήμερα είναι δυνατή η διάγνωση των συγγενών καρδιοπαθειών με τη χρήση της εμβρυϊκής υπερηχοκαρδιογραφίας.

Σκοπός: Η έγκαιρη διάγνωση και η σωστή πρόγνωση των συγγενών καρδιοπαθειών συμβάλλει καθοριστικά στην έκβαση της κύησης. Στην παρούσα μελέτη αναλύεται η διαγνωστική προσέγγιση και περαιτέρω αντιμετώπιση περιστατικού τετραλογίας Fallot που ανιχνεύθηκε κατά τον προγεννητικό έλεγχο.

Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για πρωτοτόκο Ελληνίδα 31 ετών ευρισκόμενη στην 22η εβδομάδα της κύησης με ελεύθερο αναφερόμενο ατομικό και κληρονομικό ιστορικό. Η αυχενική διαφάνεια δεν ήταν αυξημένη αλλά ο υπερηχογραφικός έλεγχος στο δεύτερο τρίμηνο κατέδειξε την παρουσία συγγενούς καρδιοπάθειας η οποία επιβεβαιώθηκε ακολούθως με εμβρυϊκή υπερηχοκαρδιογραφία. Διεγνώσθη ευρεία μεσοκοιλιακή επικοινωνία, 50% εφπίπτευση της αορτικής βαλβίδας, υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας και στένωση της πνευμονικής βαλβίδας (βαλβιδική και υποβαλβιδική), υποπλαστική δεξιά και αριστερή πνευμονική αρτηρία και διατεταμένος στεφανιαίος κόλπος. Μετά απο συμβουλευτική προσέγγιση η οποία έγινε απο Παιδοκαρδιολόγο με εξειδίκευση στην Εμβρυϊκή Καρδιολογία και από Παιδοκαρδιοχειρουργό, το ζευγάρι αποφάσισε τη διακοπή της κύησης η οποία έγινε με φαρμακευτική αγωγή (σχήμα μισοπροστόλης) και ακολούθως με μαιευτική απόξεση υπό αντιβιοτική αγωγή. Το κύημα μετά του πλακούντος εστάλη προς ιστολογική και κυτταρογενετική εξέταση η οποία και επιβεβαίωσε την προγεννητική διάγνωση.

Συζήτηση: Η παθολογική ανατομική βλάβη στη τετραλογία Fallot είναι η πρόσθια μετατόπιση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος του χώρου εξόδου (anterior deviation of the outlet septum) με αποτέλεσμα να παρατηρείται 1) ευρεία μεσοκοιλιακή επικοινωνία στο χώρο εξόδου, 2) εφπίπτευση

της αορτής κατά 50% στο μεσοκοιλιακό έλλειμμα, 3) υποβαλβιδική και βαλβιδική στένωση της πνευμονικής βαλβίδας και 4) υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας. Η τετραλογία Fallot παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία συνοδών ανατομικών βλαβών με αποτέλεσμα η πρόγνωση να εξαρτάται από τις συνοδές βλάβες, όπως κολποκοιλιακή επικοινωνία, απουσία της πνευμονικής βαλβίδας, ατρησία της πνευμονικής βαλβίδας, αορτοπνευμονικά παράπλευρα αγγεία και ανωμαλίες των στεφανιαίων αγγείων με τον πρόσθιο κατιόντα κλάδο της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας να εκφύεται από τη δεξιά στεφανιαία αρτηρία και να διασχίζει το χώρο εξόδου της δεξιάς κοιλίας. Έτσι ενώ οι αιμοδυναμικές επιπτώσεις της τετραλογίας Fallot εξαρτώνται από το βαθμό απόφραξης του χώρου εξόδου της δεξιάς κοιλίας, η χειρουργική πρόγνωση εξαρτάται και καθορίζεται από την ανάπτυξη των κλάδων της πνευμονικής αρτηρίας, δηλαδή από την ανάπτυξη της δεξιάς και της αριστερής πνευμονικής αρτηρίας η οποία επηρεάζει την ανάπτυξη-ενδοτικότητα του πνευμονικού αγγειακού δικτύου καθώς και από τις συνυπάρχουσες ανατομικές βλάβες. Η χειρουργική διόρθωση γίνεται χρονικά ανάλογα με την κλινική εικόνα και συνήθως πριν τη συμπλήρωση του πρώτου έτους ζωής.

Συμπέρασμα: Η διάγνωση και η πρόγνωση της τετραλογίας Fallot είναι δυνατή κατά τη διάρκεια της εμβρυικής ζωής. Η διάγνωση αλλά κυρίως η πρόγνωση των συγγενών καρδιοπαθειών καθορίζει την έκβαση της κήσεως.

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΡΘΡΟΓΡΥΠΩΣΗΣ (E-111)

Βραχνής Ν.^{1,2}, Τζανάτου Χ.², Ηλιοδρομίτη Ζ.¹, Σηφάκης Σ.³, Μπότσης Δ.¹

¹2η Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

²Μαιευτήριο ΙΑΣΩ, Αθήνα ³Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Παν/μίου Κρήτης, Ηράκλειο

Εισαγωγή: η συγγενής πολλαπλή αρθρογρύπωση (arthrogryposis multiplex congenital, AMC, OMIM 108110) εμφανίζεται με συχνότητα 1 σε 5-10.000 γεννήσεις ζώντων, συνήθως σποραδικά και διακρίνεται σε έξι υποομάδες ανάλογα με την παρουσία νευρολογικών εκδηλώσεων, ελλειμμάτων συνδετικού ή μυϊκού ιστού και άλλων ποικίλων εκδηλώσεων/ανωμαλιών κυρίως από τον σκελετό και το εξώ-δερμα, και σπανιότερα από την κοιλία και το ουροποιογεννητικό σύστημα.

Περιγραφή Περίπτωσης: πρωτοτόκος έγκυος 25 ετών παραπέμφθηκε την 17η εβδομάδα κύησης για περαιτέρω έλεγχο λόγω παθολογικών υπερηχογραφικών ευρημάτων. Ο αναλυτικός υπερηχογραφικός έλεγχος έδειξε έλλειψη κίνησης άκρων, σχετική δυσκαμψία αρθρώσεων, υδράμνιο, μικρογναθισμό, υπερεπίβαση δακτύλων, συνδακτυλία, ιπποποδία και βλαισοποδία. Ο καρυότυπος του εμβρύου ήταν 46XY. Ετέθη ως πιθανή διάγνωση η συγγενής πολλαπλή αρθρογρύπωση. Μετά από γενετική συμβουλευτική και απόφαση των γονέων η κύηση τερματίστηκε. Η περιγεννητική εξέταση του εμβρύου (post mortem autopsy) επιβεβαίωσε την παρουσία των ανωμαλιών που είχαν αναγνωριστεί υπερηχογραφικά. Επιπλέον κατέδειξε ότι οι ανωμαλίες των άκρων ήταν συμμετρικές ενώ η βιομετρία του εμβρύου ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων

Συζήτηση: η ακριβής προγεννητική διάγνωση της αρθρογρύπωσης είναι δυσχερής καθώς ανήκει σε μια μεγάλη ομάδα σκελετικών δυσπλασιών με συνδρομικό και μη χαρακτηρισμό. Επιπλέον δε συχνά αποτελεί συνοδό εύρημα γενετικών συνδρόμων (περισσότερων από 150) και όχι αυτοτελή νοσολογική οντότητα. Η προγεννητική διάγνωση είναι αρκετές φορές εφικτή από τις αρχές του 2ου τριμήνου με προεξάρχον εύρημα τις παθολογικές εμβρυικές κινήσεις. Αυτοψία του εμβρύου μετά την διακοπή

της κύησης θα επιτρέψει την επιβεβαίωση της διάγνωσης, τον αποκλεισμό υποκείμενων γενετικών συνδρόμων και την παροχή επαρκούς γενετικής συμβουλευτικής για επόμενη κύηση.

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΕΡΙΚΗΣ ΤΡΙΣΩΜΙΑΣ 1q: ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΑ, ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ (E-112)

Μανωλάκος Ε.¹, Παπουλίδης Ι.¹, Ελευθεριάδης Μ.², Σηφάκης Σ.³, Κοντοδιού Μ.¹, Ευσταθίου Γ.¹, Τζιμήνα Μ.¹, Κωνσταντινίδου Α.⁴, Petersen M.B.¹

¹Εργαστήριο Γενετικής Ευρωγενετικής, Αθήνα, Θεσσαλονίκη, ²Κέντρο Ιατρικής Εμβρύου EmbryoCare, Αθήνα, ³Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο, ⁴1ο Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομίας Παν/μιου Αθηνών

Εισαγωγή: η ανίχνευση κατά τον προγεννητικό έλεγχο μερικής τρισωμίας 1q είναι σπάνια. Οι περισσότερες περιπτώσεις προέρχονται από de novo μη ισοζυγισμένες μεταθέσεις ή από μερικό διπλασιασμό 1q που αφορά κυρίως την περιοχή 1q31.2-q43.

Περιγραφή περίπτωσης: έγκυος 28 ετών υπεβλήθη σε υπερηχογραφικό έλεγχο ανατομίας του εμβρύου την 22+4 εβδομάδα κύησης. Η προηγούμενη κύηση είχε επιπλακεί με σακχαρώδη διαβήτη που αντιμετωπίστηκε με δίαιτα και κατέληξε σε ενδομήτριο θάνατο εμβρύου την 26η εβδομάδα. Η προγεννητική εξέταση του εμβρύου έδειξε μακροσωμία, με σοβαρή αμφοτερόπλευρη διάταση κοιλιών εγκεφάλου, ηπατομεγαλία και υποσπαδία. Ο καρυότυπος ήταν φυσιολογικός (46XY). Στην παρούσα κύηση η αυχενική διαφάνεια ήταν εντός φυσιολογικών ορίων αλλά στο ανατομικό υπερηχογράφημα αναγνωρίστηκαν οίδημα αυχένα, ήπιου βαθμού ασκίτης, υπερηχογενές έντερο, αμφοτερόπλευρα βραχεία και κεκαμμένα μηριαία ενώ οι εμβρυϊκές κινήσεις ήταν μειωμένες. Ακολούθησε αμνιοπαράκντηση και έλεγχος καρυότυπου που έδειξε 46,XX,der(1). Ο επακόλουθος έλεγχος του καρυότυπου των γονέων ήταν φυσιολογικός. Ο περαιτέρω έλεγχος με FISH κατέδειξε 46,XX,der(1) (pter→q31::q31→q12;q31→qter). Μετά από γενετική συμβουλή οι γονείς ζήτησαν διακοπή της κύησης. Μεταγενέστερος κυτταρογενετικός έλεγχος με microarray αποκάλυψε μεγάλο διπλασιασμό περίπου 49.916 Mb στο μακρύ σκέλος του χρωμοσώματος 1. Τα κυριότερα ευρήματα της περιγεννητικής εξέτασης του εμβρύου (postmortem autopsy) ήταν: ανάπτυξη συμβατή με την ηλικία κύησης, ανωμαλίες κρανίου-προσώπου (μικρογναθισμό, υπερελρισμό, χαμηλή πρόσφυση ώτων, επιπέδωση ρινός), ευρύς και προεξάρχον θώρακας, ανωμαλίες άκρων (καμπτοδακτυλία, υπερεπίβαση δακτύλων, ριζομελική βράχυνση και κάμψη των κάτω άκρων), φυσιολογικά εξωτερικά όργανα θήλεως. Ο ακτινογραφικός έλεγχος επιβεβαίωσε τη δυσμορφία των άκρων και έδειξε ακόμη ασυμμετρία και ελλείμματα σπονδύλων και 13 ζεύγη πλευρών. Μετά την εκτομή αποκαλύφθηκαν ασκίτης, παχύ μηκόνιο, μονήρης νεφρός, μικρού μεγέθους καρδιά και θύμος. Ιστολογικά αναγνωρίστηκαν ηπατονεφρικό σύνδρομο, κοαλλοαγονοπάθεια τύπου II, υπολειπόμενη μεταναστεύση κυττάρων εγκεφάλου και ετεροτοπία. Ο πλακούντας παρουσίαζε οίδημα, δυσωρίμανση, περιλάχνειες εναποθέσεις ινικής και χρόνια λαχνίτιδα.

Συζήτηση: το έμβryo που περιγράφεται παρουσιάζει διπλασιασμό στην περιοχή 1q31.3-q12. Μερικός διπλασιασμός του χρωμοσώματος 1q (1q11-qter και 1q21-qter) έχει περιγραφεί σε 13 περιπτώσεις στη βιβλιογραφία. Τα πλέον συνήθη υπερηχογραφικά ευρήματα της τρισωμίας 1q περιλαμβάνουν ανωμαλίες κρανίου (μικρογναθία, μικροφθαλμία, δυσμορφικά ότα), ΚΝΣ (κοιλιομεγαλία, υπο-

πλασία παρεγκεφαλίδας), νεφρών και δακτύλων, υδράμνιο και αυξημένη αυχενική διαφάνεια ή αυχενικό οίδημα. Μερικός διπλασιασμός ειδικότερα στο εγγύτερο άκρο του χρωμοσώματος 1q έχει περιγραφεί πολύ σπάνια στη βιβλιογραφία. Με βάση τον έλεγχο που κάναμε η περιγραφείσα περίπτωση είναι η δεύτερη διαγνωσθείσα κατά τον προγεννητικό έλεγχο.

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (E-113)

Αθανασίου Ε., Οικονόμου Ν., Γεωργιάδης Α., Ελευθεριάδης Σ., Κωνσταντού Ε.

Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νάουσας

Σκοπός: Να γίνει ανάλυση του τύπου του προγεννητικού ελέγχου που γίνεται σε ένα επαρχιακό γενικό νοσοκομείο, στην Μαιευτική Γυναικολογική κλινική. Μελετήσαμε τα αρχεία της τελευταίας πενταετίας 2006-2010.

Υλικό και μέθοδοι: Από τα αρχεία της κλινικής βρέθηκαν τα εξής στοιχεία: Γυναίκες που έκαναν υπερηχογράφημα 11-14η εβδομάδα κύησης (αυχενική διαφάνεια), γυναίκες που έκαναν βιοχημικό προγεννητικό έλεγχο πρώτου τριμήνου (9η με 14η εβδομάδα), υπερηχογράφημα 19-23 η εβδομάδα κύησης (ανατομία εμβρύου), βιοχημικός δεύτερου τριμήνου (16-19η εβδομάδα) και αμνιοπαρακέντησεις.

Αποτελέσματα:

	βιοχ α	αυχεν	βιοχ β	16-19η	ανατ	αμνιο	υπερ ετους
2006	11	33	3	12	34	1	560
2007	22	39	3	7	50		625
2008	14	42	4	15	66		775
2009	22	71	7	22	97	1	1221
2010	12	53	3	24	75	1	1469
Σύνολα	81	238	20	80	322	3	

Συμπεράσματα: Μόνο μικρό ποσοστό γυναικών κάνει εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου. Το ποσοστό των υπερήχων (αυχενική + ανατομία) επί του συνόλου των υπερήχων που γίνεται στην κλινική είναι επίσης μικρό : 2006(11,9%), 2007 (14,2%), 2008 (13,9%), 2009 (13,7%) και 2010 (8,7%). Επίσης οι γυναίκες που κάνουν αυχενική διαφάνεια δεν κάνουν πάντα και τον αντίστοιχο βιοχημικό έλεγχο, ενώ υπέρηχο ανατομίας κάνουν όλες όσες κάνουν αυχενική διαφάνεια και αρκετές που δεν έκαναν καμία άλλη εξέταση προγεννητικού ελέγχου στο πρώτο τρίμηνο. Είναι προφανές ότι ο πληθυσμός της Νάουσας χρειάζεται ενημέρωση σχετικά με τον προγεννητικό έλεγχο.

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΧΡΩΜΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ ΜΕ QF-PCR ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΡΥΟΤΥΠΟΥ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΥΝΟΥ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ 13.500 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (E-114)

Παπουλίδης Ι.¹, Σιώμου Ε.¹, Αθανασιάδης Α.², Σωτηριάδης Α.², Ευσταθίου Γ.¹, Ψαρρά Α.³, Σεβαστοπούλου Ε.³, Αναστασάκης Ε.⁴, Πλαχούρας Ν.⁵, Τσιλιγιάννη Θ.¹, Κοντοδιού Μ.¹, Μαλαμάκη Χ.¹, Τζίμηνα Μ.¹, Μανωλάκος Ε.¹, Petersen M.B.¹

¹Ευρωγενετική Α.Ε., Θεσσαλονίκη-Αθήνα, ²Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ³Κέντρο Ιατρικής Εμβρύου, Θεσσαλονίκη, ⁴Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα,

⁵Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων από την εφαρμογή διπλού ελέγχου με ποσοτική φθορίζουσα PCR (QF-PCR) και συμβατική ανάλυση καρυότυπου και η διερεύνηση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων της εφαρμογής του στην προγεννητική διάγνωση χρωμοσωματικών ανωμαλιών. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε 13.500 περιστατικά από λήψεις αμνιακού υγρού και χοριακών λαχνών που έγιναν κατά το διάστημα 01.06.2006 - 01.06.2010. Διερευνήθηκε η αντιστοιχία των δύο μεθόδων σε φυσιολογικά και παθολογικά ευρήματα, ενώ αξιολογήθηκε το ποσοστό των περιστατικών με μη φυσιολογικά ευρήματα τα οποία παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο για εμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων. Μη φυσιολογικά ευρήματα βρέθηκαν σε 319 περιστατικά (2.36%, 95% CI 2.1-2.62%). Από αυτά η QF-PCR δεν ανίχνευσε το εύρημα σε 70 περιστατικά (21.94%, 95% CI 17.4-26.48%) μεταξύ των οποίων τα 34 (10.65%, 95% CI 7.26-14.04%) αφορούσαν περιπτώσεις με υψηλό ή αδιευκρίνιστο κίνδυνο για εμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων. Στην περίπτωση όπου ο διπλός έλεγχος γινόταν επιλεκτικά σε περιστατικά με υπερηχογραφικά ευρήματα ή ιστορικό, ενώ μόνο QF-PCR στα υπόλοιπα, 14 από τα 34 περιστατικά με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κλινικών συμπτωμάτων δεν θα είχαν διαγνωστεί (4.38%, 95% CI 2.13%-6.63%). Συνολικά, ο επιλεκτικός διπλός έλεγχος θα οδηγούσε στην σωστή διάγνωση φυσιολογικών και υψηλού κινδύνου ευρημάτων σε 13.486 από τα 13.500 περιστατικά (99.89%, 95% CI 99.83-99.95%). Ο επιλεκτικός διπλός έλεγχος θα μπορούσε να οδηγήσει σε μεγάλο οικονομικό όφελος για τους εξεταζόμενους, περιορίζοντας παράλληλα το άγχος που δημιουργείται από αμφιβόλου κλινικής σημασίας ευρήματα από το συμβατικό έλεγχο καρυότυπου. Παρόλα αυτά, δημιουργούνται σοβαροί προβληματισμοί για το ποσοστό των περιστατικών υψηλού κινδύνου που θα παρέμεναν αδιάγνωστα.

ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑ, ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ Ή ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ. ΕΝΑ ΠΟΛΥΠΛΟΚΟ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΔΙΛΗΜΜΑ (E-115)

Τσιβεριώτης Κ., Κωτσόπουλος Ι., Μωρέ Ε., Τσάπανος Β.

Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Εισαγωγή: Οι καρδιακές νόσοι κατά τη διάρκεια της κύησης αποτελούν μία μείζονα μη μαιευτική αιτία αύξησης της μητρικής νοσηρότητας και θνητότητας. Σε γυναίκες με προϋπάρχοντες παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου, η πιθανότητα εμφάνισης καρδιολογικών συμβαμάτων είναι αυξημένη. Η επιπλοκή της κύησης με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου θέτει σε κίνδυνο τόσο τη ζωή της μητέρας όσο και του εμβρύου.

Περιγραφή περιστατικού: Εγκυμονούσα γυναίκα, 32 ετών, στην 22η εβδομάδα της κύησης, προσήλθε στα εξωτερικά μαιευτικά ιατρεία λόγω επιγαστραλγίας και εμέτων. Το ιατρικό ιστορικό περιελάμβανε σακχαρώδη διαβήτη τύπου Ι υπό θεραπεία με αντλία ινσουλίνης, και ετερόζυγο β-μεσογειακή αναιμία. Από την κλινικοεργαστηριακή διερεύνηση που ακολούθησε ανευρέθη φυσιολογική αρτηριακή πίεση, λευκωματουρία (3 σταυροί), οριακά αυξημένες τιμές ουρικού οξέος (6,2 mg/dL) και φυσιολογικές τιμές ηπατικών ενζύμων. Η φαρμακευτικής της αγωγή περιελάμβανε δισκία μεθύλ-ντοπα, λόγω οριακά αυξημένων τιμών αρτηριακής πίεσης στην κύησης. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της, η ασθενής εμφάνισε ένα επεισόδιο οξείας δύσπνοιας, χωρίς παρουσία οπισθοστερνικού άλγους και δίχως ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις ισχαιμίας του μυοκαρδίου. Η ασθενής υπεβλήθη σε επείγουσα καισαρική τομή για διακοπή της κύησης και ακολούθησε νοσηλεία της στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Μετά από ενδελεχή κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, αποκλείστηκε η πιθανότητα μυοκαρδιοπάθειας, και ετέθη η διάγνωση του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Συμπεράσματα: Η παρουσία παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου στην εγκύμονα γυναίκα, θα πρέπει να θέτει σε εγρήγορση τον θεράποντα ιατρό, ώστε να διαγνώσει και να αντιμετωπίσει έγκαιρα οποιαδήποτε καρδιολογική επιπλοκή εμφανιστεί κατά τη διάρκεια της κύησης. Ειδικότερα, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, τόσο λόγω της βαρύτητας της νόσου όσο και του γεγονότος ότι μπορεί να εκδηλωθεί χωρίς τυπική συμπτωματολογία, ιδίως σε ασθενείς με χρόνια σακχαρώδη διαβήτη. Φαίνεται, ότι οι μακροχρόνιες επιπλοκές της υπεργλυκαιμίας μπορούν να μιμούνται επιπλοκές της κύησης όπως η προεκλαμψία.

ΠΡΩΩΡΟΙ ΤΟΚΕΤΟΙ ΚΑΙ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ, ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΤΟΚΕΤΩΝ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 2008 -2009 (E-116)

Τσεκούρα Ε., Αθανασιάδης Α., Παπαντωνίου Ν., Γούναρης Α., Ανατολίτου Φ., Παπαγαρουφάλης Κ., Δρόσου Β., Αντσακλής Α., Μαλαμίτση-Πούχγερ Α.

Ειδική επιτροπή για την περιγεννητική φροντίδα στην Ελλάδα

Σκοπός: Ανάλυση του επιπέδου ανάνηψης, παρακολούθησης, νοσηλείας και μεταφοράς των νεογνών υψηλού κινδύνου στο σύνολο των τοκετών στην Ελλάδα κατά την 2ετία 2008-2009

Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία ερωτηματολογίου το οποίο εστάλη από την Ειδική Επιτροπή του ΚΕΣΥ για την περιγεννητική φροντίδα στην Ελλάδα προς τους διευθυντές του συνόλου των μαιευτικών κλινικών της χώρας. Τα περιστατικά μελετήθηκαν στο σύνολο τους και χωρίστηκαν στις κατηγορίες: Ιδιωτικά Μαιευτήρια (ΙΜ), Δημόσια Νοσηλευτικά Ιδρύματα (ΔΜ).

Αποτελέσματα: Έγινε συλλογή στοιχείων από 82/85 Πανεπιστημιακές και κλινικές ΕΣΥ, και σε 38/53 Ιδιωτικά Μαιευτήρια. Ο μέσος όρος γεννήσεων την διετία 2008-2009, ήταν 111.835. Μέσος όρος πρόωρων νεογνών 10.718/111.835 (9.58%). Συγκεκριμένα 31-36 εβδομάδων 9.886/111.835 (8.85%) και εξαιρετικά πρόωρα 24-30 εβδομάδων 832/111.835 νεογνά (0.74%). Σε ΔΜ γεννήθηκε το 56.79% των εξαιρετικά πρόωρων και το 36.13% των νεογνών ενδιάμεσης προωρότητας.

Οργανωμένος χώρος ανάνηψης αναφέρεται στο σύνολο των ΙΜ και σε 77/80 (96.25%) ΔΜ. Θερμοκοιτίδα μεταφοράς αναφέρεται σε 72/82 (87.80%) ΔΜ και σε 37/38 (97.36%) ΙΜ. Δυνατότητα παρακολούθησης σε 1ο επίπεδο νοσηλείας αναφέρεται σε 36/38 (94.73%) ΙΜ και σε 71/82 (86.58%) ΔΜ. 2ο επίπεδο νοσηλείας παρέχουν 24/82 (29.26%) ΔΜ και 17/38 (44.73%) ΙΜ. Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας 3ου επιπέδου αναφέρεται σε 13/82 (15.85%) ΔΜ και σε 6/38 (17.14%) ΙΜ.

Η ανάνηψη και παρακολούθηση των νεογνών στα ΔΜ μετά την ανάνηψη γίνεται από γενικό παιδίατρο 69/82 (84.14%), από παιδίατρο με κάποια εμπειρία 28/69 (40.57%) και νεογνολόγο 26/69 (37.68%). Σε 49/82 (59.75%) ΔΜ αναφέρεται αναισθησιολόγος ή μαία με εμπειρία στην ανάνηψη.

Σε 5/53 ΙΜ η μεταφορά των νεογνών που χρήζουν νοσηλείας γίνεται με το ΕΚΑΒ. Τα υπόλοιπα 33 ΙΜ μεταφέρουν τα νεογνά με δικό τους ασθενοφόρο (26/33 συνοδεύονται από παιδίατρο, 17/33 νεογνολόγο και 9/33 αναισθησιολόγο). Σε 11/82 (13.41%) ΔΜ τα νεογνά μεταφέρονται με το ΕΚΑΒ. Σε 31/82 (37.80%) ΔΜ τα νεογνά μεταφέρονται με ειδικευόμενο παιδιατρικής με απλό ασθενοφόρο ή, ανάλογα με την βαρύτητα, σε 9/31 με ειδικευμένο παιδίατρο. Σε 19/82 (23.17%) ΔΜ τα νεογνά μεταφέρονται με αγροτικό ιατρό με απλό ασθενοφόρο ή, ανάλογα με την βαρύτητα, με ειδικευόμενο παιδίατρο 13/19, παιδίατρο 10/19, αναισθησιολόγο 6/19, νεογνολόγο 1/19. Σε 4/82 ΔΜ η μεταφορά γίνεται με νεογνολόγο.

Συμπέρασμα: Το επίπεδο ανάνηψης, παρακολούθησης, νοσηλείας και μεταφοράς των νεογνών υψηλού κινδύνου στο σύνολο των τοκετών στην Ελλάδα είναι εξαιρετικά ποικιλόμορφο. Περιλαμβάνει περιθάλψη από υψηλά εξειδικευμένο προσωπικό, αγροτικούς ιατρούς, ειδικευόμενους παιδιατρικής και γιαιτρούς άλλων ειδικοτήτων.

ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑ: ΤΡΑΥΜΑ ΣΤΗ ΠΡΩΙΜΗ ΣΧΕΣΗ ΝΕΟΓΝΟΥ-ΜΗΤΕΡΑΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ (E-117)

Ρούσσου Α., Θεοδωράκη Μ., Κωνσταντινίδη Α., Παυλίδου Α., Λαμπαδαρίδης Γ.

Νεογνολογικό Τμήμα-MEN Νεογνών ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ-ΠΕΙΡΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ"

Στην παρούσα εργασία θα προσεγγίσουμε την ψυχική διάσταση της προωρότητας ως επώδυνου γεγονότος που ενώ συνήθως δεν οδηγεί σε άμεσες ψυχο-παθολογικές καταστάσεις, επιφέρει ωστόσο σημαντικές ρήξεις στη συναισθηματική ισορροπία των γονέων και συνεπώς στο συναισθηματικό δεσμό του νεογνού με τη μητέρα. Απαιτείται γνώση, ενσυναίσθηση και παρέμβαση από τους επαγγελματίες υγείας προκειμένου οι γονείς να ανακτήσουν το αίσθημα επάρκειας και ασφάλειας έτσι ώστε να αναπτύξουν θετική, ενεργητική στάση απέναντι στο πάσχων νεογνό αλλά και στο προσωπικό της ΜΕΝΝ, επιδεικνύοντας εμπιστοσύνη και συνεργατικότητα.

Η προωρότητα αποτελεί μια αναπάντεχη διακοπή της εγκυμοσύνης, μία άκαιρη διακοπή της ενδομήτριας εξέλιξης του εμβρύου. Η συνέχεια, η ασφαλής και προγραμματισμένη πορεία τόσο του εμβρύου του ίδιου όσο και του οικογενειακού προγραμματισμού ανατρέπεται. Το απρόοπτο εισβάλλει και κυριαρχεί στη ζωή της οικογένειας ανατρέποντας κάθε βεβαιότητα και ασφάλεια. Βιώνεται ρήξη στη διαδικασία ωρίμανσης του εμβρύου και στην πορεία εγκαθίδρυσης της γονεϊκότητας, στην αίσθηση ελέγχου και προγραμματισμού, στην αίσθηση παντοδυναμίας της μητέρας για ασφαλές κράτημα. Η οικογένεια βιώνει ένα τοκετό τραυματικό, διαφορετικό από αυτόν που είχε οραματιστεί (συχνά κάτω από συνθήκες επείγοντος, γιατροί και μαιές χωρίς προσωπική σχέση με τη μητέρα, αγωνία για τη φυσική κατάσταση του εμβρύου και της μητέρας). Γεννιέται ένα ευάλωτο με αυξημένες ανάγκες νεογνό, που περιβάλλεται όχι από τα αναμενόμενα χαρούμενα χνουδωτά αρκουδάκια, αλλά από πολλαπλές αγωνίες για τη ζωή του και τη μελλοντική του υγεία. Το συνοδεύει ένας γονιός σε σοκ, ανίσχυρος έχοντας χάσει την αίσθηση του ελέγχου και της ασφάλειας, φοβισμένος από την απειλή θανάτου και αναπηρίας, ματαιωμένος, ανεπαρκής με αισθήματα ενοχών και θυμού. Τι έφταιξε; Τι δεν έκανα καλά; Ποιός έφταιξε; Τάσεις αποστασιοποίησης από το νεογνό (μην του κάνω κακό...) και εξάρτησης από τρίτους (προσωπικό ΜΕΝΝ) ή και μεταφυσικά σχήματα (θεολογικά ή φιλοσοφικά) είναι συνήθεις άμυνες έναντι των αρνητικών συναισθημάτων που τους κατακλύζουν με συνέπεια να παρεμποδίζεται η αναγκαία και καθοριστική σχέση τόσο με το νεογνό, όσο και με το προσωπικό της ΜΕΝΝ.

Θα παραθέσουμε κλινικά παραδείγματα που επωφελήθηκαν από την ψυχολογική παρέμβαση που πραγματοποιείται στην Μονάδα μας εδώ και 3 χρόνια, η οποία περιλαμβάνει ατομική συνεδρία με το γονέα στο επισκεπτηρίου πάνω από την θερμοκοιτίδα, καθώς και ομαδική εβδομαδιαία συνάντηση γονέων. Με τη συγκατάθεση ιατρού, ο γονιός ενθαρρύνεται να αγγίξει, να χαϊδέψει, να νανουρίσει, να παρατηρήσει και να αναγνωρίσει τις αποκριτικές αντιδράσεις του μωρού. Στοχεύουμε στην ανάκτηση του συναισθήματος επάρκειας και ασφάλειας του γονέα, στην αποκατάσταση του συναισθηματικού δεσμού και διερευνούμε για την ύπαρξη παθολογικών στρεβλώσεων που χρήζουν πιο εξατομικευμένης παρέμβασης ή ακόμα και παραπομπής σε ανάλογους φορείς, έτσι ώστε να προληφθούν μελλοντικά προβλήματα στην εξελικτική πορεία του παιδιού και να μεγαλώσει υγιές, ψυχικά και σωματικά.

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑΣ - ΕΡΙΠΗΤΟΣ ΖΩΣΤΗΡΟΣ (VZV) ΣΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ (E-118)

Θανασάς Ι., Κώρης Γ., Μπίνα Αρ.

Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τριτάλων, Τρίκαλα

Εισαγωγή: Η ανεμοβλογιά είναι οξεία ιογενής λοίμωξη υψηλής μεταδοτικότητας που σπάνια επιπλέκει την εγκυμοσύνη σήμερα. Η πιθανότητα πρωτοπαθούς λοίμωξης από τον VZV στη διάρκεια της εγκυμοσύνης κυμαίνεται μεταξύ 0.01% και 0.07% του συνόλου των κήσεων.

Περιγραφή περίπτωσης: Αφορά σε έγκυο πρωτότοκο η οποία διανύοντας την 17η εβδομάδα της εγκυμοσύνης προσήλθε στο τακτικό ιατρείο αναφέροντας από 48 ώρες πυρετό, κεφαλαλγία, αδιαθεσία, αδυναμία, εύκολη κόπωση και εξάνθημα στον κορμό και το πρόσωπο το οποίο χαρακτηρίστηκε ως εξάνθημα ανεμοβλογιάς. Με βάση το ιστορικό της εγκύου και τα κλινικά ευρήματα τέθηκε η διάγνωση της πρωτογενούς λοίμωξης από τον VZV. Το ζευγάρι ενημερώθηκε με ακρίβεια για τις πιθανές σοβαρές επιδράσεις που μπορεί να έχει η ενδομήτρια λοίμωξη στο έμβρυο και το νεογνό καθώς και για την αναγκαιότητα του περαιτέρω προγεννητικού ελέγχου. Η ασθενής αρνήθηκε τη συνέχιση της κυοφορίας και υποβλήθηκε σε θεραπευτική διακοπή της εγκυμοσύνης. Ο τερατισμός της κύησης έγινε ομαλά με τη χρήση προσταγλανδινών.

Συζήτηση: Η διάγνωση της ανεμοβλογιάς στην έγκυο συνήθως δεν είναι δύσκολη. Αντίθετα, η προγεννητική διάγνωση της εμβρυϊκής λοίμωξης παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα και συναντά ιδιαίτερες δυσκολίες. Ο προγεννητικός έλεγχος της εγκύου για αντισώματα κατά του VZV μέχρι σήμερα δεν έχει τύχει ευρείας αποδοχής. Ενδέχεται μελλοντικά η συνεχής παρακολούθηση και καταγραφή του επιπέδου των αντισωμάτων έναντι του ιού σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας να αποδειχθεί μεγίστης σημασίας, με την ελπίδα να μπορεί να συμβάλει έγκαιρα στη λήψη αποτελεσματικών μέτρων πρόληψης και την πληρέστερη εφαρμογή των σύγχρονων διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών, προκειμένου να μειωθεί ο αυξημένος κίνδυνος της μητρικής, και ιδιαίτερα της περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

ΠΤΩΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΛΟΓΟΥ ΦΥΛΟΥ ΜΕΤΑ ΣΜΗΝΟΣ ΣΕΙΣΜΩΝ ΣΤΗ ΖΑΚΥΝΘΟ (E-119)

Τουρικής Ι.Α.¹, Βούλτσου Α.¹, Σιδηροκαστρίτη Ο.¹, Χασιώτου Ε.Ι.², Τουρίκη Ε.Φ.³, Μπεράτης Ι.Ν.⁴

¹Γενικό Νοσοκομείο Ζακύνθου, ²ΙΚΑ Ζακύνθου, ³Γενικό Νοσοκομείο Ευαγγελισμός, ⁴The American College of Greece, Deree

Σκόπος: Ο δευτερογενής λόγος του φύλου (ΔΛΦ), ο λόγος αγοριών/κοριτσιών στη γέννηση, παρουσιάζει μικρή υπεροχή των αρρένων έναντι των θηλέων που είναι αρκετά σταθερή στους ανθρώπινους πληθυσμούς. Όμως, ο ΔΛΦ εμφανίζει πτώση μετά από μείζονες καταστροφές που προκαλούν στρες στην κοινότητα. Η μελέτη αποβλέπει να διερευνήσει εάν μέτριας εντάσεως αντίξοα γεγονότα, σε συνδυασμό με ενδογενή ψυχολογικά χαρακτηριστικά, μπορούν να προκαλέσουν επαρκές στρες στην κοινότητα,

ώστε να επηρεαστεί ο ΔΛΦ. Μέθοδος. Μεταξύ 3 Απριλίου και 8 Μαΐου 2006 συνέβη σμήνος σεισμών μετριάς εντάσεως, το οποίο ακολουθήθηκε από αρκετούς σεισμούς ≥ 4.0 Richter τους επόμενους 6 μήνες, με επίκεντρο πλησίον της Ζακύνθου. Οι γεννήσεις αγοριών/κοριτσιών μετά τους σεισμούς συγκρίθηκαν με εκείνες προηγούμενων και επόμενων ετών. Αποτελέσματα. Έντεκα μήνες μετά την έναρξη του σμήνους σεισμών ο ΔΛΦ μειώθηκε στο 1,000 και κατά τους επόμενους δύο μήνες Μάρτιο-Απρίλιο 2007 έπεσε στο 0,612. Ο ΔΛΦ 1 χρόνο προ της πτώσης που σημείωσε ήταν 1,158 και κατά τη συνολική διάρκεια 3 χρόνων πριν και 2 χρόνων μετά το σμήνος σεισμών ήταν 1,081. Η μείωση των γεννήσεων αγοριών σε σχέση με εκείνες των κοριτσιών κατά το Μάρτιο-Απρίλιο είναι σημαντική ($p=0,013$ και $p=0,019$, αντίστοιχα). Επίσης, ο αριθμός των αγοριών έναντι των κοριτσιών το Μάρτιο-Απρίλιο 2007 ήταν σημαντικά μικρότερος από ότι κατά τους ίδιους μήνες 3 χρόνια πριν και 2 μετά τους σεισμούς ($p=0,019$).

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα δείχνουν ότι μετριάς εντάσεως σμήνος σεισμών, χωρίς καταστροφές και απώλειες ζώων, σε συνδυασμό με ενδογενή ψυχολογικά χαρακτηριστικά που απορρέουν από προηγούμενη σεισμική καταστροφική εμπειρία μπορούν να επηρεάσουν βασικά βιολογικά χαρακτηριστικά, όπως ο ΔΛΦ.

ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΥΣΤΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ ΒΡΟΓΧΙΟΛΙΤΙΔΑ (E-120)

Κανταρτζή Ε., Γουδεσίδου Μ., Καλαϊτζή Α., Κοπάνου Μ., Χαντζιόρα Χ., Γαϊτανά Κ., Πρίφτης Κ., Γούναρης Α.

Νεογνολογική κλινική-MENN, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

Εισαγωγή: Οι συγγενείς κύστεις του πνεύμονα σπάνια δίνουν συμπτώματα κατά τη νεογνική ηλικία, εκτός αν επιμολυνθούν ή αυξηθεί το μέγεθός τους.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1: Θήλυ 22 ημερών, με έντονη αναπνευστική δυσχέρεια και επηρεασμένη γενική κατάσταση μεταφέρθηκε από την παιδιατρική κλινική όπου νοσηλευόταν το τελευταίο 24ωρο με βρογχιολίτιδα, λόγω πνευμοθώρακα δεξιά. Διασωληνώθηκε για δύο 24ωρα. Α/α θώρακα κατά την αποσωλήνωσή του και ενώ αυτό βρισκόταν σε καλή γενική κατάσταση, ανέδειξε μεγάλες κύστεις δεξιού πνεύμονα. Ακολούθησε αξονική τομογραφία (CT) πνεύμονα με παρόμοια ευρήματα. Το νεογνό νοσηλεύτηκε 20 μέρες. Νέα CT, μετά παρέλευση 6 μηνών ελεύθερων συμπτωμάτων και με φυσιολογική ανάπτυξη του βρέφους, ανέδειξε εικόνα συμβατή με κυστική αδενωματώδη δυσπλασία δεξιού κάτω λοβού.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2: Άρρεν 19 ημερών, εξαιρετικά πάσχον, με βαριά αναπνευστική δυσχέρεια, μεταφέρθηκε από την παιδιατρική κλινική όπου νοσηλευόταν από 48ώρου σε ρινικό CPAP με βρογχιολίτιδα από RSV. Ήταν σε βαριά κατάσταση, αιμοδυναμικά ασταθές και διασωληνώθηκε άμεσα. Διαδοχικές α/ες θώρακος ανέδειξαν μεγάλες πνευμονοκήλες στο αριστερό ημιθωράκιο, που λειτουργούσαν με μηχανισμό βαλβίδας. Η παροχέτευση αυτών οδήγησε σε βελτίωση. Η CT θώρακος ανέδειξε πνευματοκήλες (5cm, 3.5cm και πολλαπλές μικρές). Το νεογνό παρέμεινε διασωληνωμένο για 16 ημέρες και ακολούθησε παρατεταμένη χορήγηση οξυγόνου. Νοσηλεύτηκε τρεις μήνες. Παρουσίασε δυσκολία σίτισης και καθυστέρηση της ανάπτυξης. CT θώρακα σε ηλικία 5 μηνών ανέδειξε εικόνα συμβατή με κυστική αδενωματώδη δυσπλασία στο οπισθοπλάγιο τμήμα του αριστερού κάτω λοβού.

Συμπέρασμα: Η σοβαρή λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού σε νεογνό, μπορεί να υποκρύπτει

συγγενή βλάβη. Επί υπάρξεως μεγάλων πνευμονικών κύστεων που λειτουργούν με μηχανισμό βαλβίδας, η παροχέτευσή τους μπορεί να επιταχύνει την ανάρρωση των νεογνών.

ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΑΤΡΟΦΙΑ ΕΝΤΕΡΙΚΩΝ ΜΙΚΡΟΛΑΧΝΩΝ ΣΕ ΝΕΟΓΝΟ (E-121)

Σκιαθίτου Α.-Β., Ζερβάκη Ε., Χουλιάρης Γ., Χαρίτου Α., Στεφανάκη Κ., Σιαχανίδου Τ.

Μονάδα Νεογνών Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Εισαγωγή: Η ατροφία των μικρολαχνών (microvillous atrophy ή microvillous inclusion disease) είναι σπάνια συγγενής νόσος που κληρονομείται με τον υπολειπόμενο χαρακτήρα. Χαρακτηρίζεται από μορφολογικές διαταραχές του εντερικού επιθηλίου (μερική έως ολική υποπλασία εντερικών λαχνών με απουσία ή σημαντική ελάττωση των μικρολαχνών στην επιφάνεια των εντεροκυττάρων και παρουσία εγκλείστων στο κυτταρόπλασμα) και προκαλεί σοβαρό, απειλητικό για τη ζωή, σύνδρομο εκκριτικής διάρροιας. Έχουν πρόσφατα αναγνωριστεί, ως υπεύθυνες της νόσου, μεταλλάξεις του γονιδίου MYO5B που οδηγούν σε διαταραχή της σύνθεσης και λειτουργίας της πρωτεΐνης μυοσίνη Vb των εντεροκυττάρων.

Περιγραφή περίπτωσης: Παρουσιάζεται η περίπτωση θήλεος νεογνού, ηλικίας κύησης 35 εβδομάδων και βάρους γέννησης 2330 γραμ, που εμφάνισε διαρροϊκό σύνδρομο, υπονατριαιμία και αφυδάτωση από τις πρώτες ημέρες ζωής. Οι ημερήσιες ανάγκες του νεογνού σε νάτριο ήταν πολύ υψηλές (έως 10 meq/Kg/24ωρο) και η συγκέντρωση νατρίου σε δείγμα κοπράνων αυξημένη (90 meq/L, φ.τ. έως 35 meq/L), ενώ η απέκκριση νατρίου στα ούρα ήταν φυσιολογική. Η διάγνωση της συγγενούς ατροφίας των μικρολαχνών τέθηκε ιστολογικά σε υλικό βιοψίας 12δακτύλου, ο δε γονιδιακός έλεγχος ανέδειξε την παρουσία δύο μεταλλάξεων του γονιδίου MYO5B (c.1489A>T [p.1497F], κληρονομούμενη από τον πατέρα και c.1720G>T [p.E574X], κληρονομούμενη από τη μητέρα). Το βρέφος σιτίστηκε με ολική παρεντερική διατροφή και προγραμματίστηκε για μεταμόσχευση λεπτού εντέρου. Εν τούτοις, κατέληξε σε ηλικία 6 μηνών λόγω λοίμωξης από P. Carini.

Συμπεράσματα: Η πρόγνωση της ατροφίας των μικρολαχνών είναι κακή. Η μεταμόσχευση λεπτού εντέρου αποτελεί τη μόνη ελπίδα για την ελάττωση της θνητότητας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων. Με την αναγνώριση μεταλλάξεων του γονιδίου MYO5B δίδεται η δυνατότητα προγεννητικού ελέγχου.

ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗ ΕΜΒΡΥΟΥ ΑΠΟ ΠΑΡΒΟΪΟ B19 ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ (E-122)

Ντανίκα Α., Στεφανίδου Ε., Μπόνου Π., Πολυμενάκος Π., Αγαπητός Ε., Σακλαμάκη-Κοντού Μ.

Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών «ΜΗΤΕΡΑ», Γενική, Μαιευτική-Γυναικολογική και Παιδιατρική Κλινική

Τον Ιανουάριο του 2011 γεννήθηκε στο Μαιευτήριο ΜΗΤΕΡΑ θήλυ νεογνό με επείγουσα Καισαρική Τομή στις 31+4 εβδομάδες κύησης, λόγω υπερηχογραφικής εικόνας εμβρυϊκού ύδρωπα και πολυδραμνίου. Το νεογνό κατά τη γέννηση παρουσίαζε ύδρωπα ανά σάρκα, ήταν άσφυγμο με Apgar score 01, 05,

010 λεπτά και στην παρατεταμένη προσπάθεια ανάνηψης ανέπτυξε μόνο παροδικό επιπόλαιο gasping. Μεταφέρθηκε διασωληνωμένο στη MENN όπου έγιναν επειγόντως υπερηχοκαρδιογράφημα και επείγουσα παροχέτευση του πνευμονικού και ασπιτικού υγρού, χωρίς ανταπόκριση. Αιμοσφαιρίνη αερίων αίματος: 3,2gr %.

Η προσπάθεια ανάνηψης διεκόπη μετά 30'.

Η μητέρα ηλικίας 36 ετών, πρωτοτόκος, είχε φυσιολογική εγκυμοσύνη, με φυσιολογικό υπερηχογράφημα Β' επιπέδου στις 22 εβδομάδες. Ανέφερε ίωση διάρκειας 3-4 ημερών στις 26 εβδομάδες.

Η νεκροτομή του εμβρύου έδειξε εμβρυικό ύδρωπα λόγω εμβρυικής αναιμίας, λεμφοπενικό και υποπλαστικό θύμο, άφθονες εξωμυελικές εστίες αιμοποίησης στο ήπαρ και στον σπλήνα με εικόνα αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου και χαρακτηριστικά πυρηνικά έγκλειστα στους ερυθροβλάστες, ενδεικτικά λοίμωξης από παρβοϊό.

Η λοίμωξη της γυναίκας με παρβοϊό B19 στη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσει σε ασυμπτωματική λοίμωξη του εμβρύου, αυτόματη αποβολή, εμβρυική αναιμία, εμβρυικό ύδρωπα με ενδομήτριο θάνατο, ιδιαίτερα κατά τη λοίμωξη στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και σε μυοκαρδίτιδα με καρδιακή ανεπάρκεια.

Υπολογίζεται ότι το 30-40% των εγκύων γυναικών είναι επίνουσες στον παρβοϊό, ενώ στο 1/3 των περιπτώσεων η λοίμωξη μεταφέρεται στο έμβρυο μέσω του πλακούντα.

Η διάγνωση της μόλυνσης με παρβοϊό B19 γίνεται με ορολογικές μεθόδους (ειδικά IgM, IgG αντισώματα), PCR, ιστοπαθολογική εξέταση με χαρακτηριστικά πυρηνικά έγκλειστα στους ερυθροβλάστες και ανοσοϊστοχημεία.

Συνιστάται στενή εργαστηριακή και υπερηχογραφική παρακολούθηση των εγκύων γυναικών με λοίμωξη από παρβοϊό B19.

Βιβλιογραφία:

- Thomas Tolfvestam, Kristina Broliden. Parvovirus B19 infection. Seminars in Fetal & Neonatal Medicine 14(2009) 218-221.
- Martin Enders, Karin Klingel Risk of fetal hydrops and non hydropic late intrauterine fetal death after gestational parvovirus B19 infection. Journal of Clinical Virology 49 (2010) 163-168.
- E.P.de Jong, F.J.Walther. Parvovirus B19 infection in pregnancy: new insights and management. PRENATAL DIAGNOSIS 2011; 31: 419-425.
- RF Lamont, JD Sobel. Parvovirus B19 infection in human pregnancy. BJOG 2011; 118:175-186.
- Enrico Silingardi MD, Anna Laura Santunione,MD. Unexpected Intrauterin Fetal Death in Parvovirus B19 Fetal Infection.Am j Forensic Med Pathol, December 2009.

ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΜΕΘΑΙΜΟΡΡΑΓΚΙΚΟΣ ΥΔΡΟΚΕΦΑΛΟΣ-ΠΟΡΕΓΚΕΦΑΛΙΑ ΣΕ ΕΛΑΦΟΣ ΙΣΟΑΝΟΣΗΣ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑΣ (ΙΘΠ) (E-123)

Σώκου Ρ., Σπανού Σ., Βαρχαλαμά Β., Παναγιωτουνάκου Π., Γκάντσεβα Σ., Ισιδώρου Μ., Λαμπαδαρίδης Ι.

Νεογνολογικό Τμήμα - ΜΕΝ νεογνών, Γ.Ν.Ν. "Άγιος Παντελεήμων" Τμήμα Υπερήχων, Γ.Ν.Ν. "Άγιος Παντελεήμων"

Η ισοάνοση θρομβοπενία του νεογνού, οφείλεται στην κυκλοφορία μέσω του πλακούντα, μητρικών αντισωμάτων έναντι των εμβρυϊκών αιμοπεταλίων, που φέρουν ειδικά αντιγόνα. Είναι σπάνια πάθηση (1 :1000 -1500 κνήσεις), μπορεί όμως να αποβεί μοιραία για το νεογνό, αφού είναι δυνατόν να προκαλέσει ακόμα και εγκεφαλική αιμορραγία, τόσο προγεννητικά όσο και μετά τη γέννηση.

Παρουσιάζουμε την περίπτωση μιας 28χρονης δευτεροτόκου γυναίκας, με ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης (όπως προκύπτει από τον υπερηχογραφικό και λοιπό έλεγχο που έκανε), μέχρι την 32η εβδομάδα κύησης, οπότε σε προγραμματισμένο υπερηχογράφημα, διαπιστώθηκε υδροκεφαλία -υδρανεγκεφαλία του εμβρύου. Λόγω αυτού του ευρήματος, ο μαιευτήρας προχώρησε σε πρόκληση τοκετού. Το θήλυ νεογνό που γεννήθηκε, είχε βάρος 2230 γρ. και δεν χρειάστηκε ανάνηψη στη γέννηση. Αντικειμενικά το νεογνό είχε υδροκέφαλο (ΠΚ=38cm), διάσταση ραφών, σημείο δύοντος ηλίου, ωχρότητα, πετέχειες και εκχυμώσεις κορμού και άκρων. Στο υπερηχογράφημα εγκεφάλου που έγινε, διαπιστώθηκε υδροκεφαλός (μεθαιμορραγικός;) με πορεγκεφαλικές κύστεις αριστερά. Από τον αιματολογικό έλεγχο, παρατηρήθηκαν : σοβαρή θρομβοπενία (αιμοπετάλια 3000/mm³), δείκτες λοίμωξης αρνητικοί, TORCH και VDRL αρνητικά, καρυότυπος φυσιολογικός. Δεδομένου και του ιστορικού της μητέρας (δυο αποβολές χωρίς αναφερόμενη θρομβοπενία η λήψη φαρμάκων), ετέθη η υποψία της ισοάνοσης θρομβοπενίας και έγινε έλεγχος για αντιαιμοπεταλιακά αντισώματα στη μητέρα, ο οποίος απέβη θετικός. Το νεογνό κατέληξε την 3η μέρα ζωής.

Όταν υπάρχει ιστορικό ΙΘΠ σε ένα νεογνό, η συστηματική παρακολούθηση εγκύου-εμβρύου σε επόμενη κύηση και η έγκαιρη παρέμβαση με χορήγηση γ-σφαιρίνης και κορτικοειδών στην έγκυο (αν και αμφιλεγόμενη), είναι καθοριστικής σημασίας για την εξέλιξη της κύησης και μετέπειτα του νεογνού, αφού η πιθανότητα γέννησης θρομβοπενικού νεογνού αυξάνεται στο 75% για κάθε επόμενη κύηση. Είναι επίσης πολύ σημαντικό, να υποψιαστεί ο κλινικός γιατρός την ΙΘΠ, σε κάθε νεογνό με απρόσμενα σοβαρή θρομβοπενία κατά τη γέννηση.

ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΣΕ ΠΡΟΩΡΟ ΝΕΟΓΝΟ ΤΡΙΩΝ ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ ΖΩΗΣ (E-124)

Χαντζή Φ-Μ., Δεδούση Ό., Νέρη Χ., Σαλβάνος Η., Παπαγαρουφάλης Κ.

Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο - Μαιευτήριο «Ελενας Βενιζέλου»

Η συγγενής φυματίωση αποτελεί σπάνια νόσο στα νεογνά στην Ελλάδα. Ωστόσο, την τελευταία δεκαετία ο αριθμός των νέων περιστατικών φυματίωσης στους μετανάστες έχει αυξηθεί και επομένως ο κίνδυνος φυματίωσης κατά την εγκυμοσύνη έχει πιθανόν αυξηθεί, έχοντας σαν συνέπεια την εμφάνιση περιστατικών συγγενούς φυματίωσης.

Περιγράφουμε πρόωρο, πολύ χαμηλού βάρους γέννησης, νεογνό, από μετανάστες γονείς κινεζικής καταγωγής, το οποίο ήταν σε καλή γενική κατάσταση την τρίτη εβδομάδα ζωής παρουσίασε σταδιακά αυξανόμενη αναπνευστική δυσχέρεια, με πυλαία λεμφαδενίτιδα και πυκνοατελεκτασιικές περιοχές στο κορυφαίο τμήμα του αριστερού κάτω λοβού και στον δεξιό κάτω λοβό. Ο εργαστηριακός έλεγχος για συγγενείς λοιμώξεις και οι καλλιέργειες αίματος και τραχειακών εκκρισμάτων για μυκόπλασμα, ουρεόπλασμα και χλαμύδια απέβει αρνητικός. Η συμβατική αντιβιοτική αγωγή δεν ανέστρεψε την επιδεινούμενη αναπνευστική δυσχέρεια, ενώ οι δείκτες λοίμωξης παρουσίαζαν μικρή αύξηση. Η δοκιμασία Mantoux ήταν θετική και η καλλιέργεια και η PCR στο γαστρικό έκπλυμα επιβεβαίωσαν τη διάγνωση φυματιώδους λοίμωξης στο νεογνό. Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό ήταν αρνητικό. Ο έλεγχος στους δύο γονείς έδειξε ότι η μητέρα είχε θετική Mantoux και νοσούσε, εμφανίζοντας οξόμορφες πνευμονικές σκιάσεις και πλευριτική συλλογή άμφω. Ο πατέρας ήταν ελεύθερος νόσου. Μητέρα και βρέφος έλαβαν την ενδεδειγμένη αντιφυματική αγωγή με καλή ανταπόκριση. Συμπερασματικά, λαμβάνοντας υπόψη την αύξηση της συχνότητας της φυματίωσης στους μετανάστες και το γεγονός ότι η μητέρα είναι δυνατόν να είναι ασυμπτωματική κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η πιθανότητα συγγενούς φυματίωσης σε πάσχοντα βρέφη θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση υπόψιν και θα πρέπει ίσως να ελέγχονται όλες οι έγκυες υψηλού κινδύνου για φυματίωση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΠΟΛΥ ΠΡΟΩΡΩΝ SGA ΚΑΙ AGA ΝΕΟΓΝΩΝ (E-125)

Δρούγια Α., Γιάπρος Β., Θεοχάρη Π., Ασπρούδης Ι.¹, Τζούφη Μ.², Αργυροπούλου Μ.³, Ανδρονίκου Σ.
Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN), ¹Οφθαλμολογική Κλινική, ²Παιδιατρική Κλινική, ³Ακτινολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων (ΠΓΝΙ).

Σκοπός: Η εκτίμηση της επίδρασης του μικρού βάρους γέννησης (ΒΓ) για την ηλικία κύησης (ΗΚ) στην έκβαση των πολύ πρόωρων νεογνών. Πληθυσμός-Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη των περιγεννητικών χαρακτηριστικών, των αιτιών νοσηρότητας, της θνησιμότητας και της νευροαναπτυξιακής εξέλιξης των SGA (small for gestational age) και AGA (appropriate for gestational age) νεογνών με ΗΚ 24-31 εβδομάδες, που νοσηλεύθηκαν στη MENN τα έτη 2000-2008. Αποτελέσματα: Την 9ετία της μελέτης νοσηλεύθηκαν 51 SGA και 159 AGA νεογνά ΗΚ 24-31 εβδομάδες. Οι μητέρες των SGA νεογνών είχαν μεγαλύτερη ηλικία από εκείνες των AGA (32,3 έναντι 29,8 έτη, $p<0.05$) και παρουσίασαν συχνότερα υπερτασική νόσο στην κύηση (27,4% έναντι 3,8%, $p<0.0001$). Η παρατεταμένη ρήξη εμβρυικών υμένων ήταν συχνότερη στα AGA νεογνά συγκριτικά με τα SGA (31,4% έναντι 17,6%, $p=0.05$). Το μικρό ΒΓ για την ΗΚ ήταν σημαντικός και ανεξάρτητος παράγοντας για χρόνια πνευμονική νόσο (ΧΠΝ) (OR 3.9, $p<0.01$), ενώ δε βρέθηκε σημαντική διαφορά στα υπόλοιπα νεογνικά προβλήματα μεταξύ των δύο ομάδων. Η θνησιμότητα στα SGA ήταν περίπου διπλάσια από τα AGA (33,3% έναντι 17%, $p=0.01$). Στο πρόγραμμα μακροχρόνιας παρακολούθησης συμμετείχαν 27 SGA (79,4%) και 115 AGA (87%) νεογνά. Εγκεφαλική παράλυση (ΕΠ) διαγνώστηκε σε 2 SGA (7,4%) και 7 AGA (6,1%). Η συχνότητα ΕΠ ήταν σχεδόν τριπλάσια στα γεννηθέντα με ΗΚ<28 εβδ (11,6% έναντι 4%). Όλα τα παιδιά με ΕΠ είχαν περικοιλιακή λευκομαλάκυνση συγκριτικά με το 6,2% εκείνων χωρίς ΕΠ ($p<0.0001$). Συμπέρασμα: Στα νεογνά της μελέτης το μικρό ΒΓ για την ΗΚ αποτέλεσε επιβαρυντικό παράγοντα για ΧΠΝ και θνησιμότητα. Η ΕΠ συσχετιζόταν με την εξαιρετική προωρότητα και την περικοιλιακή λευκομαλάκυνση.

ΣΥΛΛΟΓΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΟΣΩΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΓΟΝΟΤΥΠΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΥΣΧΕΤΙΣΤΕΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ (E-126)

Μώλου Ε.¹, Θώδη Γ.¹, Γεωργίου Β.¹, Λουκάς Ι.², Ντότσικας Ι.², Χαρβάλου Α., Φοίφα Α., Δουλγεράκης Ε.³

¹Εργαστήριο Προγεννητικού & Νεογνικού Ελέγχου, Neoscreen Ε.Π.Ε., Βιθυνίας 17, Νέα Ιωνία

²Τμήμα Φαρμακευτικής Χημείας, Σχολή Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιούπολη Ζωγράφου

³Γυναικολογική & Μαιευτική κλινική «Ιασώ», Διαγνωστικό, Θεραπευτικό και Ερευνητικό Τμήμα Ιασώ

Στόχος της συγκεκριμένης μελέτης ήταν ο προσδιορισμός της συχνότητας πολυμορφισμών, οι οποίοι έχουν συσχετιστεί με την εκδήλωση θρομβοεμβολικών επεισοδίων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, στον ελληνικό πληθυσμό. Ελέγχθηκαν 1000 γυναίκες στα πλαίσια του προγεννητικού ελέγχου, οι οποίες είτε ήδη εγκυμονούσαν είτε σκόπευαν να αποκτήσουν παιδί, για την παρουσία των παρακάτω πολυμορφισμών: FV G1691A, FV G4070A (HR2), MTHFR C677T, MTHFR A1298C, FII G20210A, β-fibrinogen -455G/A, FXIII Val34Leu, PAI-1 -675 4G/5G, GPIIa (HPA-1) a/b, ApoB R35000Q, ApoE (E2, E3, E4), ACE I/D, GPIa C807T, και PAI-2. Ο μοριακός έλεγχος διεξήχθη μέσω της αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης σε πραγματικό χρόνο (Real-Time PCR). Εν γένει, οι συχνότητες των διαφόρων αλληλομόρφων, όπως διαμορφώθηκαν στη συγκεκριμένη μελέτη, τείνουν να συμφωνούν με τα στατιστικά δεδομένα παρόμοιων ευρωπαϊκών μελετών, με εξαίρεση τη συχνότητα των γονοτύπων G/A και A/A όσον αφορά τον πολυμορφισμό FV G4070A (HR2). Η μετάλλαξη R35000Q του γονιδιακού τόπου ApoB δεν ανιχνεύθηκε στον υπό μελέτη πληθυσμό. Η παρουσία πολυμορφισμών, που προδιαθέτουν για την εκδήλωση θρομβωτικών επεισοδίων, σε σχετικά υψηλές συχνότητες στον ελληνικό πληθυσμό καθιστά αναγκαίο το θρομβοφιλικό έλεγχο στα πλαίσια του προγεννητικού ελέγχου, ώστε να αποφευχθούν τυχόν επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Συνεπώς, η χρήση μιας γρήγορης, αξιόπιστης και σχετικά χαμηλού κόστους τεχνικής για την ανίχνευση των παραπάνω πολυμορφισμών θα συμβάλει σε σημαντικό βαθμό στην ένταξη της συγκεκριμένης εξέτασης στην κλινική ρουτίνα.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ DI GEORGE (DGS) ΣΕ ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ ΝΕΟΓΝΟ - ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ (E-127)

Καλαϊτζή Ν.Α., Παπαδημητρίου Ε., Γουδεσίδου Μ., Κανταρτζή Ε., Κοπάνου Μ., Πηλιτσίδου Ε., Γαϊτανά Κ., Γούναρης Α.

Νεογνολογική Κλινική-MENN. Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

Εισαγωγή: Το DGS αποτελεί μια από τις συχνότερες γενετικές ανωμαλίες (1:2000 - 1:4000 γεννήσεις). Οφείλεται στην έλλειψη γονιδιακού υλικού στην περιοχή q11.2 ενός χρωμοσώματος 22. Ο φαινότυπος περιλαμβάνει συγγενείς καρδιοπάθειες, ανεπάρκεια κυτταρικής ανοσίας, νεφρικές ανωμαλίες, υπασβεστιαϊμία, ανωμαλίες υπερώας, σιτιστικές δυσκολίες, ήπιες δυσμορφίες προσώπου, χαμηλό ανάστημα, αυτοάνοσες και θυρεοειδικές διαταραχές, διαταραχές μάθησης και ψυχιατρικές διαταραχές.

Περιγραφή Περίπτωσης: Τελειόμηνο θήλυ νεογνό 6 ημερών εισήχθη στη μονάδα μας λόγω εμπύρετου με συνοδό ρινίτιδα. Ο εργαστηριακός έλεγχος κατέδειξε θετική CRP, υπασβεστιαίμια (Ca 5,8 mg/dl), καλλιέργειες αίματος, ούρων, ENY στείρες, ενώ στο ρινικό έκκριμα απομονώθηκε *Klebsiella Pneumoniae*. Το νεογνό καλύφθηκε με ενδοφλέβια αντιβίωση και βελτιώθηκε σύντομα. Παρά την ικανοποιητική σίτιση και την άριστη γενική κατάσταση παρουσίαζε επίμονη υπασβεστιαίμια και υπερφωσφαταιμία για την οποία έλαβε γλυκονικό Ca. Η υπασβεστιαίμια, η αδυναμία αναγνώρισης του θύμου στην ακτινογραφία θώρακος και ένας ήπιος υπερτελορισμός του νεογνού μας οδήγησε σε κυτταρογενετικό έλεγχο (τεχνική FISH) που κατέδειξε έλλειμμα στην περιοχή 22q11.2 ενός χρωμοσώματος 22. Από τον καρδιολογικό έλεγχο ανευρέθη μικρό ανοικτό ωοειδές τρήμα και δεξιό αορτικό τόξο. Ο έλεγχος κυτταρικής ανοσίας, η βυθοσκόπηση, οι ωτοακουστικές εκπομπές, τα υπερηχογραφήματα εγκεφάλου, άνω κοιλίας, νεφρών και ο έλεγχος θυρεοειδούς ήταν φυσιολογικά.

Συμπέρασμα: Η επίμονη νεογνική υπασβεστιαίμια είναι μια συχνή εκδήλωση του DGS (απαντάται στο 70% των περιπτώσεων) και μπορεί να κατευθύνει προς τη διάγνωσή του. Η συνακόλουθη έγκαιρη καρδιολογική, ανοσολογική, ενδοκρινολογική, αναπτυξιακή και ψυχιατρική παρακολούθηση και υποστήριξη περιορίζουν τις επερχόμενες ανικανότητες των πασχόντων νεογνών.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ GITELMAN ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ (E-128)

Δουρίδας Ι., Καραϊσκάκης Π., Καραϊσκάκης Π. Τ., Κουντάρας Κ., Ντεμίρι Ντ., Γρηγοριάδου Ε., Σερασκέρη Ε., Σκαρμούτσος Μ., Μαλλιωτάκης Μ., Παλούκη Π., Ζόγκα Μ., Κιοσές Ε.

¹Μαιευτικό και Γυναικολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», ²University of Semmelweis, Budapest, Hungary

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Gitelman αποτελεί μια σπάνια νεφρολογική διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από υποκαλιαιμία, υπομαγνησαιμία, υποασβεστιουρία και μεταβολική αλκάλωση.

Σκοπός: Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού μιας 19χρονης εγκύου γυναίκας με σύνδρομο Gitelman.

Παρουσίαση περιστατικού: Μια 19χρονη πρωτότοκος γυναίκα με ήδη διαγνωσμένο σύνδρομο Gitelman παρακολούθηθηκε από την κλινική μας σε συνεργασία με ομάδα νεφρολόγων. Κατά την διάρκεια της κύησης η ασθενής συνέχισε να λαμβάνει θεραπεία υποκατάστασης καλίου και μαγνησίου με σκευάσματα από του στόματος και υποβλήθηκε σε στενή παρακολούθηση των ηλεκτρολυτών με τις απαραίτητες προσαρμογές στην ανώτερη φαρμακευτική αγωγή. Ο προγεννητικός έλεγχος δεν αποκάλυψε κάποια ανατομική ανωμαλία. Η ασθενής παρέμεινε ασυμπτωματική καθόλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης, η οποία ολοκληρώθηκε στις 38 εβδομάδες με καισαρική τομή λόγω αδυναμίας εξέλιξης τοκετού και το βάρος 3070 γρ. νεογνό δεν εμφάνισε καμία ηλεκτρολυτική διαταραχή.

Συμπέρασμα: Παρά τα περιορισμένα δεδομένα η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι γυναίκες με σύνδρομο Gitelman μπορούν με τη κατάλληλη παρακολούθηση να κυφορήσουν με επιτυχία και η διαταραχή αυτή να αντιμετωπιστεί χωρίς μητρικές και εμβρυικές επιπλοκές.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ (E-129)

Δερμεντζόγλου Β.¹, Καράτζιου Χ.¹, Πετροπούλου Χ.², Γλυνού Ε.¹, Σουλτάτος Α.¹, Σδρόλιας Β.¹
Ζαοίφη Μ.¹, Δερμεντζόγλου Β.

¹Ακτινολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία», ²B'MEN, Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία»

Σκοπός: Το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας είναι από τις συχνότερα απαντώμενες νοσολογικές οντότητες στις μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών αφορώντας κυρίως τα πρόωρα νεογνά. Σημαντική είναι η συμβολή των απεικονιστικών μεθόδων, κυρίως της ακτινογραφίας θώρακα, στην παρακολούθησή του. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η ανασκόπηση των απεικονιστικών ευρημάτων της νόσου και των επιπλοκών της.

Υλικά και Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά τα απεικονιστικά ευρήματα νεογνών με σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας για διάστημα 1 έτους. Η απλή ακτινογραφία θώρακα είναι η κύρια μέθοδος απεικόνισης, ενώ υπό μελέτη είναι η χρησιμότητα του υπερηχογραφήματος πνεύμονα. Η αξονική τομογραφία υψηλής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε σε επιβαρυνμένες περιπτώσεις βρογχοπνευμονικής δυσπλασίας.

Αποτελέσματα: Η απλή ακτινογραφία στις πρώτες ώρες της ζωής αναδεικνύει μικρούς υποαερισμένους πνεύμονες με παρουσία αεροβρογχογράμματος ή δικτυοκοκκώδους μορφολογίας, ενώ σε βαρύτερες περιπτώσεις έχουμε τη σημειολογία του «white out lung». Το υπερηχογράφημα σε αυτή τη φάση αναδεικνύει διάχυτη οπισθοηπατική υπερχογένεια και μικρές υποπλεύριες πυκνώσεις ενώ η εξέλιξη της υπερηχογραφικής εικόνας των πνευμόνων αποδεικνύεται χρήσιμος προγνωστικός παράγοντας. Μετά τους θεραπευτικούς χειρισμούς η ακτινογραφία είναι σημαντική για τη μελέτη της αποκατάστασης του αερισμού ενώ είναι επίσης απαραίτητη για την μελέτη των οξέων επιπλοκών του συνδρόμου (air leak: διάμεσο εμφύσημα, πνευμοθώρακας, πνευμομεσοθωράκιο, πνευμοπερικάρδιο) αλλά και των χρόνιων (βρογχοπνευμονική δυσπλασία). Εδώ συμπληρωματικά χρησιμοποιείται και η CT.

Συμπεράσματα: Η ακτινογραφία θώρακα είναι η βασική μελέτη του συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας των νεογνών καλύπτοντας όλες τις νοσολογικές οντότητες που σχετίζονται με αυτό, ενώ συμπληρωματική αλλά ιδιαίτερα χρήσιμη είναι η συμβολή άλλων μεθόδων (υπερηχογράφημα, CT).

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΥΤΟΜΑΤΟΥ ΑΙΜΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ (E-130)

Βαβίλης Δ., Ζεπειρίδης Α., Θεοδωρίδης Θ., Πάντος Γ., Τζεβελέκης Φ., Βενέτης Χ., Γήτας Γ., Ταρλατζής Β.

Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου"

Η παρουσία αυτόματου αιμοπεριτοναίου κατά την διάρκεια την κύηση αποτελεί σπάνιο συμβάν στην επείγουσα μαιευτική πράξη. Είναι πολύ μικρή η παγκόσμια δημοσιευμένη εμπειρία. Οι μεγάλες πλειοψηφία των περιστατικών αφορά ρήξεις μήτρας. Ελάχιστα όμως τα δεδομένα με αιμοπεριτόναιο και ακέραια την μήτρα. Εκθέτουμε την εμπειρία μας, που αφορά μια κύηση είκοσι τεσσάρων εβδομάδων, σε μια ασθενή με βαρύ γυναικολογικό και μαιευτικό ιστορικό, η οποία παρουσιάστηκε στα επεί-

γοντα σε κατάσταση αιμοδυναμικής αστάθειας και υπερηχογραφικά ευρήματα περιτοναϊκής συλλογής μεγάλης ποσότητας υγρού. Η ασθενής υποβλήθηκε σε επείγουσα λαπαροτομία, όπου βρέθηκε εκτεταμένο αιμοπεριτόναιο λόγω μεγάλης απώλειας αίματος από την βάση ενός υπορογονίου εξωφυτικού ινομυώματος στον πυθμένα της μήτρας. Στο δίλημμα της απόφασης για συντηρητική ή ριζική επέμβαση, παίζει μεγάλο ρόλο το ιστορικό της ασθενούς. Με την τοποθέτηση ειδικής ραφής τύπου Π και χρησιμοποιώντας αυτοσχέδιο πλέγμα από teflon και αιμοστατική γάζα στην βάση του ινομυώματος, επετεύχθη ασφαλές αιμοστατικό αποτέλεσμα. Η ασθενής γέννησε με καισαρική τομή στις τριάντα έξι εβδομάδες ένα υγιές νεογνό. Συμπερασματικά, ακόμη και σε εξαιρετικά επείγουσες μαιευτικές περιπτώσεις, μπορεί να εφαρμοστεί κανείς συντηρητική χειρουργική αγωγή προς όφελος της ασθενούς.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΜΕ ΤΙΣ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ (E-131)

Πηγής Δ., Δασκαλάκης Γ., Παπαντωνίου Ν., Μεσογίτης Σ., Θεοδωρά Μ., Αντσακλής Π., Αντσακλής Α.
Α' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ"

Αντικείμενο: Η αμνιοπαρακέντηση και η βιοψία χοριακών λαχνών παρέχουν διαγνωστική ακρίβεια της τάξης του 99% στη διάγνωση χρωμοσωματικών ανωμαλιών. Οι επιπλοκές περιλαμβάνουν κίνδυνο εμβρυϊκής απώλειας 0,5-1% μετά από αμνιοπαρακέντηση και 1-2% μετά από βιοψία χοριακών λαχνών. Σκοπός της μελέτης είναι να συγκρίνει τις δύο επεμβατικές τεχνικές προγεννητικού ελέγχου όσον αφορά τη συσχέτισή τους με την υπερτασική νόσο της κύησης.

Μέθοδος: Χρησιμοποιώντας το αρχείο ασθενών του Τμήματος Προγεννητικού Ελέγχου της Α' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του ΓΝΑ "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ", συγκρίναμε τα ποσοστά εμφάνισης υπερτασικών διαταραχών μεταξύ γυναικών που υπεβλήθησαν σε βιοψία χοριακών λαχνών και γυναικών που υπεβλήθησαν σε αμνιοπαρακέντηση. Για τις συγκρίσεις μεταξύ των δύο ομάδων των ασθενών χρησιμοποιήθηκαν οι ενδεδειγμένες στατιστικές μέθοδοι, συμπεριλαμβανομένης της πολλαπλής λογαριθμιστικής εξάρτησης.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 3.243 γυναίκες που υπεβλήθησαν σε βιοψία χοριακών λαχνών και 8.370 γυναίκες που υπεβλήθησαν σε αμνιοπαρακέντηση, κατά το χρονικό διάστημα από το 1998 έως το 2008. Ο μέσος όρος ηλικίας της πρώτης ομάδας ασθενών ήταν τα 30 έτη (SD=5.9), ενώ ο μέσος όρος ηλικίας της δεύτερης ομάδας ήταν τα 35,5 έτη (SD=4.5). Η συνολική επίπτωση των υπερτασικών διαταραχών της κύησης ήταν 61/3243 (1,9%) στην ομάδα της βιοψίας χοριακών λαχνών και 70/8370 (0,8%) στην ομάδα της αμνιοπαρακέντησης. Μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης προεκλαμψίας και υπερτασικής νόσου της κύησης ανευρέθη στην ομάδα της βιοψίας χοριακών λαχνών συγκριτικά με την ομάδα της αμνιοπαρακέντησης [Πιθανότητα εμφάνισης υπερτασικής νόσου στην ομάδα που υπεβλήθη σε βιοψία χοριακών λαχνών 2,47 φορές υψηλότερη συγκριτικά με εκείνη της αμνιοπαρακέντησης (OR 2,47, 95%CI 1.65-3.69, P<0.001)]. Αντίθετα, το ποσοστό πρόωρων τοκετών (<37 εβδομάδες) και νεογνικών θανάτων ανευρέθη χαμηλότερο στην ομάδα της βιοψίας χοριακών λαχνών.

Συμπεράσματα: Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι ούτε η βιοψία χοριακών λαχνών, ούτε η αμνιοπαρακέντηση ενοχοποιούνται ως αιτιολογικοί παράγοντες πρόκλησης υπερτασικής νόσου της κύησης ή προεκλαμψίας. Αυτή είναι η πρώτη μελέτη κατά την οποία οι δύο επεμβατικές

τεχνικές προγεννητικού ελέγχου τίθενται σε σύγκριση μεταξύ τους όσον αφορά το ποια συσχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης υπερτασικών διαταραχών της κύησης. Τα δεδομένα υποστηρίζουν ότι η βιοψία χοριακών λαχνών ενέχει μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης υπερτασικής νόσου της κύησης συγκριτικά με την αμνιοπαρακέντηση. Αυτή η σχέση πρέπει να επιβεβαιωθεί με περαιτέρω μελέτες.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΜΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΚΑΦΕΪΝΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ (E-132)

Φωτίου Μ.¹, Συμεωνίδου Μ.¹, Μιχαηλίδου Α.¹, Μενεξές Γ.², Μουστάκης Δ.¹, Κυρογιάννη Α.¹, Αθανασιάδης Α.³, Τζεβελέκης Β.³, Ασημακόπουλος Ε.³, Ταρλατζής Β.³

¹Τομέας Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων, Γεωπονική Σχολή ΑΠΘ, ²Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου"

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της υπόθεσης ότι το κάπνισμα, καθώς και η κατανάλωση αλκοόλ και καφεΐνης, από τη μητέρα κατά το 2ο τρίμηνο της κύησης, δύναται να επηρεάσει το βάρος γέννησης του νεογνού.

Υλικά και Μέθοδος: Στην παρούσα προοπτική μελέτη συμμετείχαν 329 έγκυες γυναίκες, οι οποίες διένυαν το 2ο τρίμηνο της κύησης. Στοιχεία σχετικά με το βάρος και το φύλο των νεογνών συλλέχθηκαν από τα ιατρικά αρχεία. Οι συνήθειες των εγκύων, όσον αφορά το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ και την πρόσληψη καφεΐνης, καταγράφηκαν με τη χρήση ερωτηματολογίων. Η έκθεση στους δυνητικούς αυτούς παράγοντες κινδύνου κωδικοποιήθηκε ως διχοτομική μεταβλητή (ναι/όχι). Για τη διερεύνηση της επίδρασης των τριών παραγόντων κινδύνου, καθώς και του φύλου, στο βάρος του νεογνού χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση συνδιακύμανσης (analysis of covariance), στο πλαίσιο των Γενικών Γραμμικών Μοντέλων (General Linear Models). Ως συμμεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν η ηλικία της μητέρας, ο δείκτης σωματικής μάζας της μητέρας πριν την εγκυμοσύνη, η πρόσληψη βάρους της μητέρας κατά την κύηση και η διάρκεια της κύησης, σε διάφορους συνδυασμούς.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των εγκύων, 65 (19,8%) κάπνιζαν, 123 (37,4%) κατανάλωναν αλκοόλ και 297 (90,3%) προσλάμβαναν καφεΐνη. Οι συνδυασμοί των τριών παραγόντων κινδύνου είχαν ως αποτέλεσμα το σχηματισμό επτά ομάδων, στο συγκεκριμένο δείγμα. Δε βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ του βάρους γέννησης και της έκθεσης στους τρεις παράγοντες κινδύνου ($p > 0,05$), όταν το μοντέλο εφαρμόστηκε στο σύνολο του δείγματος, ακόμα κι όταν έγινε διόρθωση ως προς τις συμμεταβλητές που επιλέχθηκαν. Στη συνέχεια, το μοντέλο εφαρμόστηκε σε δύο από τις επτά ομάδες γυναικών - την ομάδα Α, στην οποία οι γυναίκες είχαν έκθεση και στους τρεις παράγοντες κινδύνου ($n=25$), και την ομάδα Β, στην οποία οι γυναίκες δεν εκθέτονταν σε κάποιον από τους τρεις παράγοντες κινδύνου ($n=23$). Σε αυτή την περίπτωση, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,05$) στους μέσους όρους του βάρους γέννησης των νεογνών (3114,8g vs 3277,4g για την ομάδα Α και Β, αντίστοιχα).

Συμπέρασμα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας, η ταυτόχρονη έκθεση της εγκύου στο κάπνισμα, το αλκοόλ και την καφεΐνη δύναται να επιφέρει μείωση του βάρους γέννησης του νεογνού. Μία περισσότερο ολιστική προσέγγιση της σχέσης αυτών των παραγόντων κινδύνου με την ανάπτυξη του κνήματος, θα μπορούσε να συμπεριλαμβάνει την επίδραση του διατροφικού προφίλ της εγκύου.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΡΟΠΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΝΕΟΓΝΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΝΕΟΓΝΟΥ (E-133)

Τσεκούρα Ε., Πολυχρονάκου Α., Μαντζαβίνου Α., Μενδρινού Μ., Μέξη Π., Κασσάνος Δ.

MENN Γ' Παιδιατρικής Πανεπιστημιακής Κλινικής και Γ' Μαιευτική Πανεπιστημιακή Κλινική, Νοσοκομείο "Αττικόν"

Σκοπός: Μελέτη συσχέτισης τρόπου τοκετού τελειόμηνων και οριακά πρόωρων νεογνών με την εμφάνιση νεογνικών επιπλοκών και την διατροφή του νεογέννητου.

Μέθοδος: Αναδρομική συλλογή στοιχείων από το αρχείο του νεογνολογικού τμήματος της Γ' Παιδιατρικής Πανεπιστημιακής Κλινικής του Νοσοκομείου 'Αττικόν' στο σύνολο των γεννήσεων της Γ' Μαιευτικής Πανεπιστημιακής Κλινικής το έτος 2010.

Αποτελέσματα: Έγινε συλλογή δεδομένων από 1513 νεογνά με ηλικία κύησης (HK) ≥ 32 η-42η εβδομάδες. Τοκετός δια της κοιλιακής οδού ('φυσιολογικός τοκετός' ΦΤ) έγινε στο 46% (4.7% χρήση εμβρουλικού) και καισαρική τομή (ΚΤ) στο 53.3%. Επί του συνόλου των γεννήσεων εισαγωγή στην MENN λόγω εισρόφησης μηχανίου, αναπνευστική δυσχέρεια, περιγεννητική λοίμωξης και περιγεννητική ασφυξίας έγινε στο 2.5%, 3.1% μετά από ΚΤ και 1.9% μετά από ΦΤ. Διαφορά παρατηρήθηκε μεταξύ επείγουσας ΕΚΤ (7.1%), προγραμματισμένης ΠΚΤ (2.3%) και ΦΤ (1.9%), $p < 0.001$. Δεν παρατηρήθηκε στατιστική διαφορά μεταξύ ΠΚΤ και ΦΤ. Κακώσεις παρατηρήθηκαν συχνότερα στο ΦΤ (22.1%) από την ΠΚΤ (7.1%), $p < 0.001$. Κεφαλαιμάτωμα-προκεφαλή 21.6%, κάταγμα κλείδας 0.7%, κάκωση βραχιονίου πλέγματος 0.6%. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην συχνότητα εμφάνισης κακώσεων στον ΦΤ σε σχέση με το βάρος γέννησης και την ηλικία της μητέρας ενώ είναι συχνότερες με την χρήση εμβρουλικού ($p < 0.001$). Στην ΚΤ θλαστικά τραύματα παρατηρήθηκαν στο 1.6%, προκεφαλή στο 7.4%. Διαφορές παρατηρούνται μεταξύ ΠΚΤ (7.1%) και επείγουσας ΚΤ (18.6%), $p < 0.001$. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά μεταξύ ΕΚΤ (18.6%) και ΦΤ (22.1%). Απώλεια βάρους $> 10\%$ παρατηρήθηκε συχνότερα στα νεογνά με ΚΤ (176/98, $p < 0.001$). Αποκλειστικό μητρικό θηλασμό ΑΜΘ εμφάνισε το 85.1% των νεογνών με ΦΤ, το 69.3 % των νεογνών με ΠΚΤ και το 79.3% των νεογνών με ΕΚΤ. Σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στον ΑΜΘ μεταξύ του ΦΤ και της ΠΚΤ ($p < 0.001$)

Συμπεράσματα: Το ΒΓ και η ηλικία της μητέρας δεν αποτελούν ένδειξη καισαρικής τομής ως μοναδικές παράμετροι. Κακώσεις κατά τον τοκετό παρατηρούνται συχνότερα με την χρήση εμβρουλικού. Αύξηση εισαγωγών στην MENN παρατηρείται μετά από ΕΚΤ. Η ΠΚΤ συνδέεται με μείωση του ΑΜΘ.

ΣΥΦΙΛΗ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ (E-134)

Παντατοσάκης Ε., Πετράκος Γ., Αλγαζιδου Ε., Τσέβης Κ., Μπούσιος Ι., Χριστοδουλάκη Χ., Νταγκλή Α.

Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

Εισαγωγή: Η σύφιλη είναι λοιμώδης νόσος που μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή και οφείλεται στη ωχρά σπειροχάιτη. Διακρίνεται σε επίκτητη, όταν μεταδίδεται με σεξουαλική επαφή, και σε συγγενή, όταν το έμβρυο μολύνεται μέσω του πλακούντα από τον 4-το μήνα και έπειτα. Τα κλινικά στάδια της περιλαμβάνουν

1. Πρωτοπαθές στάδιο: περιλαμβάνει το συφιλιδικό έλκος που εντοπίζεται στα γεννητικά όργανα και χωρίς θεραπεία υποχωρεί σε 1 έως 6 εβδομάδες και την συφιλιδική αδενίτιδα.
2. Δευτεροπαθές στάδιο. αρχίζει σε διάστημα 6 με 8 εβδομάδων μετά από την αρχική μόλυνση και διαρκεί 3 έως 12 μήνες. Περιλαμβάνει την συφιλιδική ροδάνθη, το περιδέριο της Αφροδίτης, την συφιλιδική αλωπεκία και συστηματικές εκδηλώσεις όπως ανορεξία, απώλεια βάρους, σπληνομεγαλία, μηνιγγίτιδα, περαιοσίτιδα.
3. Τριτοπαθές στάδιο. Αναπτύσσεται μέσα σε 2 έως 20 χρόνια μετά την εξαφάνιση των δευτεροπαθών αλλοιώσεων. Περιλαμβάνει το κομμίωμα (συφιλιδικός όγκος) και συστηματικές εκδηλώσεις-καρδιοαγγειακή σύφιλη, νευροσύφιλη και σύφιλη των οστών.

Τα κλινικά στάδια της περιλαμβάνουν:

1. Πρώιμη συγγενής σύφιλη. Εάν δεν επέλθει ενδομήτριος θάνατος, οι εκδηλώσεις όπως η εικόνα μαρασμού, γεροντικό προσωπείο, συφιλιδική κόρυζα, ψευδοπαράλυση του Parrot, ραγάδες των χειλιών κ.α., μπορούν να εμφανιστούν μετά από 2 έως 6 εβδομάδες μετά την κύηση.
2. Όψιμη συγγενής σύφιλη. Εμφανίζεται μετά το 2ο έτος με κυριότερες εκδηλώσεις την διάμεσο κερατίτιδα, αρθροορογονίτιδα, γενική παράλυση, κινητική αταξία κ.α.
3. Συφιλιδικά στίγματα. Με κυριότερες εκδηλώσεις κλινικές εικόνες όπως οδόντες Hutchinson, επιπιοειδής μύτη, γραμμοειδείς ουλές.

Κατά την μελέτη αναλύθηκαν το σύνολο των θετικών δειγμάτων σύφιλης στις επίτοκες για το έτος 2010 στο Γ. Ν. Καλαμάτας

Υλικό: το υλικό συλλέχθηκε από τα βιβλία αιθούσης τοκετών και από τους φακέλους νοσηλείας των ασθενών.

Αποτελέσματα: κατά το έτος 2010 το σύνολο των επιτόκων ήταν 620. Στο σύνολο των επιτόκων καταγράφηκαν 8 περιστατικά που είχαν στον εργαστηριακό έλεγχο θετική αντίδραση για σύφιλη (RPR) (1,2%).

Συμπεράσματα: η σύφιλη είναι μία κατάσταση στην εγκυμοσύνη που ενώ σε παλαιότερα έτη σχεδόν απουσίαζε, σήμερα είναι υπαρκτή σε ποσοστό που πρέπει να γίνεται έλεγχος και κυρίως σε περιοχές που η παρακολούθηση των εγκύων είναι ελλιπής λόγω της μη συμμόρφωσης των εγκύων στις οδηγίες των Ιατρών.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΚΥΗΣΕΩΝ ΜΕ ΠΡΩΩΡΗ ΡΗΞΗ ΕΜΒΡΥΪΚΩΝ ΥΜΕΝΩΝ (E-135)

Στρατουδάκης Γ., Τζανάκης Κ., Χριστοδουλάκη Χ., Καστρινάκης Κ., Ζησιού Α., Τσόπελας Α., Δασκαλάκης Γ.

Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Γεν. Ν. Νοσοκομείου Χανίων Κοήτης

Η προωρότητα και οι επιπλοκές που σχετίζονται με αυτή, αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα της κύησης, αφού είναι η συχνότερη αιτία νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας, ακόμα και στις αναπτυγμένες κοινωνικά και υγειονομικά χώρες¹. Το 1/3 των πρόωρων τοκετών οφείλονται σε πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων (ΠΡΕΥ). Αν και η ΠΡΕΥ συμβαίνει σε ποσοστό 2-3% του συνόλου των κυήσεων, εντούτοις ενοχοποιείται για το 20% περίπου της περιγεννητικής θνησιμότητας². Η ΠΡΕΥ ορίζεται σαν η ρήξη των εμβρυϊκών υμένων, δηλαδή του χορίου και του αμνίου πριν τη συμπλήρωση 37 εβδομάδων κύησης³. Το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από τη ρήξη των υμένων μέ-

χρη την έναρξη του τοκετού ποικίλει και κυμαίνεται από 1 μέχρι 72 ώρες. Η αντιμετώπιση της ΠΡΕΥ είναι και παραμένει αμφιλεγόμενη, γιατί υπάρχει πάντα ο κίνδυνος σηψαιμίας, όταν αποφασισθεί η συντηρητική αντιμετώπιση. Η ενδομήτρια λοίμωξη και η πνευμονική υποπλασία αποτελούν τα σοβαρότερα προβλήματα. Ουσιαστικά θα πρέπει πάντα στην απόφαση για την περαιτέρω αντιμετώπιση να συνεκτιμηθούν οι κίνδυνοι που κρύβει η λοίμωξη και οι επιπλοκές που κρύβει η προωρότητα⁴. Πολλοί προτιμούν τη συντηρητική αντιμετώπιση μέχρι τις 36 εβδομάδες, εφόσον δεν υπάρχουν ενδείξεις έναρξης τοκετού⁵. Στις αναπτυγμένες χώρες, με σύγχρονες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Νεογνών, μπορούν να αφήσουν να εξελιχθεί ο τοκετός, μετά από την προετοιμασία των πνευμόνων με κορτικοστεροειδή, χωρίς όμως πάλι να μπορούν να εγγυηθούν ότι δεν θα υπάρχει αυξημένη νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα^{6,7}. Σκοπός της μελέτης είναι να παρουσιάσουμε τη συχνότητα και να εκτιμήσουμε την έκβαση των περιστατικών που αντιμετωπίσαμε με ΠΡΕΥ.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήσαμε αναδρομικά τα στοιχεία από όλες τις γυναίκες με ΠΡΕΥ που εξετάστηκαν ή και γέννησαν στη Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική του Νοσοκομείου Χανίων μεταξύ της 1ης Ιανουαρίου 2001 και 31ης Δεκεμβρίου 2010. Η διάγνωση βασίστηκε στο ιστορικό από την ίδια την έγκυο, στην εξέταση κόλπου-τραχήλου με μητροσκόπιο, στη δοκιμασία νιτραζίνης με μέτρηση του pH κόλπου και στον υπερηχογραφικό έλεγχο για τον αποκλεισμό συγγενών ανωμαλιών και υπολογισμό του αμνιακού δείκτη. Συντηρητική αντιμετώπιση είχαν όλες οι ασθενείς μέχρι την αυτόματη έναρξη του τοκετού ή μέχρι την εμφάνιση ενδείξεων τοκετού από την έγκυο ή το έμβρυο, όπως χοριοαμνιονίτιδα, κεχρωσμένο αμνιακό υγρό, ενδομήτριο θάνατο, συγγενή εμβρυϊκή ανωμαλία μη συμβατή με τη ζωή ή προχωρημένο στάδιο τοκετού. Όλες οι ασθενείς παρέμειναν στη κλινική και συστήθηκε κλινοστατισμός. Έγιναν στην μητέρα δύο δόσεις βηταμεθαζόνης 12 mg ενδομυϊκώς, σε διάστημα 12 ωρών η μια από την άλλη, για τη βελτίωση της πνευμονικής ωριμότητας και τη μείωση των νεογνικών θανάτων από σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας ή εγκεφαλική αιμορραγία. Σε όλες τις ασθενείς χορηγήθηκαν αντιβιοτικά σε προφυλακτική δόση με σκοπό να αντιμετωπισθεί μια λανθάνουσα λοίμωξη, που είναι δυνατό μελλοντικά να αποβεί επιζήμια για την έγκυο και το έμβρυο και να διακόψει την ενεργοποίηση εκείνων των μηχανισμών που οδηγούν σε πρόωρο τοκετό. Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στα κλινικά σημεία λοίμωξης (ταχυκαρδία, πυρετός, δύσσομη κολπική έκκριση, ευαισθησία της μήτρας κατά τη ψηλάφηση, αύξηση της CRP, λευκοκυττάρωση) και στα αποτελέσματα των καλλιιεργειών κολπικού υγρού, ούρων και αίματος.

Αποτελέσματα: Είχαμε 214 περιστατικά με ΠΡΕΥ και ποσοστό 5.4% στο σύνολο των γυναικών που γέννησαν στην Κλινική μας. Η συχνότερη ηλικία της μητέρας ήταν μεταξύ 21-25 έτη (42.6%) και μετά 31-35 έτη (36.3%). Ο κίνδυνος για ΠΡΕΥ ήταν μεγαλύτερος για τις πρωτόκες (36.4%) και τις πολυτόκες με πάνω από 3 παιδιά (27.1%). Το 43.2% των περιστατικών ασχολούνταν με τη γεωργία και είχε ελλιπή μόρφωση. Ιστορικό αποβολών πρώτου ή δεύτερου τριμήνου είχαμε στο 18.5% και πρόωρου τοκετού με ή χωρίς ΠΡΕΥ στο 15.4% των περιστατικών. Η συχνότερη ηλικία κύησης ήταν μεταξύ 33-36 εβδομάδων (76.9%). Το 78.5% των περιστατικών γέννησαν μέσα στις πρώτες 48 ώρες και μόνο το 6.1% γέννησαν μετά από μια εβδομάδα. Οι 86 γυναίκες (40.2%) είχαν κολπικό τοκετό και οι 128 (59.8%) καισαρική τομή. Είχαμε 5 νεογνικούς θανάτους (2.3%) και συγκεκριμένα 2 ενδομήτριους θανάτους πριν την ΠΡΕΥ, 2 ενδομήτριους θανάτους κατά τη διάρκεια νοσηλείας και 1 θάνατο λόγω υδροκεφαλίας.

Συζήτηση: Η συχνότητα της ΠΡΕΥ στη μελέτη μας ήταν 5.4%, ποσοστό υψηλότερο από αυτό άλλων χωρών (Αγγλία, Γαλλία, ΗΠΑ, κ.ά.), που κυμαίνεται στο 1-2%¹. Αυτή η αύξηση θα μπορούσε να αποδοθεί στο χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των ασθενών, στην έλλειψη επαρκούς μορφωτικού επιπέδου, στη νεαρή ηλικία των γυναικών, στο γεγονός ότι οι περισσότερες ήταν πρωτόκες ή

πολυτόκες με >3 παιδιά και που αποτελούν παράγοντες κινδύνου για ΠΡΕΥ. Η συσχέτιση μεταξύ ΠΡΕΥ και χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και έλλειψη επαρκούς μορφωτικού επιπέδου έχει αναφερθεί και σε άλλες μελέτες⁸. Το 1/3 των περιστατικών με ΠΡΕΥ είχαν στο ιστορικό τους αυτόματη ή τεχνητή έκτρωση και η συσχέτιση αυτή έχει αναφερθεί και σε άλλες μελέτες⁹. Η συντηρητική αντιμετώπιση εφαρμόστηκε σε όλες τις ασθενείς της μελέτης. Τα 3/4 των γυναικών της μελέτης βρισκόταν σε ηλικία κύησης 33-36w και μόνο το 1/4 ήταν <33w, σε συμφωνία και με άλλη μελέτη¹⁰. Παρατηρήθηκε ότι η περίοδος που μεσολαβεί από την ΠΡΕΥ μέχρι τον τοκετό είναι μεγαλύτερη όσο μικρότερη είναι η εβδομάδα εγκυμοσύνης. Παρατηρήθηκε επίσης ότι το 78.5% των περιστατικών γέννησαν μέσα στις πρώτες 48 ώρες και μόνο το 6.1% γέννησαν μετά από μια εβδομάδα. Ανάλογα ποσοστά έχουν αναφερθεί και σε άλλες μελέτες^{9,10}. Το ποσοστό των καισαρικών τομών ήταν 59.8% περίπου. Το ποσοστό αυτό της μελέτης μας είναι υψηλό σε σχέση με αυτό άλλων μελετών (12%), που αντιμετώπισαν συντηρητικά γυναίκες με ΠΡΕΥ που βρισκόταν στην 33-34w⁷⁻¹⁰. Σε άλλη μελέτη το ποσοστό φτάνει το 34%⁵. Αυτή η διαφορά πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι περιλαμβάνονται στη μελέτη κύσεις με ΠΡΕΥ μεταξύ 24-28w. Πράγματι σε αυτές τις χαμηλές εβδομάδες κύησης υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες ανώμαλων προβολών, με βάρος εμβρύων πολύ χαμηλό, έτσι ώστε να επιλέγεται η καισαρική τομή από ένα δύσκολο και πιθανόν μοιραίο κολπικό τοκετό. Η συχνότερη ένδειξη τοκετού στη μελέτη μας ήταν η αυτόματη έναρξη (76%), ποσοστό ανάλογο με εκείνο άλλης μελέτης⁹. Για την πρόληψη της μητρικής και νεογνικής σηψαιμίας χρησιμοποιήσαμε αντιβιοτικά σε προφυλακτική δόση στην αρχή και μετά ανάλογα με τα αποτελέσματα των καλλιιεργειών. Η χορήγησή τους ακόμα αμφισβητείται. Έχει αποδειχθεί όμως ότι η αντιβιοτική προφύλαξη εναντίον αναερόβιων μικροβίων σχετίζεται με παράταση της κύησης¹⁰. Συμπερασματικά, η ΠΡΕΥ αποτελεί και σήμερα μια από τις επιπλοκές της εγκυμοσύνης που είναι στενά συνδεδεμένη με τον πρόωρο τοκετό και κατ' επέκταση με αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Βιβλιογραφία

1. Di Renzo GC, Roura LC; European Association of Perinatal Medicine-Study Group on Preterm Birth. Guidelines for the management of spontaneous preterm labor. *J Perinat Med*. 2006;34(5):359-66.
2. Waters TP, Mercer BM. The management of preterm premature rupture of the membranes near the limit of fetal viability. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;201(3):230-40.
3. Mateus J, Fox K, et al. Preterm premature rupture of membranes: clinical outcomes of late-preterm infants. *Clin Pediatr (Phila)*. 2010;49(1):60-5.
4. Melamed N, Klinger G, et al. Short-term neonatal outcome in low-risk, spontaneous, singleton, late preterm deliveries. *Obstet Gynecol*. 2009;114(2):253-60.
5. Pasquier JC, Picaud JC, et al. Neonatal outcomes after elective delivery management of preterm premature rupture of the membranes before 34 weeks' gestation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009;143(1):18-23.
6. Newman DE, Paamoni-Keren O, et al. Neonatal outcome in preterm deliveries between 23 and 27 weeks' gestation with and without preterm premature rupture of membranes. *Arch Gynecol Obstet*. 2009;280(1):7-11.
7. Noor S, Nazar AF, et al. Prevalence of PPRM and its outcome. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2007;19(4):14-7.
8. Darwish A, Elnshar EM, et al. Treatment options for bacterial vaginosis in patients at high risk of preterm labor and premature rupture of membranes. *J Obstet Gynaecol Res*. 2007;33(6):781-7.
9. Mercer BM. Is there a role for tocolytic therapy during conservative management of preterm premature rupture of the membranes? *Clin Obstet Gynecol*. 2007;50(2):487-96.
10. Gomez R, Romero R, et al. Antibiotic administration to patients with preterm premature rupture of membranes does not eradicate intra-amniotic infection. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2007;20(2):167-73.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2007-2011 (E-136)

Κυριακίδης Μ.¹, Ευαγγελινός Δ.¹, Σίσκου Μ.¹, Χλιάρα Ε.¹, Κοτσαηλίδου Σ.¹, Γκαρμύρης Π.¹, Κουρατζή Μ.², Σκαφιδά Π.¹

¹Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Πολυγύρου, ²Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Πολυγύρου

Σκοπός: Τα ποσοστά της καισαρικής τομής τα τελευταία χρόνια παρουσιάζουν αύξηση παγκοσμίως και έχουν φτάσει στο 31,8% το 2007 στις ΗΠΑ, ενώ στην Ελλάδα βρίσκονται στο 47,3%. Αυτή η μελέτη έγινε με σκοπό να διερευνηθεί το ποσοστό των καισαρικών τομών στην Κλινική μας, με βάση την ταξινόμηση κατά Robson, χρησιμοποιώντας επιδημιολογικά δεδομένα από το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής που εξυπηρετεί ελληνικό πληθυσμό αλλά και μεγάλο ποσοστό μεταναστών και τουριστών.

Μέθοδος: Επιχειρήσαμε διασταυρούμενη έρευνα από την ηλεκτρονική βάση δεδομένων της Μ/Γ Κλινικής του Γεν. Νοσ. Χαλκιδικής, όπου καταγράφονται οι μαιευτικές υπηρεσίες που παρέχονται. Η μελέτη συμπεριέλαβε όλες τις γυναίκες που γέννησαν στο Νοσοκομείο από τον Φεβρουάριο του 2007 έως τον Ιούνιο του 2011. Αναλυτικά στατιστικά παρουσιάζονται στη μελέτη.

Αποτελέσματα: Από το 2007 έως το 2011 τα ποσοστά των καισαρικών τομών ήταν κατά μέσο όρο στο 39,3% και διαπιστώθηκε μια άνοδος στο ποσοστό της ΚΤ από 36,3% σε 44,9% κατά την περίοδο αυτή. Όταν εξετάστηκαν τα ποσοστά με βάση την ταξινόμηση Robson, βρέθηκε ότι τη μεγαλύτερη συνεισφορά στην άνοδο αυτή είχε η ΚΤ μετά από ΠΚΤ.

Συμπέρασμα: Η ταξινόμηση Robson, αναδεικνύοντας την κατηγορία των γυναικών που οδηγούνται συχνότερα σε ΚΤ, μπορεί να συμβάλλει στον καλύτερο σχεδιασμό του τοκετού, μειώνοντας τα ποσοστά της ΚΤ στο μέλλον.

ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΜΟΝΟΝΙΤΡΙΚΟΥ ΙΣΟΣΡΒΙΤΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΚΟΠΕΣ ΚΥΗΣΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΤΡΙΜΗΝΟΥ (E-137)

Μουσιώλης Α., Σίνδος Μ., Παπαντωνίου Ν., Αντσακλής Α.

1η Μαιευτική- Γυναικολογική Κλινική Νοσοκομείου Αλεξάνδρα, Αθήνα

Σκοπός: Σε in vitro, κυρίως, μοντέλα έχει διαπιστωθεί η συμβολή των παραγόντων απελευθέρωσης νιτροδών στην ωρίμανση του τραχήλου. Σκοπός της εργασίας ήταν η εξακρίβωση της αποτελεσματικότητας της συγχορήγησης σκευάσματος μονονιτρικού ισοσρβίτη στην κλινική πράξη στην κλινική μας.

Υλικό - Μέθοδος: Υλικό της προοπτικής μελέτης αποτέλεσαν οι περιπτώσεις διακοπών κύησης δεύτερου τριμήνου που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας. Οι γυναίκες που συμμετείχαν, χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: Στην ομάδα ελέγχου, οι γυναίκες ελάμβαναν μόνο τα σκευάσματα μισοπροστόλης σύμφωνα με το πρωτόκολλο της κλινικής. Στην ομάδα του νιτρώδους, συγχορηγήθηκε μονονιτρικός ισοσρβίτης κολπικά με τη μορφή ταμπλέτας 60 mg (max ημερήσια δόση 120 mg). Συγκρίθηκε ο αριθμός σκευασμάτων προσταγλανδίνης που χορηγήθηκαν, ο χρόνος εξόδου του εμβρύου, οι μεταβο-

λές στον αιματοκρίτη και τυχόν άλλες παρενέργειες. Χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μέθοδος t- test με επίπεδα σημαντικότητας $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμμετείχαν 60 γυναίκες. Στις 30 χορηγήθηκε μόνο προσταγλανδίνη και στις υπόλοιπες 30 προσταγλανδίνη και μονονιτρικός ισοσορβίτης. Δεν υπήρχε στατιστική σημαντικότητα στις διαφορές τόκου μητέρας, ηλικίας κύησης και βάρους εμβρύου μεταξύ των δύο ομάδων. Παρατηρήθηκε μη στατιστικά σημαντική μείωση των συνολικά χορηγούμενων σκευασμάτων προσταγλανδίνης (ομάδα ελέγχου: 8,15 ταμπλέτες, ομάδα νιτρώδους: 6,6 ταμπλέτες, $p > 0,05$). Η μείωση όμως στη συνολική διάρκεια μέχρι την έξοδο του εμβρύου ήταν στατιστικά σημαντική (ομάδα ελέγχου: 20,3 ώρες, ομάδα νιτρώδους: 12,3 ώρες, $p < 0,05$). Παρατηρήθηκε μεγαλύτερη πτώση του αιματοκρίτη στην ομάδα του νιτρώδους που όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Ο αριθμός των γυναικών που εμφάνισαν κάποια ανεπιθύμητη ενέργεια στις δύο ομάδες ήταν μικρός και χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Συμπεράσματα: Η συγχορήγηση μονονιτρικού ισοσορβίτη είναι μια εύκολη και ασφαλής μέθοδος αύξησης της αποτελεσματικότητας των προσταγλανδινών στις διακοπές κύησης δευτέρου τριμήνου και μπορεί να μειώσει το χρόνο αποπεράτωσης της διαδικασίας.

ΤΟΚΕΤΟΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΡΙΩΝ ΣΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ (E-138)

Πάντου Κ., Χοτούρα Ε., Ανδρονίκου Σ.

Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (ΠΓΝΙ)

Σκοπός: Μελέτη δημογραφικών και άλλων στοιχείων των μεταναστριών που γέννησαν στο ΠΓΝΙ στις χρονικές περιόδους 1998-1999 (περίοδος I) και 2008-2009 (περίοδος II).

Υλικό - Μέθοδος: Καταγράφηκαν οι τοκετοί που πραγματοποιήθηκαν τις παραπάνω περιόδους, η ιθαγένεια των επιτόκων μεταναστριών, η αναφερόμενη εργασιακή τους κατάσταση, η προγεννητική παρακολούθησή τους, η ηλικία τους και το είδος τοκετού. Έγινε σύγκριση των παραπάνω στοιχείων κατά τις περιόδους I και II.

Αποτελέσματα: Οι συνολικοί τοκετοί αυξήθηκαν την περίοδο II σε σχέση με την I κατά 22,2% ενώ οι τοκετοί μεταναστριών κατά 107,37%. Οι τοκετοί μεταναστριών της ομάδας M+M (μετανάστρια με σύντροφο μετανάστη) αυξήθηκαν κατά 4,5 φορές (από 1,49% σε 6,72%) στο σύνολο των τοκετών την περίοδο II σε σχέση με την I. Αλβανικής καταγωγής ήταν η πλειονότητα των μεταναστριών της ομάδας M+E (μετανάστρια με σύντροφο Έλληνα) - 63,45% την περίοδο I και 53,74% την II - και της ομάδας M+M - 93,33% την I και 89,88% την II. Οικιακή απασχόληση δήλωσαν το 68,95% και 56,35% των μεταναστριών τις περιόδους I και II αντίστοιχα. Προγεννητική παρακολούθηση αναφέρθηκε στο 100% των μεταναστριών την περίοδο I και στο 96% την περίοδο II. Δεν υπήρξαν διαφορές στην ηλικιακή κατανομή του συνόλου των μεταναστριών που γέννησαν στις δύο υπό μελέτη χρονικές περιόδους. Σημαντική αύξηση των καισαρικών τομών (ΚΤ) σημειώθηκε στους τοκετούς μεταναστριών την περίοδο II σε σχέση με την περίοδο I ($p < 0,0001$).

Συμπέρασμα: Μεγάλη αύξηση τοκετών από μετανάστριες και κυρίως από μετανάστριες που είχαν σύντροφο μετανάστη την περίοδο II. Καλό επίπεδο προγεννητικής παρακολούθησής τους και στις δύο περιόδους. Αύξηση των ΚΤ την περίοδο II.

ΥΔΡΟΘΩΡΑΚΑΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΟ - ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΦΛΕΒΙΚΟΥ ΚΑΘΕΤΗΡΑ (E-139)

Κωνσταντινίδη Α., Σώκου Ρ., Σπανού Σ., Καλατζή Ν., Παπαδόκης Σ., Αγρογιάννη Ξ., Λαμπαδαρίδης Ι.
Νεογνολογικό Τμήμα-MEN νεογνών, Γ.Ν.Ν."ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" Παιδοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Ν."ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ"

Η τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα (ΚΦΚ), είναι συνήθης πρακτική στις ΜΕΝ νεογνών, πολλές φορές μάλιστα αποβαίνει σωτήρια για τη ζωή των νοσηλευόμενων νεογνών και ειδικά των ΕΧΒΓ. Όμως η χρήση των καθετήρων αυτών, δεν είναι άμοιρη επιπλοκών, όπως φλεγμονή, σηψαιμία, θρόμβωση ή απόφραξη αγγείου, διαφυγή-εξαγγείωση ΠΔ, κá.

Περιγράφουμε την περίπτωση ενός νεογνού με ΚΦΚ, που παρουσίασε υδροθώρακα από πιθανή εξαγγείωση ΠΔ.

Άρρεν νεογνό, ΗΚ 36 εβδ. και ΒΓ 2500gr, λόγω ΣΑΔ, διασωληνώθηκε και χορηγήθηκε επιφανειοδραστικός παράγοντας. Την 2η μέρα νοσηλείας, μπήκε ΚΦΚ (long line) μέσω της δεξιάς μασχालιαίας φλέβας - η θέση του επιβεβαιώθηκε ακτινολογικά. Την 3η μέρα, το νεογνό παρουσίασε αιφνίδια επιδείνωση της αναπνευστικής λειτουργίας, η α/α θώρακος έδειξε έντονη θολερότητα αμφοτέρων των πνευμονικών πεδίων και με τη βοήθεια των υπερήχων διαπιστώθηκε μεγάλη πλευριτική συλλογή άμφω. Εγινε άμεσα παρακέντηση και στάλθηκε πλευριτικό υγρό (15 ml) για ανάλυση, από την οποία προέκυψαν: κύτταρα 95,ερυθρά πολλά κ.ο.π, λεύκωμα 0.2 gr/dl, γλυκόζη 628 mg/dl (γλυκόζη ορού 200 mg/dl), κ/α στείρα. Τα πιο πάνω αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την υποψία μας για εξαγγείωση ΠΔ από τον ΚΦΚ, ο οποίος αφαιρέθηκε άμεσα. Το νεογνό αποσωληνώθηκε ένα 24ωρο μετά την αφαίρεση του καθετήρα και τη σαφή βελτίωση της κλινικής του εικόνας.

Το περιστατικό που περιγράφουμε, ενισχύει την αναγκαιότητα εγρήγορσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της ΜΕΝΝ και της συνεχούς παρακολούθησης των νεογνών με ΚΦΚ (και ακτινολογικά), με στόχο την όσο πιο έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών.

Επισημαίνεται ότι σε κάθε νεογνό με υδροθώρακα, που λαμβάνει ΠΔ μέσω ΚΦΚ, η υψηλή συγκέντρωση γλυκόζης στο πλευριτικό υγρό, πρέπει να υποψιάσει τον κλινικό γιατρό για την πιθανότητα εξαγγείωσης ΠΔ από τον ΚΦΚ.

ΥΠΕΡΑΡΙΘΜΟ ΧΡΩΜΟΣΩΜΑ ΔΕΙΚΤΗΣ 17 ΜΕ ΣΗΜΕΙΑ ΘΡΑΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΚΕΝΤΡΟΜΕΡΙΔΙΑΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΧΡΩΜΟΣΩΜΑΤΟΣ 17, ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΕΝΟ ΜΕ ΜΟΡΙΑΚΟ ΚΑΡΥΟΤΥΠΟ (ACGH), ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (E-140)

Παπουλίδης Ι.¹, Μανωλάκος Ε.¹, Μαλαμάκη Χ.¹, Θωμαΐδου Α.², Petersen M.B.¹

¹ Ευρωγενετική Α.Ε., Θεσσαλονική-Αθήνα, ² Νοσοκομείο Παίδων «Π.&Α. Κυριακού»

Στην παρούσα εργασία περιγράφεται η περίπτωση ενός αγοριού ηλικίας 5 ετών και 6 μηνών με μικροκεφαλία, ήπια δυσμορφία (μείωση μεγέθους μεσοβλεφάριας σχισμής, υψηλή υπερώα, χαμηλή πρόσφυση αυτιών, κοντά χέρια και δάχτυλα με κλινοδακτυλία του 5ου δαχτύλου) και σοβαρή καθυστέρηση ανάπτυξης. Η χρωμοσωματική ανάλυση αποκάλυψε την ύπαρξη σε μωσαϊκισμό ενός μικρού επιπλέον χρωμοσώματος δείκτη (sSMC) που προέρχεται από το χρωμόσωμα 17. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος μοριακού καρυότυπου, με συγκριτικό γονιδιωματικό υβριδισμό (aCGH), ο οποίος έδειξε τρεις διπλασιασμούς που περιλαμβάνουν την περικεντρική περιοχή του χρωμοσώματος 17. Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί έντεκα περιπτώσεις με sSMC(17). Προκειμένου να αποσαφηνιστεί η πιθανή συσχέτιση γενοτύπου/φαινοτύπου, συγκρίνουμε τα κλινικά, κυτταρογενετικά και μοριακά δεδομένα του συγκεκριμένου περιστατικού με τα προηγούμενα βιβλιογραφικά καταγεγραμμένα αντίστοιχα περιστατικά.

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΕΞΙΟΥ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ Β' ΕΠΙΠΕΔΟΥ-ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (E-141)

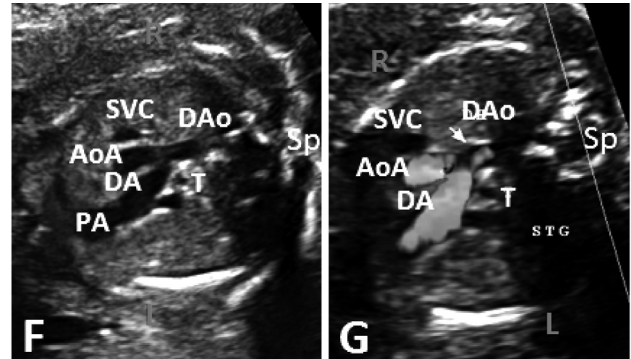
Οικονόμου Θ., Θεοδωρά Μ., Αντσακλής Π., Σίνδος Μ., Μεσογίτης Σ., Παπαντωνίου Ν., Αντσακλής Α.

Α' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής & Υπερήχων, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα

Παρούσιαση Περιστατικού: Γυναίκα πρωτοτόκος 28 ετών προσήλθε στις 22 εβδομάδες στο τμήμα εμβρυομητρικής του νοσοκομείου «Αλεξάνδρα» για τον υπερηχογραφικό έλεγχο ρουτίνας του 2ου τριμήνου (υπερηχογράφημα Β' Επιπέδου). Ο υπερηχογραφικός έλεγχος της καρδιάς του εμβρύου έδειξε ότι η αορτή απεικονιζόταν δεξιά της τραχείας, εύρημα που αποτελεί ένδειξη δεξιού αορτικού τόξου. Δεν απεικονίζονταν άλλες εμφανείς συνοδές ανωμαλίες της καρδιάς. Το εύρημα αυτό έθεσε τη διάγνωση του δεξιού αορτικού τόξου, ενός αγγειακού δακτυλίου δηλαδή, που μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα πιεστικά φαινόμενα στην τραχεία και στον οισοφάγο. Η έγκυος ενημερώθηκε ότι συνήθως το νεογνό είναι ασυμπτωματικό ή τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν μετά το 1ο εξάμηνο. Αν υπάρχουν συμπτώματα η αντιμετώπιση είναι χειρουργική όπου γίνεται διαίρεση του αγγειακού δακτυλίου με χειρουργική θνησιμότητα 5-6%. Ενημερώθηκε επίσης ότι συνοδές ανωμαλίες καρδιάς μη-εμφανείς προγεννητικά μπορεί να μεταβάλλουν την πρόγνωση. Η έγκυος παραπέμφθηκε για πε-

ραιτέρω συμβουλευτική σε παιδοκαρδιοχειρουργό. Τέλος έγινε ενημέρωση της εγκύου ότι το εύρημα του δεξιού αορτικού τόξου σχετίζεται με χρωμοσωμικές ανωμαλίες και γενετικά σύνδρομα και συνεστήθει έλεγχος του καρυότυπου του εμβρύου και έλεγχο του 22q11 για σύνδρομο DiGeorge. Ο καρυότυπος του εμβρύου από την αμνιοπαρακέντηση ήταν φυσιολογικός (46XY) και η έγκυος γέννησε με καισαρική τομή στις 38 εβδομάδες, ένα υγιές νεογνό βάρους 3120 gr. Στους πρώτους έξι μήνες της ζωής του δεν έχει εμφανίσει κανένα πρόβλημα και παρακολουθείται από παιδοκαρδιολόγο.

Συζήτηση: Η επίπτωση του δεξιού αορτικού τόξου στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται στο 0,1%. Οι δύο κύριοι τύποι αορτικού τόξου είναι με έκτοπη αριστερή υποκλείδιο αρτηρία και με εικόνα κατόπτρου των κλάδων του αορτικού τόξου. Η υπερηχογραφική προγεννητική διάγνωση του δεξιού αορτικού τόξου είναι εφικτή και η αναγνώριση της τραχείας, των 3 αγγείων, του αρτηριακού πόρου και της κατιούσας αορτής είναι απαραίτητη για τον πλήρη καρδιολογικό έλεγχο του εμβρύου. Ευρήματα που μπορεί να οδηγήσουν στη διάγνωση του δεξιού αορτικού τόξου είναι η ανώμαλη εντόπιση της κατιούσας αορτής, απουσία του φυσιολογικού σχήματος V της σύνδεσης του αρτηριακού πόρου με την αορτή, ένα κενό μεταξύ της ανιούσας αορτής και της πνευμονικής αρτηρίας στην εικόνα των 3 αγγείων, η παρουσία ενός αγγείου πίσω από την τραχεία με ή χωρίς την παρουσία αγγειακού δακτυλίου γύρω από την τραχεία. Λεπτομερής εξέταση αυτών των στοιχείων μπορεί να οδηγήσει στην έγκαιρη προγεννητική διάγνωση του δεξιού αορτικού τόξου και βελτιώσει την πρόγνωση.



F: εικόνα άνω μεσοθωρακίου με τα 3 αγγεία και την τραχεία να απεικονίζονται και την εικόνα V των μεγάλων αγγείων με τον βοτάλιο πόρο να πορεύεται στο δεξιό μέρος του θώρακα και η συνένωση με την κατιούσα αορτή να εντοπίζεται δεξιά της τραχείας G: έγχρωμο Doppler που δείχνει τη φυσιολογική ροή των αγγειακών τόξων. R: δεξιά; L: αριστερά; Sp: σπονδυλική στήλη; St: στομάχι; IVC: κάτω κοίλη φλέβα; Dao: κατιούσα αορτή; Ao: αορτή; AoA: αορτικό τόξο; DA: βοτάλιος πόρος; PA: πνευμονική αρτηρία; SVC: άνω κοίλη φλέβα.

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑΣ ΔΕΞΙΑΣ ΟΜΦΑΛΙΚΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΣΤΙΣ 22 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (E-142)

Νάτσης Σ., Οικονόμου Θ., Αντσακλής Π., Σίνδος Μ., Μεσογίτης Σ., Παπαντωνίου Ν., Αντσακλής Α.
Α' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής & Υπερήχων, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα

Παρουσίαση Περιστατικού: Το περιστατικό στο οποίο θα αναφερθούμε αφορά σε μια περίπτωση συνδρόμου εμμένουσας δεξιάς ομφαλικής φλέβας που ανακαλύφθηκε κατά τη διενέργεια προγραμματισμένου ελέγχου ρουτίνας στο τμήμα προγεννητικού ελέγχου της Α' Μ/Γ κλινικής του πανεπιστη-

μίου Αθηνών. Πρόκειται για λευκή γυναίκα 34 ετών, πρωτοτόκο με ελεύθερο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό. Η κύηση προέκυψε με αυτόματη σύλληψη. Η ασθενής προσήλθε προκειμένου να υποβληθεί σε προγραμματισμένο υπερηχογράφημα δευτέρου τριμήνου, όπου έγινε η διάγνωση του συνδρόμου εμμένουσας δεξιάς ομφαλικής φλέβας. Ακολούθησε η διενέργεια αμνιοπαρακέντησης μία εβδομάδα αργότερα για τον έλεγχο του καρυότυπου του εμβρύου, το αποτέλεσμα της οποίας ανέδειξε φυσιολογικό καρυότυπο (46XX). Επίσης η ασθενής υποβλήθηκε σε υπερηχογράφημα καρδιάς εμβρύου η οποία δεν έδειξε παθολογικά ευρήματα. Ο τοκετός πραγματοποιήθηκε κολπικά στις 38 εβδομάδες φυσιολογικά και η πορεία του νεογνού είναι χωρίς προβλήματα.

Σημεία Συζήτησης: Η διάγνωση του συνδρόμου εμμένουσας ομφαλικής φλέβας μπορεί να γίνει υπερηχογραφικά στο τέλος του πρώτου τριμήνου της κύησης. Είναι ένα σύνδρομο το οποίο θεωρούνταν σπάνιο, ωστόσο τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει αρκετές αναφορές περιστατικών και τα αποτελέσματα δείχνουν ότι δεν είναι τόσο σπάνιο όσο πιστεύαμε παλαιότερα. Συχνά συνυπάρχει και με άλλες ανωμαλίεςδιάπλασης όπως του νευρικού, του καρδιαγγειακού και του γαστρεντερικού συστήματος του εμβρύου, ειδικά στην περίπτωση όπου η εμμένουσα ομφαλική φλέβα εκβάλλει στο δεξιό κόλπο της καρδιάς του εμβρύου. Αντιθέτως φαίνεται ότι η πρόγνωση είναι καλή όταν η εμμένουσα ομφαλική φλέβα συνδέεται με το πυλαίο φλεβικό σύστημα του εμβρύου και δεν υπάρχουν ανωμαλίες διάπλασης σε άλλα συστήματά του. Κάθε φορά που τίθεται η διάγνωση του συνδρόμου αυτού κρίνεται αναγκαίο να γίνεται πρόσθετος έλεγχος με υπερηχογράφημα καρδιάς εμβρύου καθώς και αμνιοπαρακέντηση. Επί απουσίας ενδείξεων άλλων ανωμαλιών διάπλασης του εμβρύου φαίνεται ότι έχει καλή πρόγνωση.

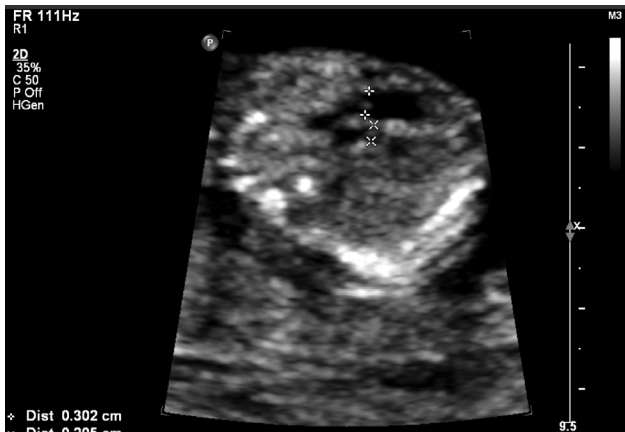
ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕΤΑΘΕΣΗΣ ΜΕΓΑΛΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΣΤΟ ΠΡΩΤΟ ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (E-143)

Οικονόμου Θ., Αντσακλής Π., Σλάβκοβιτς Α., Σίνδος Μ., Δασκαλάκης Γ., Παπαντωνίου Ν., Αντσακλής Α.

Α' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής & Υπερήχων, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα

Εισαγωγή: Η μετάθεση των μεγάλων αγγείων αποτελεί μία σοβαρή καρδιακή ανωμαλία, κατά την οποία η αορτή εξέρχεται από τη δεξιά κοιλία και η πνευμονική αρτηρία εξέρχεται μερικώς ή πλήρως από την αριστερή κοιλία. Συνοδές καρδιακές ανωμαλίες συναντώνται περίπου στο 50% των περιπτώσεων, και περιλαμβάνουν κυρίως ελλείμματα του κοιλιακού διαφράγματος, στένωση της πνευμονικής αρτηρίας και ανωμαλίες της μιτροειδούς βαλβίδας. Η επίπτωση της μετάθεσης των μεγάλων αγγείων υπολογίζεται περίπου σε 1:5000 γεννήσεις. Η διάγνωση προγεννητικά της μετάθεσης των μεγάλων αγγείων είναι πολύ δύσκολη και αποτελεί πρόκληση όσους ασχολούνται με τον τομέα του προγεννητικού ελέγχου. Η εικόνα των 4 κοιλοτήτων είναι συνήθως φυσιολογική, και η προσεκτική εξέταση της έκφυσης της αορτής και της πνευμονικής αρτηρίας θέτει τη διάγνωση. Η προγεννητική διάγνωση της μετάθεσης των μεγάλων αγγείων μειώνει τη περιγεννητική θνητότητα και νοσηρότητα και δίνει τη δυνατότητα για καλύτερη ενημέρωση της εγκύου και καλύτερη αντιμετώπιση του νεογνού.

Παρουσίαση Περιστατικού: Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό προγεννητικής διάγνωσης μετάθεσης μεγάλων αγγείων που πραγματοποιήθηκε στη 12 εβδομάδα της κύησης. Γυναίκα πρωτοτόκος, 32 ετών, με ελεύθερο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό προσήλθε στο τμήμα προγεννητικού ελέγχου



Εικόνα 1: υπερηχογράφημα καρδιάς εμβρύου στις 12 εβδομάδες, όπου απεικονίζεται η «παράλληλη πορεία» της αορτής και της πνευμονικής αρτηρίας, εικόνα διαφοροδιαγνωστική για μετάθεση μεγάλων αγγείων.



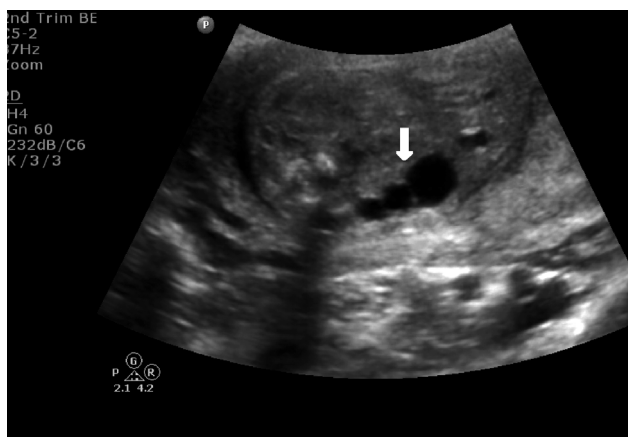
Εικόνα 2: εικόνα υπερηχογραφήματος καρδιάς στις 15 εβδομάδες, όπου απεικονίζεται η πνευμονική αρτηρία και ο διχασμός της. Η πνευμονική αρτηρία εκφύεται από την αριστερή κοιλία

του νοσοκομείου «Αλεξάνδρα» προκειμένου να κάνει τον υπερηχογραφικό έλεγχο 1ου τριμήνου για τον έλεγχο χρωμοσωμικών ανωμαλιών (αυχενική διαφάνεια-NT, PAPP-A, free β -hCG). Κατά τον έλεγχο της ανατομίας του εμβρύου διαπιστώθηκε ότι η έκφυση της αορτής ήταν από την δεξιά κοιλία και της πνευμονικής αρτηρίας από την αριστερή κοιλία, με τη χαρακτηριστική «παράλληλη πορεία» των δύο αγγείων. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος επαναλήφθηκε στις 15 εβδομάδες όπου επιβεβαίωσε τα προηγούμενα ευρήματα. Η έγκυος υπεβλήθει σε αμνιοπαρακέντηση στις 16 εβδομάδες η οποία έδειξε φυσιολογικό καρυότυπο (46-XY). Ακολούθησε συμβουλευτική με παιδοκαρδιολόγο και παιδοκαρδιοχειρουργό, και η έγκυος λόγω της δυσμενούς πρόγνωσης της πάθησης αποφάσισε να προχωρήσει σε διακοπή της κύησης στις 18 εβδομάδες.

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΥΡΗΤΗΡΟΚΗΛΗΣ ΣΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (E-144)

Οικονόμου Θ., Αντσακλής Π., Νάτσης Σ., Σίνδος Μ., Δασκαλάκης Γ., Παπαντωνίου Ν., Αντσακλής Α.
Α' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής & Υπερήχων, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα

Εισαγωγή: Ουρητηροκήλη ονομάζεται η κυστική διάταση του κατώτερου (ενδοκυστικού) τμήματος του ουρητήρα. Χαρακτηριστικό εύρημα είναι η απεικόνιση της ουρητηροκήλης εντός της ουροδόχου κύστης, σαν μία ηχογενής «γραμμή» (σαν ημικύκλιο ή ακόμα και σαν δύο ημικύκλια σε περίπτωση αμφοτερόπλευρης ουρητηροκήλης). Άλλα υπερηχογραφικά ευρήματα είναι η παρουσία υδρονέφρωσης και η συνήθης διάταση του ουρητήρα, ευρήματα ανιχνεύσιμα μετά τις 15 εβδομάδες της κύησης περίπου. Η επίπτωση της ουρητηροκήλης κυμαίνεται μεταξύ 1:4000 και 1:9000 γεννήσεις.



Εικόνα-1: εγκάρσια τομή της κοιλιάς όπου απεικονίζεται η διάταση του αριστερού νεφρού.



Εικόνα-2: εγκάρσια τομή της πύελου όπου απεικονίζεται η ουροδόχος κύστη μετά από μερική κένωσή της και είναι εμφανής η ουρητηροκήλη εντός της ουροδόχου κύστεως.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 29 ετών, πρωτοτόκος, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό προσήλθε στο τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής της Α' Μαιευτικής κλινικής του νοσοκομείου «Αλεξάνδρα», για τον υπερηχογραφικό έλεγχο ρουτίνας 2ου τριμήνου, στην 22η εβδομάδα της κύησης (υπερηχογράφημα Β' Επιπέδου). Η γυναίκα είχε υποβληθεί σε έλεγχο πρώτου τριμήνου με αυχενική διαφάνεια (NT), PAPP-A και free β-hCG, με εκτιμηθείσα πιθανότητα για σύνδρομο Down 1/10893. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος πραγματοποιήθηκε με υπερηχογράφο Philips HD11 (κοιλιακός ηχοβολέας 2-5 MHz). Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο η βιομετρία του εμβρύου αντιστοιχούσε στην ηλικία κύησης και η ποσότητα του αμνιακού υγρού βρέθηκε φυσιολογική. Κατά την εξέταση του αριστερού νεφρού παρατηρήθηκε σημαντική υδρονέφρωση (εικόνα 1). Η ουροδόχος κύστη είχε φυσιολογικό μέγεθος, όμως εντός της ουροδόχου κύστεως παρατηρήθηκε ένα κυστικό μόρφωμα, το οποίο παρέμενε εμφανές και μετά την κένωση της κύστης (εικόνα-2). Τέθηκε η διάγνωση της ουρητηροκήλης με υδρονέφρωση του αριστερού νεφρού. Ο δεξιός νεφρός δεν παρουσίαζε εμφανείς ανωμαλίες, ενώ ο λοιπός υπερηχογραφικός έλεγχος του εμβρύου δεν ανέδειξε άλλα παθολογικά ευρήματα.

ΥΠΟΔΟΡΙΑ ΛΙΠΩΔΗΣ ΝΕΚΡΩΣΗ ΣΕ ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΑΣΦΥΞΙΑ (E-145)

Φαλαίνα Β., Καραβάνα Γ., Κόκορη Φ., Καλαμιώτη Ο., Ζαχαριά Ε., Τσιβιτανίδου Τ., Λαμπαδαρίδης Ι.
Νεογνολογικό Τμήμα - ΜΕΝ Νεογνών Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά "Άγιος Παντελεήμων"

Η υποδωρία λιπώδης νέκρωση νεογνού (Υ.Λ.Ν) είναι μια σπάνια κατάσταση, αγνώστου αιτιολογίας, που χαρακτηρίζεται από ερυθροιώδη συμπαγή, επώδυνα, οζίδια ή πλάκες. Οι δερματικές βλάβες εντοπίζονται κυρίως στο πρόσωπο, τον κορμό, τους γλουτούς και τα άκρα κι εμφανίζονται σύντομα μετά τη γέννηση μέχρι και εβδομάδες αργότερα. Αρκετοί παράγοντες που οδηγούν σ' ένα παρατεταμένο και

επιπεπλεγμένο τοκετό αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και πιθανόν να ευθύνονται για την εμφάνιση της. Συνήθως, είναι μια αυτοιώμενη κατάσταση, με καλοήγη πορεία. Η υπερασβεστιαμία είναι μια επιπλοκή της, που μπορεί να αποβεί απειλητική για τη ζωή του νεογνού, εάν δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα.

Παρουσιάζουμε πρόωρο (HK 35 εβδ.), θήλυ νεογνό, ΒΓ 3.400 γρ., με ιστορικό βαριάς περιγεννητικής ασφυξίας, το οποίο την 20η ημέρα ζωής εμφάνισε επώδυνες, συμπαγείς, ερυθροιδείς πλάκες στον αυχένα, την ράχη και την υπογνάθια χώρα με επέκταση προς τις παρειές. Η διάγνωση της ΥΛΝ τέθηκε κλινικά και επιβεβαιώθηκε με βιοψία δια λεπτής βελόνης. Το βρέφος εξήλθε από το Τμήμα μας σε ηλικία 1.5 μηνών χωρίς να εμφανίσει επιπλοκές (θρομβοπενία, υπογλυκαιμία, υπερχοληστερόλη, υπερασβεστιαμία, ασβεστώσεις μυοκαρδίου, νεφρασβέστωση, νεφρολιθίαση). Δόθηκαν οδηγίες περιοδικής παρακολούθησης Ca ορού, έως ότου υποχωρήσουν εντελώς οι δερματικές αλλοιώσεις καθώς και δίαιτα με ειδικό γάλα χαμηλής περιεκτικότητας σε Ca (Milupa Basic CaD: Ca 4,6 mg/100 ml). Στο follow up του βρέφους παρατηρήθηκε πλήρης υποχώρηση των δερματικών βλαβών σε ηλικία 3,5 μηνών, ενώ η μέγιστη τιμή Ca ορού δεν ξεπέρασε τα 10,9 mg/dl, χωρίς να εμφανίσει κλινική συμπτωματολογία υπερασβεστιαμίας (λίθιαργος, υποτονία, ευερεθιστότητα, έμετοι, πολυουρία, πολυιδιρία, αφυδάτωση, δυσκοιλιότητα, στασιμότητα βάρους).

Η ΥΛΝ είναι συνήθως καλοήγη, αυτοιώμενη σε χρονικό διάστημα μερικών εβδομάδων - μηνών. Το Ca ορού θα πρέπει να παρακολουθείται περιοδικά μέχρι εξαφάνισης των δερματικών αλλοιώσεων. Οι δερματικές βλάβες χρειάζονται μόνο συμπτωματική αγωγή, όπως και στο δικό μας περιστατικό.

Εάν υπάρξει υπερασβεστιαμία (Ca > 11mg/dl) απαιτείται άμεση αντιμετώπιση, με χορήγηση υγρών IV, διουρητικών(φουροσεμίδα) και ενδεχομένως πρεδνιζόνης. Η πρόγνωση είναι άριστη και συνήθως χωρίς επιπλοκές.

ΥΠΟΣΚΛΗΡΙΔΙΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΡΑΧΙΑΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΕ ΣΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (E-146)

Χατζησταματίου Κ., Ραβανός Κ., Τανιμανίδης Π., Κατσαμάγκας Τ., Νενάντοβ Σ., Τραϊανός Α., Καλογιαννίδης Ι., Αγοραστός Θ.

Δ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Παρουσιάζεται η περίπτωση υποσκληριδίου αιματώματος μετά από ραχιαία αναισθησία σε έγκυο τριδύμου κνήσεως, η οποία υπεβλήθη σε καισαρική τομή (ΚΤ).

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 29 ετών, πρωτοτόκος, με τριδύμη εγκυμοσύνη η οποία επετεύχθη μετά από χορήγηση κίτρινης κλομιφαίνης (λόγω PCOS), εισήχθη στην εμβρυομητρική μονάδα της Κλινικής μας για παρακολούθηση στην 33η εβδομάδα της κύησης, λόγω επαπειλούμενου πρόωρου τοκετού. Η ασθενής έφερε περίδεση τραχήλου από τη 12η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας χορηγήθηκε τοκόλυση, κορτικοειδή και κλαριθρομυκίνη λόγω εμφάνισης λοίμωξης του αναπνευστικού. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας η ασθενής υπεβάλλετο σε τακτικό καρδιοτοκογραφικό, υπερηχογραφικό και εργαστηριακό έλεγχο. Στην 36η εβδομάδα της εγκυμοσύνης αποφασίστηκε η περάτωση της κνήσεως με ΚΤ υπό ραχιαία αναισθησία. Εκμειεύτηκαν τρία ζώντα αρτιμελή νεογνά με βάρη σώματος 2460gr, 1740gr και 1670gr αντίστοιχα, τα οποία μεταφέρθηκαν στην Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Νεογνών (MENN) λόγω προωρότητας. Μετεγχειρητικά η ασθενής εμφάνισε

βρεγματικο-νιακή κεφαλαλγία η οποία δεν υποχώρησε μέχρι και την 5η μετεγχειρητική ημέρα. Μετά από νευρολογική εκτίμηση, η οποία δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα, έγινε αξονική τομογραφία εγκεφάλου στην οποία ανευρέθηκε υποσκληρίδιο αιμάτωμα 7mm με σχηματισμό υγρούγκιου επιπέδου στην μεσο-ημισφαιρική σχισμή του εγκεφάλου. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά και μετά παρέλευση πέντε ημερών εξήλθε με σαφή κλινική και απεικονιστική βελτίωση.

Συμπέρασμα: Το υποσκληρίδιο αιμάτωμα είναι μία σπάνια επιπλοκή της ραχιαίας αναισθησίας η οποία θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην περίπτωση που η τυχόν μετεγχειρητική κεφαλαλγία που ακολουθεί τη ραχιαία αναισθησία επιμένει για μακρό χρονικό διάστημα.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ANIDULAFUNGIN ΣΕ ΠΡΩΩΡΟ ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΕΠΙΜΕΝΟΥΣΑ ΚΑΝΤΙΤΑΙΜΙΑ (E-147)

Φαλαΐνα Β.¹, Κωνσταντινίδη Α.¹, Παναγιωτουνάκου Π.¹, Σαμαράς Γ.¹, Βελεγράκη Α.², Συριοπούλου Β.³, Λαμπαδαρίδης Ι.¹

¹Νεογνολογικό Τμήμα - ΜΕΝ Νεογνών Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας - Πειραιά "Άγιος Παντελεήμων"

²Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

³Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών - Νοσοκομείο Παίδων "Αγία Σοφία"

Τα τελευταία χρόνια με την αύξηση της επιβίωσης των μικρών προώρων νεογνών οι διεισδυτικές λοιμώξεις από Candida είναι συνήθεις και συχνά θανατηφόρες σε ποσοστό 25- 35%. Η επίπτωση της καντιταιμίας στα πρόωρα είναι περίπου 10% και έχει ενδεκαπλασιαστεί τα τελευταία 15 χρόνια. Τα είδη Candida αποτελούν το 3ο πιο συχνά απομονούμενο παθογόνο σε νεογνά < 1500gr. με όψιμη σηψαιμία. Τα πρόωρα νεογνά είναι ευάλωτα στις μυκητιασικές λοιμώξεις λόγω ανωριμότητας του ανοσοποιητικού τους συστήματος, των επεμβατικών χειρισμών, αλλά και της χορήγησης πολλών και ευρέως φάσματος αντιβιοτικών. Η μετάδοση μπορεί να είναι κάθετη (από κολπική λοίμωξη της μητέρας) ή ενδοноσοκομειακή. Ο δε αποικισμός με Candida των επαγγελματιών υγείας υπολογίζεται στο 30%.

Περιγράφεται περίπτωση νεογνού, μία από τις πρώτες στη διεθνή βιβλιογραφία, στο οποίο χορηγήθηκε επιτυχώς ανιντουλαφουγκίνη (anidulafungin), μετά την αποτυχία της θεραπείας και την αντοχή που διαπιστώθηκε, μετά τον έλεγχο της ελάχιστης ανασταλτικής συγκέντρωσης άλλων αντιμυκητιακών φαρμάκων έναντι του στελέχους Candida, που απομονώθηκε από την αιμοκαλλιέργεια.

Πρόωρο άρρεν νεογνό (ΗΚ 32 εβδ.), ΒΓ 1850 gr., γεννήθηκε με ΚΤ λόγω αποκόλλησης του πλακούντα, την 8η ημέρα ζωής εμφάνισε σηψαιμία και μηνιγγίτιδα από Staphylococcus warneri. Χορηγήθηκε αντιβιοτική αγωγή και την 22η ημέρα ζωής παρατηρήθηκε επιδείνωση της κλινικοεργαστηριακής του εικόνας, ενώ στην καλλιέργεια αίματος αναπτύχθηκε Candida parapsilosis (sensu stricto). Προστέθηκε στην αγωγή λιπιδωμιακή αμφοτερικίνη Β και παρά τη θεραπεία, το νεογνό παρουσίαζε επιμένουσα καντιταιμία για 20 ημέρες με επηρεασμένη γενική κατάσταση, λευκοπενία, ουδετεροπενία και θρομβοκυττοπενία (οι καλλιέργειες των καθετήρων των ομφαλικών αγγείων, long. line, Hickman ήταν στείρες). Την 47η ημέρα ζωής, λόγω αντοχής του στελέχους στην λιπιδωμιακή αμφοτερικίνη Β, προστέθηκε στην αγωγή ανιντουλαφουγκίνη σε δόση 1,5 mg/kg/ημέρα IV. Την 10η ημέρα χορήγησης οι καλλιέργειες αίματος αρνητικοποιήθηκαν και η κλινικοεργαστηριακή εικόνα του βρέφους προοδευτικά βελτιώθηκε. Η ηπατική λειτουργία δεν επηρεάστηκε σε βαθμό που να διακοπεί η αγωγή (max χολ/νη ολική 6mg/dl- άμεση 4mg/dl, max SGOT/SGPT 263/240iu/l), ενώ η νεφρική λειτουργία ήταν φυσιολογική. Η λιπιδωμιακή αμφοτερικίνη Β χορηγήθηκε συνολικά για 6 εβδομάδες και η ανιντουλαφουγκίνη

για 3 εβδομάδες. Το βρέφος εξήλθε από το Τμήμα την 77η ημέρα ζωής σε καλή γενική κατάσταση και από την κλινικοεργαστηριακή παρακολούθησή του (follow up) διαπιστώθηκε η σταδιακή βελτίωση της ηπατικής του λειτουργίας ένα μήνα μετά την έξοδό του από την κλινική.

Σύμφωνα με τις πρόσφατες συστάσεις της Αμερικανικής Εταιρείας Λοιμωδών Νοσημάτων, οι εχινοκανδίνες μπορούν να χρησιμοποιούνται με προσοχή και περιορισμένα σε περιπτώσεις μόνο όπου τεκμηριώνεται αντοχή στη φλουκοναζόλη και στην αμφοτερικίνη, καθώς και στα βαρέως πάσχοντα νεογνά με επηρεασμένη ηπατική ή νεφρική λειτουργία. Ειδικότερα, η ανιντουλαφουγκίνη αποτελεί ελκυστική επιλογή λόγω της φαρμακοκινητικής της και του μεταβολισμού της σε σχέση με τις άλλες εχινοκανδίνες.

ΧΡΗΣΗ ΑΝΑΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΟΥ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ VII ΤΗΣ ΠΗΞΗΣ ΩΣ ΠΡΩΙΜΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΣΩΣΗΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ ΜΕ ΜΗ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ (E-148)

Μητσιάκος Γ.¹, Γκιουγκή Ε.¹, Καϊλίδης Κ.¹, Λιθοξοπούλου Μ.¹, Χ' Ιωαννίδης Η.¹, Παπαδάκης Ε.², Νικολαΐδης Ν.¹

¹ Β' Νεογνολογική κλινική, Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου"

² Αιματολογική κλινική, Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η υπάρχουσα κλινική εμπειρία χορήγησης ανασυνδυασμένου ενεργοποιημένου παράγοντα VII (rFVIIa) της πήξης σε νεογνά, ιδίως πρόωρα, είναι περιορισμένη.

Σκοπός: Σύγκριση της έκβασης ανάλογα με τη χρονική στιγμή στην εξέλιξη της νόσου της χορήγησης rFVIIa σε νεογνά με ακατάσχετη αιμορραγία ή σοβαρές διαταραχές πήκτικότητας χωρίς ανταπόκριση στη συμβατική αιμοστατική αντιμετώπιση.

Υλικό / Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση των δεδομένων 29 νεογνών με μη ελεγχόμενη αιμορραγία ή σοβαρές διαταραχές πήκτικότητας. Σε όλα τα περιστατικά ο rFVIIa χορηγήθηκε σε δόση 100 µg/kg σε ταχεία ενδοφλέβια έγχυση, με μέγιστο αριθμό 23 δόσεων σε ένα περιστατικό, ως θεραπεία διάσωσης μετά από την αποτυχία των συμβατικών θεραπευτικών παρεμβάσεων (χορήγηση αιμοπεταλίων, πλάσματος, κρυσταλλοειδών και συμπυκνωμένων ερυθρών). Τα νεογνά χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, σε αυτά που επιβίωσαν και σε αυτά που κατέληξαν. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με SPSS 17 και εφαρμογή Mann Whitney-U test και chi-square test.

Αποτελέσματα: Επιβίωσαν 15 και κατέληξαν 14 νεογνά. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές σε ΒΓ, ΔΚ, σημεία και αίτια αιμορραγίας μεταξύ των 2 ομάδων. Στα νεογνά που επιβίωσαν ο rFVIIa είχε χορηγηθεί νωρίτερα κατά τη χρονική εξέλιξη της νόσου (< 24 ώρες από την έναρξη της αιμορραγίας) συγκριτικά με εκείνα που απεβίωσαν (2.8±2.4 ημέρες) (p=0.002). Σε όλες τις περιπτώσεις το INR αποκαταστάθηκε άμεσα (2.99±1.4 πριν από τη χορήγηση rFVIIa σε 1.6±1.1 μετά, p=0.000). Δεν παρατηρήθηκαν άμεσες ανεπιθύμητες ενέργειες ή θρομβοεμβολικά επεισόδια.

Συμπεράσματα: Σε νεογνά με μη ελεγχόμενη αιμορραγία ή αιμορραγική διάθεση η χορήγηση rFVIIa ήταν πιο αποτελεσματική σαν πρώιμη θεραπεία αντιμετώπισης, χωρίς εκδήλωση ανεπιθύμητων συμβαμάτων.

ΑΔΙΜΠΟΝΕΚΤΙΝΗ ΚΑΙ PLGF (ΠΛΑΚΟΥΝΤΙΑΚΟΣ ΑΥΞΗΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ): ΒΑΣΙΚΟΙ ΜΕΣΟΛΑΒΗΤΕΣ ΤΗΣ ΕΜΒΡΥΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ (E-149)

Βραχνής Ν.¹, Καλαμπόκας Ε.¹, Καλαμπόκας Θ.¹, Ηλιοδρομίτη Ζ.¹, Σαμόλη Ε.², Ρίζος Δ.¹, Κρεατσάς Γ.¹, Μπότσης Δ.¹

¹ 2η Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα

² Τμήμα Υγιεινής Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα

Μελετήθηκαν οι συγκεντρώσεις της αδιμπονεκτίνης και του PlGF σε δείγματα αμνιακού υγρού (ΑΥ) από το δεύτερο τρίμηνο της κύησης σε μικρά για την ηλικία κύησης (SGA), μεγάλα για την ηλικία κύησης (LGA) και κανονικά για την ηλικία κύησης (AGA) έμβρυα.

Οι συγκεντρώσεις της αδιμπονεκτίνης και του PlGF καθορίστηκαν με τη μέθοδο ELISA, σε 21 SGA, 13 LGA και 44 AGA έμβρυα μεταξύ 15-22 εβδομάδων της κύησης, από έγκυες γυναίκες που υποβλήθηκαν σε αμνιοπαρακέντηση.

Η αδιμπονεκτίνη και ο PlGF ταυτοποιήθηκαν στο ΑΥ. Η διάμεσος της συγκέντρωσης της αδιμπονεκτίνης (25η-75η εκατοστιαία θέση), ήταν 16.1 (10.9-32.3) ng/ml στα SGA, 19.5 (15.1-30.9) ng/ml στα AGA και 18.2 (14.7-30.8) ng/ml στα LGA. Η διάμεσος της συγκέντρωσης του PlGF (25η-75η εκατοστιαία θέση), ήταν 24.2 (19.9-34.9) pg/ml στα SGA, 26.4 (20.9-33.8) pg/ml στα AGA και 33.5 (21.8-40.4) pg/ml στα LGA. Οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Παρ' όλα αυτά, υπάρχει ένδειξη της διαφοροποίησης των συγκεντρώσεων στα SGA και LGA έμβρυα που βρίσκονται στις ακραίες εκατοστιαίες θέσεις της κατανομής.

Αυτή είναι η πρώτη μελέτη που παρουσιάζει συγκεντρώσεις της αδιμπονεκτίνης και του PlGF στο αμνιακό υγρό στις αρχές του 2ου τριμήνου της κύησης σε AGA, SGA και LGA έμβρυα. Τα SGA έμβρυα (\leq 2.5η εκατοστιαία θέση) έχουν την τάση για υψηλά επίπεδα αδιμπονεκτίνης και μειωμένα επίπεδα PlGF, πιθανώς λόγω της αυξητικής δράσης της αδιμπονεκτίνης και του PlGF μέσω της μεταβολικής οδού και της ακεραιότητας των αγγείων του πλακούντα αντίστοιχα.

ΑΕΡΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ ΟΜΦΑΛΙΟΥ ΛΩΡΟΥ ΣΕ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΟ ΤΟΚΕΤΟ (E-150)

Σίμου Μ., Δασκαλάκης Γ., Καλογερόπουλος Σ., Παπαντωνίου Ν., Αντσακλής Α.

Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο "Αλεξάνδρα"

Εισαγωγή: Η αξιολόγηση των αερίων αίματος του ομφαλίου λώρου κατά τη γέννηση, φαίνεται να εκφράζει αντικειμενικά την πορεία της νεογνικής πρόγνωσης. Συνιστάται ως δείκτης αξιολόγησης της περιγεννητικής υποξίας, κατάστασης που σχετίζεται με αυξημένη νεογνική νοσηρότητα, όπως αναπνευστική δυσχέρεια, εγκεφαλική αιμωρραγία. Υπό διερεύνηση είναι η ανάδειξη της επίδρασης της χρήσης οκτυοκίνης

ή σικουλικίας ή άλλων παρεμβάσεων στον κολπικό τοκετό, στη νεογνική κατάσταση και νοσηρότητα.

Σκοπός της μελέτης: Προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη ανάδειξης της πιθανής επίδρασης του παρεμβατικού τοκετού στα αέρια αίματος του ομφαλίου λώρου.

Υλικό - Μέθοδος: Συλλογή αίματος από διπλά απολινωμένες ομφαλικές αρτηρίες και φλέβα από τελειόμηνα νεογνά σε πρωτοτόκες γυναίκες με μονήρη κύηση κατά το 30 στάδιο κολπικού τοκετού, με ή χωρίς χρήση ωκυτοκίνης, σικουλικίας ή επισκληρηδίου αναλγησίας.

Αποτελέσματα: Χρήση ωκυτοκίνης, με ή χωρίς σικουλικία και επισκληρηδίο αναλγησία έγινε σε 74 τοκετούς σε σύγκριση με 43 χωρίς παρέμβαση. Ο μέσος χρόνος διάρκειας του παρεμβατικού τοκετού ήταν μεγαλύτερος ($p=0.006$). Μέση διάρκεια ωκυτοκίνης ήταν 2.4 ± 1.9 ώρες. Στατιστικά σημαντικά μειωμένες τιμές αρτηριακού (7.24 ± 0.07 vs 7.28 ± 0.09 , $p=0.017$) και φλεβικού PH (7.29 ± 0.07 vs 7.33 ± 0.09 , $p=0.031$) ανευρέθησαν στην ομάδα του παρεμβατικού τοκετού. Αρτηριακή και φλεβική μέση τιμή PCO₂ μεγαλύτερη στην ομάδα του παρεμβατικού τοκετού ($p=0.042$ και $p=0.048$). Δεν βρέθηκε διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες ως προς το έλλειμα βάσης, το Apgar score στο 5 λεπτό, τις ημέρες νοσηλείας και την ανάγκη νοσηλείας των νεογνών σε μονάδα αυξημένης νεογνικής φροντίδας. Η σικουλικία όμως φάνηκε να μειώνει σημαντικά τις τιμές του αρτηριακού PH ($P=0.049$), του φλεβικού PH ($p=0.023$) και του Apgar score ($p=0.001$), ενώ αυξάνει το αρτηριακό έλλειμα βάσης (4.4 ± 3.1 vs 6.4 ± 4.0 , $p=0.024$).

Συμπέρασμα: Ο παρεμβατικός τοκετός χειροτερεύει τις παραμέτρους οξεοβασικής ισορροπίας του ομφαλίου λώρου, με χειρότερα αποτελέσματα να προκύπτουν μετά από σικουλικία, χωρίς όμως να προκύπτει από τη μελέτη μας ότι σχετίζεται με τη γέννηση περισσότερων νεογνών με οξέωση (PH < 7.10).

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΝΟΣ ΝΕΟΥ ΤΥΠΟΥ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΤΟΚΕΤΟ (E-151)

Κοντομανώλης Ε.Ν.¹, Ζωγράφου Χ.¹, Γεωργιάδης Α.¹, Λυμπέρης Β.¹, Καρπάθιος Γ.¹, Τίκα Β.², Γαλάζιος Γ.¹

¹Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική, Δ.Π.Θ., Αλεξανδρούπολη, Ελλάδα, ²Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κωσταντζας, Κωσταντζα, Ρουμανία

Σκοπός: Η εκτίμηση της ποιότητας ενός νέου τύπου διαγράμματος παρακολούθησης τοκετού το οποίο χρησιμοποιήθηκε στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία της Αλεξανδρούπολης (Ελλάδα) και της Κωσταντζας (Ρουμανία), για την καταγραφή της εξέλιξης της πρώτης φάσης του τοκετού.

Μέθοδοι: Στην μελέτη έλαβαν μέρος 277 γυναίκες από τις οποίες οι 197 (78,2%) γέννησαν με κολπικό τοκετό και 80 (28,8%) με επείγουσα καισαρική τομή. Όλες οι γυναίκες που συμπεριελήφθησαν στην μελέτη πληρούσαν τα παρακάτω κριτήρια: εισαγωγή στο νοσοκομείο, διαστολή τραχήλου όχι μεγαλύτερη των 6 εκ., μονήρεις κυήσεις, κυήσεις πάνω από 37 εβδομάδες, κεφαλική προβολή, μη χρήση οξυτοκίνης στο πρώτο στάδιο τοκετού και απουσία παθολογικών καταστάσεων της κύησης. Συγκρίναμε την αποτελεσματικότητα δύο διαφορετικών τύπων διαγραμμάτων τοκετού. Το πρώτο ήταν το κλασικό διάγραμμα της WHO (Α) και το δεύτερο ένα νέο τύπου διάγραμμα, στο οποίο καταγράφαμε το αλγεβρικό άθροισμα της διαστολής του τραχήλου και του ύψους της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου. Οι παράμετροι οι οποίες μελετήθηκαν ήταν: Τα χαρακτηριστικά των γυναικών (ηλικία, βάρος, ηλικία κύησης κ.τ.λ.), τα μεσοδιαστήματα της πρώτης φάσης του τοκετού (σε λεπτά), και τα Apgar scores στους κολπικούς τοκετούς και στις καισαρικές τομές χρησιμοποιώντας και τους δύο τύπους διαγραμμάτων.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τη διάρκεια μεταξύ έναρξης της ενεργού φάσης τοκετού και της περάτωσης του τοκετού μεταξύ των δύο διαγραμμάτων (dt1 + dt2 + dt3) ($p < 0,001$, A: median: $318,4 \pm 10,4$ min, B: $246,56 \pm 8,28$ min). Επίσης, παρατηρήθηκε πρόωμη εισαγωγή στην επιταχυνόμενη φάση της ενεργού φάσης του πρώτου σταδίου του τοκετού (dt1) ($p < 0,001$, A: $108,73 \pm 5,29$ B: $69,96 \pm 4,99$), μικρότερη διάρκεια της επιταχυνόμενης φάσης της ενεργού φάσης του πρώτου σταδίου τοκετού (dt2) ($p < 0,001$, A: $136,93 \pm 4,79$, B: $91,89 \pm 4,04$) και προωμότερη σε σχέση με το πρώτο εισαγωγή στο δεύτερο στάδιο του τοκετού, στις γυναίκες οι οποίες μελετήθηκαν και καταγράφηκαν τα αποτελέσματα με βάση το διάγραμμα B. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων (A και B), όσον αφορά τις άλλες παραμέτρους που μελετήθηκαν.

Συμπέρασμα: Χρησιμοποιώντας το νέου τύπου διάγραμμα τοκετού διαπιστώσαμε ότι είναι περισσότερο χρήσιμο στην ακριβή και έγκαιρη εκτίμηση της έναρξης του σταδίου επιτάχυνσης της ενεργού φάσης του πρώτου σταδίου του τοκετού και στην έγκαιρη πραγματοποίηση των απαραίτητων ενεργειών προκειμένου να περατωθεί ο τοκετός με ασφάλεια.

ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗΣ ΚΙ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΠΕΡΙΔΕΣΗΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ (E-153)

Χριστοδουλάκη Χ.Χ., Στρατουδάκης Γ., Τζανάκης Κ., Καμπανιέρης Μ., Καλλονιάτου Μ., Καστρινάκης Κ., Τσόπελας Α., Δασκαλάκης Γ.

Μ/Γ Κλινική, Γ.Ν. Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

Εισαγωγή: Ο πρόωρος τοκετός είναι ίσως η σημαντικότερη αιτία νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας στις μέρες μας. Η ανεπάρκεια τραχήλου δηλαδή η αδυναμία του τραχήλου της μήτρας να φέρει σε πέρας μια εγκυμοσύνη λόγω ανατομικών, λειτουργικών, συγγενών και επίκτητων αιτιών οδηγεί συχνά σε αποβολή ή αργότερα σε πρόωρο τοκετό. Η συχνότητά της ποικίλει από 0,05 έως 2% των κύσεων. Για την αντιμετώπισή εκτός των άλλων, γίνεται περιείδηση του τραχήλου της μήτρας. Εκλεκτική περιείδηση εκτελείται μεταξύ 13-16 εβδομάδων, έχει σπάνιες επιπλοκές και καλή αποτελεσματικότητα. Επείγουσα περιείδηση εκτελείται μετά από διαστολή του τραχήλου με ή χωρίς προβολή θυλακίου, συνήθως μεταξύ 18-23 εβδομάδων και έχει συχνά επιπλοκές. Οι τεχνικές είναι: η διακολπική Shirodkar, η McDonald, η διακοιλιακά με λαπαροτομία ή λαπαροσκοπικά.

Σκοπός: Η διερεύνηση και ο καθορισμός των άμεσων και απώτερων επιπλοκών κύσεων που υποβλήθηκαν σε επείγουσα και εκλεκτική περιείδηση τραχήλου μήτρας για την αποφυγή πρόωρου τοκετού και η περιγεννητική έκβασή των.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν οι γυναίκες που την τελευταία πενταετία υποβλήθηκαν σε επείγουσα και εκλεκτική περιείδηση τραχήλου (ΠΤ) στην Μαιευτική Γυναικολογική κλινική του Νοσοκομείου Χανίων. Καταγράφηκαν: η ηλικία των ασθενών, η ηλικία κύησης που έγινε η περιείδηση, οι άμεσες και οι απώτερες επιπλοκές και το περιγεννητικό αποτέλεσμα της κύησης.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν $25 \pm 4,5$ έτη στην ομάδα με την επείγουσα ΠΤ και $29 \pm 5,2$ έτη στην ομάδα με την προγραμματισμένη ΠΤ. Ο μέσος όρος ηλικίας κύησης ήταν $22 \pm 1,5$ εβδομάδες στην ομάδα με την επείγουσα ΠΤ και $15 \pm 2,2$ εβδομάδες στην ομάδα με την προγραμματισμένη ΠΤ. Οι επιπλοκές ήταν στην επείγουσα ΠΤ: αιμορραγία (15,4%) φλεγμονές κόλπου (53,8%)

λοιμώξεις ουροποιητικού (30,8%) αποβολές (15,4%) ενδομήτριο θάνατο (7,7%) πρόωρο τοκετό (23,1%) τελειόμηνες κήσεις (53,8%) και στην προγραμματισμένη ΠΤ αιμορραγία (7,7%) φλεγμονές κόλπου (38,5%) λοιμώξεις ουροποιητικού (26,9%) αποβολές (11,5%) ενδομήτριο θάνατο (0%) πρόωρο τοκετό (19,2%) τελειόμηνες κήσεις (69,3%).

Συζήτηση: Η διαφορά στην ηλικία κύησης δικαιολογείται εξ ορισμού (της επείγουσας και της προγραμματισθείσας). Η αιμορραγία ήταν διπλάσια στην επείγουσα, περισσότερες οι φλεγμονές κόλπου, οι λοιμώξεις του ουροποιητικού. Οι αποβολές ήταν λίγο περισσότερες στην επείγουσα. Διαφορά παρατηρείται στον ενδομήτριο θάνατο (μηδενικός στην προγραμματισμένη), μικρή διαφορά στον πρόωρο τοκετό και στην ολοκλήρωση της κύησης.

Συμπερασματικά πιστεύουμε ότι η προσεκτική και συνετή χρήση και εφαρμογή της χειρουργικής περίδεσης είναι σημαντική για την αντιμετώπιση της ανεπάρκειας τραχήλου και την πρόληψη του πρόωρου τοκετού. Επίσης η βελτίωση του περιγεννητικού αποτελέσματος δεν οφείλεται μόνο στην καλύτερη εκπαίδευση των μαιευτήρων για την εκτέλεση μιας χειρουργικής τεχνικής που δεν έχει αλλάξει εδώ και δεκαετίες αλλά και στην σαφή βελτίωση της αντιμετώπισης του νεογνού στις εξειδικευμένες μονάδες.

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΙΑ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ 7 ΕΤΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ (E-154)

Παναγόπουλος Π., Χρέλιας Χ., Μίνκωφ Α., Σιούλας Β., Λυκάκης Α., Βουργέντη Κ., Κασσάνος Δ.
Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικόν», Χαϊδάρι, Αθήνα

Εισαγωγή: Η επείγουσα μαιευτική υστερεκτομία αποτελεί επέμβαση (επείγουσα) και πραγματοποιείται για τη διάσωση της ζωής των επιτόκων-λεχωίδων που παρουσιάζουν σοβαρή αιμορραγία, μη ανταποκρινόμενη σε άλλη (συντηρητική) θεραπεία. Η επίπτωση της μαιευτικής υστερεκτομίας, διεθνώς, υπολογίζεται σε 0,3-2,7/1000 γεννήσεις. Στις ΗΠΑ είναι 0,5-1/1000 γεννήσεις και 5/1000 καισαρικές τομές. Στην βιβλιογραφία αναφέρονται ως προδιαθεσικοί παράγοντες: ανωμαλίες πρόσφυσης του πλακούντα (38%), ατονία της μήτρας (29%), ρήξη της μήτρας (12%), αιμορραγία άγνωστης αιτιολογίας (9%), προδρομικός πλακούντας (7%), αποκόλληση πλακούντα (2%), ινομυώματα μήτρας (1%), αιμάτωμα (<1%) και άλλα αίτια (1%). Για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας της μήτρας μετά τον τοκετό καταγράφονται οι μαλάξεις της μήτρας, ο επιπωματισμός της, ο αρτηριακός εμβολισμός, η χρήση μητροσυσπαστικών φαρμάκων, η συρραφή των ρήξεων, η μαιευτική απόξεση και ως έσχατο η επείγουσα μαιευτική υστερεκτομία.

Σκοπός της παρούσας αναδρομικής μελέτης είναι ο προσδιορισμός της επίπτωσης της μαιευτικής υστερεκτομίας στην Κλινική μας, η καταγραφή των προδιαθεσικών παραγόντων και η μετεγχειρητική πορεία των ασθενών.

Υλικό και μέθοδος: Από το αρχείο της αιθούσης τοκετών μελετήθηκαν οι ιατρικοί φάκελοι των ασθενών που υποβλήθηκαν σε μαιευτική υστερεκτομία: ο αριθμός τοκετών συνολικά κατ' έτος, ο αριθμός και η ένδειξη των μαιευτικών υστερεκτομών, τα δημογραφικά στοιχεία της γυναίκας, το μαιευτικό ιστορικό και η μετεγχειρητική μητρική νοσηρότητα θνητότητα.

Αποτελέσματα: Στην περίοδο μάρτιος 2004 φεβρουάριος 2011 σε σύνολο 6766 τοκετών έγιναν 8 μαιευτικές υστερεκτομίες (1.18/1000 γεννήσεις). Από αυτές 2 ήταν υφολικές. Η μέση ηλικία των γυναικών ήταν 33.6 έτη και η μέση ηλικία κύησης 37.3 3βδ. Όλες οι γυναίκες υποβλήθηκαν στην παρούσα

σε καισαρική τομή, πρωτοτόκες ήταν 2. Στο μαιευτικό ιστορικό οι 4 είχαν υποβληθεί σε καισαρική τομή άπαξ και 2 δίς. Ως ένδειξη κατεγράφηκαν: ανωμαλίες πρόσφυσης του πλακούντα 5, 2 ατονίες της μήτρας και 1 ρήξη της μήτρας. Η μητρική θνησιμότητα ήταν 0, οι μονάδες RBCs: 4-15, η παραμονή στη ΜΕΘ-ΜΑΦ: 1-3 ημέρες και η διάρκεια μετεγχειρητικής νοσηλείας: 5-8 ημέρες.

Συζήτηση - Συμπεράσματα: Η επίπτωση της μαιευτικής υστερεκτομίας στην Κλινική μας συμβαδίζει με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα. Το ιστορικό καισαρικής τομής αυξάνει τον κίνδυνο μαιευτικής υστερεκτομίας σε μελλοντικές κηύσεις. Η υφολική μαιευτική υστερεκτομία αποτελεί ασφαλή επιλογή, εκτός εάν υπάρχει ένδειξη αφαίρεσης του τραχήλου.

A

Αγακίδου Ε. 72, 97, 102
 Αγαπητός Ε. 181, 211
 Αγοραστός Θ. 75, 100, 103, 106, 114, 124, 126, 232
 Αγοριάννη Ξ. 226
 Αθανασιάδη Ε. 101, 152
 Αθανασιάδης Α. 66, 74, 77, 78, 79, 101, 150, 152, 156, 161, 205, 207, 219
 Αθανασιάδης Α. 109
 Αθανασίου Ε. 204
 Ακρίβος Ν. 69
 Αλεξάκη Α. 123, 125
 Αλχαζίδου Ε. 125, 127, 137, 220
 Αναγνωστάκου Μ. 94, 96, 139, 196
 Αναγνωστάτου Ν. 112, 193, 194
 Αναγνωστόπουλος Α. 172
 Αναστασάκης Ε. 205
 Αναστασιάδου Ε. 172, 193
 Αναστασίου Π. 182, 183
 Ανατολίτου Φ. 74, 96, 139, 196, 207
 Ανδρέου Α. 116, 192
 Ανδρονίκου Σ. 133, 214, 225
 Ανδρουτσόπουλος Γ. 136, 168, 170, 171
 Αντονογιώργος Γ. 132
 Αντσακλής Α. 67, 69, 70, 71, 74, 80, 95, 99, 110, 112, 123, 130, 148, 154, 156, 173, 181, 207, 218, 224, 227, 228, 229, 230, 235
 Αντσακλής Π. 67, 69, 71, 95, 218, 227, 228, 229, 230
 Αντωνάκης Γ. 136, 170, 171
 Αντωνάκου Α. 108, 147, 150
 Αντωνογιώργος Γ. 85
 Αντωνοπούλου Ε. 113
 Απαξίδου Ε. 184, 191
 Αραβαντινός Λ. 92, 198, 199, 200, 201
 Αργυροπούλου Μ. 214
 Αρναούτογλου Χ. 77, 79, 109
 Ασημακόπουλος Ε. 66, 77, 78, 79, 101, 109, 150, 156, 161, 219
 Ασπρούδης Ι. 214

B

Βαβίλης Δ. 197, 217
 Βαγγόπουλος Β. 158
 Βαλάρη Β. 157
 Βαλάρη Μ. 196
 Βαράκης Χ. 132, 175, 191
 Βαρθαρήγου Α. 144, 182, 183
 Βαρχαλαμά Ε. 85, 213
 Βασδέκη Α. 177
 Βατσαρέας Δ. 140
 Βελεγράκη Α. 233
 Βελισσαρίου Β. 81
 Βελτσίστα Α. 67
 Βενέτης Χ. 217
 Βερβενιώτη Α. 180
 Βλαχάδης Ν. 179
 Βομβολάκη Ε. 184
 Βοριά Π. 112
 Βούγγας Κ. 172
 Βούλτσου Α. 209
 Βουρβουλάκη Β. 129, 175, 178, 191
 Βουργέντη Κ. 158, 238
 Βράβια Β.-Μ. 141, 165
 Βραχνής Ν. 175, 202, 235
 Βρεττού Χ. 79, 80, 90, 93

Γ

Γαϊτανά Κ. 68, 105, 118, 120, 177, 210, 215
 Γαλάζιος Γ. 164, 236
 Γαρατζιώτη Μ. 84
 Γερεντέ Α. 77, 79, 109
 Γερμανάκης Ι. 167
 Γεωργαδάκη Α. 174
 Γεωργαδάκης Γ. 174
 Γεωργαδάκης Σ. 174
 Γεωργακοπούλου Α. 136, 168, 170, 171
 Γεωργιάδης Α. 164, 204, 236
 Γεωργίου Β. 215
 Γεωργίου Σ. 114
 Γήτας Γ. 75, 114, 197, 217
 Γιαελής Ι. 129, 186
 Γιαννακοπούλου Ε.-Σ. 147
 Γιαννακοπούλου Π. 138
 Γιαννακοπούλου Χ. 112, 193, 194
 Γιαννίκου Κ. 127
 Γιαννούλη Γ. 67
 Γιάπρος Β. 214
 Γιατζάκης Χ. 193, 194
 Γιατράκου Ε. 67, 179
 Γκάντσεβα Σ. 213
 Γκαράς Α. 146, 185
 Γκαμπίρης Π. 132, 139, 167, 187, 224
 Γκατζόφλια Α. 145
 Γκίκα Α. 179
 Γκιουγκή Ε. 76, 78, 234
 Γκουντάκου Μ. 107
 Γκούρβας Β. 91
 Γκουσάρης Ε. 138
 Γκουτζιούλης Α. 75, 124, 126
 Γκουτζιούλης Μ. 106, 114, 124
 Γκριμπάκης Γ. 82
 Γλαρός Σ. 120, 142, 188
 Γλυνού Ε. 217
 Γουδεσίδου Μ. 68, 105, 118, 120, 177, 210, 215
 Γουλής Δ. 66, 161
 Γούναρης Α. 68, 74, 85, 105, 118, 120, 177, 207, 210, 215
 Γουργιώτης Δ. 73, 85, 141, 165
 Γράφας Π. 166
 Γράψας Σ.Θ. 119
 Γρηγοριάδης Θ. 176
 Γρηγοριάδης Χ. 161, 198, 199, 200, 201
 Γρηγοριάδου Ε. 216

Δ

Δαγκλής Θ. 75, 106
 Δάλπα Ε. 91
 Δασκαλάκη Α. 86, 122
 Δασκαλάκης Γ. 67, 69, 95, 110, 112, 120, 142, 153, 188, 218, 221, 229, 230, 235, 237
 Δασοπούλου Μ. 139
 Δεδούση Ο. 213
 Δεκαβάλας Γ. 136, 140, 168, 170, 171, 180
 Δερμεντζόγλου Β. 217
 Δεστούνη Α. 90, 93
 Δεστούνη Α. 79
 Δετοράκης Σ. 69
 Δημάση Β. 120
 Δημησιάνος Γ. 93
 Δημητριάδης Δ. 182
 Δημητρίου Γ. 73, 180

Δημητρίου Κ. 83
 Διακάκης Ι. 186
 Διαμαντή Ε. 72, 97, 100, 102, 145
 Δόμπρη Δ. 164
 Δουβίτσα Κ. 96, 139
 Δουκέλη Σ. 179
 Δουλεγράκης Ε. 215
 Δουρίδας Ι. 179, 216
 Δρακοπούλου Ζ. 182
 Δριτσάκου Κ. 128
 Δρόσου Β. 74, 102, 207
 Δρόσου-Αγακίδου Β. 72, 97, 100, 134, 145
 Δρούγια Α. 133, 214

Ε

Εγγλέζου Σ. 128
 Ελευθεριάδης Μ. 92, 203
 Ελευθεριάδης Σ. 204
 Ευαγγελινός Δ. 132, 139, 167, 187, 224
 Ευθυμιάδη Μ. 94
 Ευσταθίου Γ. 203, 205
 Ευσταθίου Ν. 145
 Ευσταθόπουλος Θ. 125

Ζ

Ζαβλάνος Α. 77, 79, 109, 156
 Ζακόπουλος Ν. 181
 Ζαρίφη Μ. 217
 Ζαρκαλή Α. 188
 Ζαχάκη Σ. 155
 Ζαχαράκης Δ. 69
 Ζαχαριά Ε. 231
 Ζέλλου Α. 176
 Ζεπειρίδης Α. 197, 217
 Ζέρβα Λ. 105
 Ζερβακάκου Ρ. 82
 Ζερβάκη Ε. 211
 Ζηλάκου Ε. 153
 Ζησιού Α. 142, 188, 221
 Ζόγκα Μ. 179, 216
 Ζούμπος Ν. 168
 Ζωγράφου Χ. 236

Η

Ηλιοδρομήτη Ζ. 175, 202, 235

Θ

Θανασάς Ι. 147, 209
 Θεοδωρά Μ. 67, 70, 95, 99, 218, 227
 Θεοδωράκη Μ. 208
 Θεοδωρή Ε. 168
 Θεοδωρίδης Θ. 76, 197, 217
 Θεοδωρίδου Μ. 160
 Θεοδώρου Σ.Φ. 119
 Θεοχάρη Π. 214
 Θώδη Γ. 215
 Θωμαΐδου Α. 134
 Θωμαΐδου Α. 134, 227

Ι

Ισιδώρου Μ. 213
 Ιωαννίδης Η. 78, 234
 Ιωαννίδης Ι. 173

Κ

Καββαδίας Γ. 179
 Καϊλίδης Κ. 234
 Κάκκος Λ. 163, 166
 Κάκουρου Γ. 79, 90
 Καλαϊτζή Α. 68, 105, 118, 120, 210
 Καλαϊτζή Ν.Α. 177, 215
 Καλαϊτζίδης Ι. 113
 Καλαμιώτη Ο. 231
 Καλαμπόκας Ε. 161, 175, 235
 Καλαμπόκας Θ. 161, 175, 176, 198, 199, 200, 201, 235
 Καλαντζή Ν. 118
 Καλατζή Ν. 226
 Καλλιντέρη Χρ. 163, 166
 Καλλιονιάτου Μ. 120, 153, 184, 237
 Καλογερόπουλος Σ. 235
 Καλογιαννίδης Ι. 75, 100, 103, 114, 124, 126, 232
 Καμπανιέρης Μ. 120, 153, 237
 Καμποροπούλου Γ. 113
 Καναβάκης Ε. 79, 90, 93
 Κανδήλη Γ. 125
 Καντανολέον Σ. 191
 Κανταρτζή Ε. 105, 118, 210, 215
 Καπετανάκης Ι. 127
 Καπόγιαννης Α. 116
 Καραβάνα Γ. 118, 231
 Καραβιδά Κ. 77, 109
 Καραβιτάκης Ε. 184, 191
 Καραβιώτη Ε. 163
 Καραγιάννη Ε. 66
 Καραγιάννη Π. 76, 106
 Καραγιαννίδης Α. 153
 Καραδόντα Ι. 118
 Καραϊσκάκης Π. Τ. 179, 216
 Καρακάντζα Μ. 136, 168, 170, 171
 Καραμπέλας Σ. 140
 Καρατζά Α. 73, 144, 182, 183
 Καρατζίου Χ. 217
 Καραχανίδη Ε. 138
 Καρακλέτη Μ. 81
 Καραβάς Η. 146, 185
 Καραπίθος Γ. 236
 Κασάπη Ε. 107
 Κασσάνος Δ. 86, 98, 114, 115, 119, 158, 182, 195, 220, 238
 Καστανίδου Ο. 93
 Καστρινάκης Κ. 142, 188, 221, 237
 Καστραντζιώτης Κ. 156
 Κατσαμάγκας Γ. 103, 232
 Κατσάρος Β. 138
 Καφετζής Δ. 155
 Καψαμπέλη Ε. 86, 115, 122, 196
 Κεκέ Ι. 135
 Κεσίδου Ν. 132, 167, 187
 Κιοσές Ε. 179, 216
 Κίτσιου-Τζέλη Σ. 127
 Κλαυδιανού Μ. 83
 Κλεάνθους Μ. 79
 Κόκκορη Φ. 85
 Κόκορη Φ. 231
 Κολαλέξη Α. 80, 93, 127
 Κολοβού Β. 182
 Κολμπιανάκης Σ. 82
 Κόνδη-Παφίτη Α. 199, 200, 201
 Κοντέ Β. 160
 Κοντοδιού Μ. 203, 205

- Κοντομανώλης Ε.Ν. 164, 236
 Κοπάνου Μ. 68, 177, 210, 215
 Κορακάκη Ε. 112, 193, 194
 Κοροπούλη Μ. 157
 Κοσιμά Κ. 127
 Κοτσαηλίδου Μ. 139
 Κοτσαηλίδου Σ. 132, 167, 187, 224
 Κουβίδη Ε. 127
 Κουγιουμτζίδου Α. 161
 Κουγιουμτσίδου Ν. 153
 Κούκου Δ.-Μ. 129, 175, 178, 191
 Κούκου Ζ. 146, 185
 Κούκουρα Ο. 91, 146, 185
 Κουμαντζέλη Χ. 123
 Κουμενίδου Μ. 196
 Κουντάρας Κ. 216
 Κουντουρέλλη Κ. 192
 Κουρατζή Μ. 224
 Κουρή Ε. 97, 129
 Κουρλαμπά Γ. 84
 Κουσιδής Γ. 179
 Κούτλα Α. 192
 Κουτλάκη Ν. 164
 Κουτρουλάκης Δ. 91
 Κουτρουμάνης Π. 69, 110
 Κουτσοβίτης Π. 67
 Κράλλης Ν. 133
 Κρεατσάς Γ. 161, 176, 199, 200, 201, 235
 Κρύγκερ Σ. 193
 Κρυελέση Β. 181
 Κυριακίδης Μ. 132, 139, 167, 187, 224
 Κυριακίδου Μ. 106
 Κυριακόπουλος Κ. 70
 Κυρίτση Ε. 132
 Κυρίτσης Ν. 110
 Κύρκου Ι. 86, 98, 122
 Κύρκου Χ. 101
 Κυρογιάννη Α. 219
 Κωνσταντέλος Δ. 138
 Κωνσταντινίδη Α. 208, 226, 233
 Κωνσταντινίδου Α. 91, 203
 Κωνσταντινίδου Κ. 85
 Κωνσταντίνου Δ. 83
 Κωνσταντίνου Ε. 204
 Κωνσταντουλάκης Χ. 191
 Κώρης Γ. 147, 209
 Κώσταλος Χ. 85, 130, 148, 154, 155, 156
 Κωστανόπουλος Χ. 166
 Κωτσόπουλος Ι. 131, 157, 206
- Λ**
 Λαζαροπούλου Χ. 84
 Λαζάρου Ε. 174
 Λαϊνάκης Ν. 118
 Λαλιώτης Ν. 156
 Λαμπαδαριδής Γ. 208
 Λαμπαδαριδής Ι. 85, 118, 213, 226, 231, 233
 Λαμπρινουδάκη Ε. 161
 Λεξέ Ε. 127
 Λεψού Ν. 96
 Λεκέα Β. 67
 Λέφα Π. 113
 Λιακοπούλου Μ. 94
- Λίβανος Π. 175
 Λιθοξοπούλου Μ. 234
 Λιόση Σ. 73, 85, 141, 165
 Λιόσης Γ. 93, 97, 128, 129
 Λουκάς Ι. 215
 Λυκάκης Α. 182, 195, 238
 Λυκερίδου Α. 93, 97, 129
 Λυμπέρης Β. 164, 236
- Μ**
 Μαγαζιώτη Ι. 97
 Μαδεμτζής Ι. 146
 Μακρής Γ. 119, 195
 Μαλαμάκη Χ. 205, 227
 Μάλαμας Φ. 173
 Μαλαμίτση-Πούχγεο Α. 73, 74, 85, 141, 165, 207
 Μαλιωτάκης Μ. 216
 Μάμαλου Χ. 106
 Μαμελετζή Σ. 66, 161
 Μανιάση Ε. 81
 Μάνου Μ. 185
 Μανουρά Α. 112, 193, 194
 Μανταγός Σ. 73, 144, 182, 183
 Μαντζαβίνου Α. 220
 Μανωλάκος Ε. 134, 203, 205, 227
 Μαράτου Ε. 182
 Μαργιούλα-Σιάρκου Χ. 75, 107, 114, 124
 Μαριόγλου Α. 134
 Μαριμαρινός Α. 73, 85
 Μαρτινοπούλου Α. 192, 193
 Μασούρα Σ. 100, 103, 106
 Μαστοράκος Γ. 93
 Μαυρεδάκη Π. 184, 191
 Μαυρίδης Π. 134
 Μαύρου Α. 80, 93, 127
 Μαυρώνη Α. 103, 106, 126
 Μελιτζανοπούλου Α. 106, 126
 Μελλου Α. 200
 Μενδρινού Μ. 220
 Μενεξές Γ. 152, 219
 Μέξη Π. 86, 122
 Μέξη-Μπουρνά Π. 196
 Μεσογίτης Σ. 67, 95, 110, 112, 123, 156, 173, 218, 227, 228
 Μεσογίτης Σπ. 181
 Μεσσήνης Ι. 146, 185
 Μητσάκης Κ. 102, 134
 Μητσιάκος Γ. 78, 104, 106, 234
 Μίνωφ Α. 195, 238
 Μιχαήλ Ε. 138
 Μιχαηλίδου Α. 101, 150, 152, 219
 Μιχαλίτση Β. 149
 Μιχοπούλου Ο. 193
 Μοίρα Π. 83
 Μούγιου Α. 136, 168, 170, 171
 Μουλλά Β. 94
 Μουρούνη Μ. 194
 Μουσιώλης Α. 130, 148, 154, 156, 224
 Μούσκου Σ. 129, 132, 175, 178, 191
 Μουστάκης Δ. 101, 219
 Μουτάφη Α. 123
 Μπάκα Σ. 73, 85, 141, 165
 Μπακολέας Β. 123
 Μπακούλα Χ. 67, 132, 179
 Μπακούλας Β. 67
- Μπαρμπάκος Σ. 83
 Μπαρούτης Γ. 130, 148, 154, 156
 Μπάσιος Γ. 149
 Μπατάλιας Λ. 182
 Μπατσάκη Δ. 196
 Μπελίτσος Π. 173
 Μπεράτης Ι.Ν. 209
 Μπίλη Ε. 82
 Μπιμπάκη Ε. 193
 Μπίνα Αρ. 147, 209
 Μπλάνας Κ. 67
 Μπόνου Π. 116, 211
 Μπότσης Δ. 92, 175, 202, 235
 Μπουγιούκου Δ. 94, 196
 Μπούζα Ε. 94, 96
 Μπούρας Γ. 86
 Μπουρνάς Ν. 86, 122
 Μπούσιος Ι. 125, 127, 137, 220
 Μπουτοπούλου Β. 115, 122
 Μπούτσικου Θ. 73
 Μπούτσικου Μ. 73, 85, 141, 165
 Μπριάντα Δ. 73, 85, 141, 165
 Μυλωνά Ε. 78
 Μύλου Ε. 215
 Μωρέ Ε. 131, 157, 206
- Ν**
 Ναβροζίδου Στ. 163
 Νάση Α. 101
 Νάσης Ν. 116
 Νάτσης Σ. 95, 228, 230
 Νενάντοβ Σ. 106, 232
 Νέξη Χ. 213
 Νέτσκος Δ. 199
 Νίκα Α. 127
 Νικολαΐδης Ν. 76, 78, 106, 234
 Νικολαΐδου - Καρπαθίου Π. 86
 Νικολάου Β. 118
 Νικολάου Γ. 138
 Νιώρα Ε. 128
 Νταγκλή Α. 125, 127, 137, 220
 Ντανίκα Α. 211
 Ντέκα Ε. 93
 Ντεμίρι Ντ. 216
 Ντόμαλη Α. 71, 112
 Ντόμαλη Κ. 70
 Ντόνοχιου Ζ. 81
 Ντότσινας Ι. 215
 Νύκταρη Γ. 86, 196
- Ξ**
 Ξανθοπούλου Α. 172
- Ο**
 Οικονομάκης Β. 127
 Οικονόμου Θ. 227, 228, 229, 230
 Οικονόμου Ν. 204
- Π**
 Παλίλη Α. 67
 Παλούκη Π. 216
 Παλπόγλου Γ. 93
 Παμπόρη Γ. 150
 Παμπούκα Μ. 97, 145
 Παναγιωτίδης Ι. 107
 Παναγιωτοπούλου Ε. 183
- Παναγιωτοπούλου Ο. 144, 182, 183
 Παναγιωτουνάκου Π. 213, 233
 Παναγόπουλος Π. 119, 158, 182, 195, 238
 Πανουλής Κ. 201
 Πανούλης Κ. 161, 176, 200
 Παντατοσάκης Ε. 125, 127, 137, 138, 220
 Πάντος Γ. 82, 217
 Πάντος Κ. 186
 Πάντου Κ. 225
 Παπαβασιλείου Ε. 129, 175, 178, 191
 Παπαγαρουφάλης Κ. 74, 93, 97, 128, 129, 207, 213
 Παπαγεωργίου Α. 104
 Παπαγεωργίου Ι. 181
 Παπαδάκη Ε.-Γ. 113
 Παπαδάκης Ε. 161, 234
 Παπαδάκης Σ. 226
 Παπαδημητρίου Ε. 68, 118, 177, 215
 Παπαδογιωργάκη Μ. 157
 Παπαδόπουλος Β. 136, 140, 170, 171, 180
 Παπαδόπουλος Ζ. 186
 Παπαδόπουλος Ι. 98, 122
 Παπαδόπουλος Σ. 156, 197
 Παπαδοπούλου Ε. 194
 Παπαδοπούλου Μ. 118
 Παπαευαγγέλου Β. 155
 Παπαευθυμίου Μ. 112
 Παπαζεύκος Β. 69, 70, 71, 110
 Παπαθεοδώρου Α. 107
 Παπαϊωάννου Ε. 106
 Παπαμανώλης Β. 110
 Παπανικολάου Β. 82
 Παπαντωνίου Ν. 67, 69, 70, 71, 74, 80, 95, 110, 112, 148, 173, 181, 207, 218, 224, 227, 228, 229, 230, 235
 Παπαντωνίου Ν. 69
 Παπασπύρου Ειρ. 181
 Παπαστεφάνου Ι. 158
 Παπασωτηρίου Ι. 84
 Παπαχρήστου Φ. 72
 Παπούλη Μ. 100, 192, 193
 Παπουλίδης Ι. 134, 203, 205, 227
 Παπουτσής Δ. 112, 123, 150
 Πατεράκη Ε. 179
 Πατσουράκου Ε. 128
 Πατσούρου Ε. 118
 Παυλίδου Α. 208
 Παύλου Β. 144
 Παφίλη Ζ. 174
 Πενθερουδάκης Α. 157
 Πεπές Σ. 167, 184
 Πετεινάκη Ε. 105, 177
 Πετούσης Στ. 75, 107, 114, 124
 Πετράκος Γ. 125, 127, 137, 220
 Πετράτου Ε. 96
 Πετρίδου Σ. 102
 Πετροπούλου Χ. 217
 Πετροχειλού Α. 184
 Πετροχειλού Α. 191
 Πηγής Δ. 218
 Πηλιτσίδου Ε. 68, 215
 Πιλάλης Θ. 95
 Πίτης Σ. 66

- Πλαχούρας Ν. 205
 Πολυκάρπου Ε. 155
 Πολυκάρπου Ν. 155
 Πολυμενάκος Π. 211
 Πολυχρονάκου Α. 98, 114, 115, 220
 Πράπας Γ. 82
 Πράπας Ι. 107
 Πράπας Ν. 75, 82, 107, 124
 Πρίφτης Κ. 196, 210
 Προμπονάς Εμ. 186
 Προτόπατας Α. 130
 Πύρρος Δ. 132
- Ρ**
- Ραβανός Κ. 103, 126, 232
 Ράγκου Φ. 150
 Ραϊσάκη Μ. 194
 Ρίζος Δ. 92, 235
 Ρίζου Μ. 92
 Ροδολάκης Α. 123
 Ρούβαλης Φ. 109
 Ρούσσου Α. 208
- Σ**
- Σαββάκη Μ. 112
 Σαγεώργη Α. 83
 Σαϊτάκης Ε. 112
 Σακελλαρόπουλος Γ. 170, 171
 Σαλαμαμάκη-Κοντού Μ. 116, 211
 Σαλβάνος Η. 213
 Σαλούμι Ι. 158
 Σαμαράς Γ. 233
 Σαμόλη Ε. 235
 Σαπουτζή Ε. 145
 Σαραφίδης Κ. 72, 97, 102, 134
 Σγάρτσου Α. 128
 Σδρούλιας Β. 217
 Σεβαστοπούλου Ε. 205
 Σερασμέρη Ε. 216
 Σηφράκης Σ. 91, 99, 167, 172, 175, 202, 203
 Σιαφάκα-Καπανταή Α. 172
 Σιαφάκας Ν. 105
 Σιαχανίδου Τ. 84, 132, 211
 Σιγάλας Ι. 135
 Σίδερη Β. 86, 122, 196
 Σιδηρόγλου Ξ. 179
 Σιδηροκαστρίτη Ο. 209
 Σίμου Μ. 69, 110, 235
 Σίνδος Μ. 69, 70, 71, 112, 123, 154, 173, 224, 227, 228, 229, 230
 Σινωπίδης Ξ. 144
 Σιούλας Β. 238
 Σίσκου Μ. 132, 139, 167, 187, 224
 Σιτζίμη Μ. 135
 Σιώμου Ε. 134, 205
 Σκαρμούτσος Μ. 179, 216
 Σκαφιδά Π. 132, 139, 167, 187, 224
 Σκέντου Χ. 199
 Σκιαθίτου Α.-Β. 84, 211
 Σκορδαλά Μ. 135
 Σκουτέλη Ε. 116
 Σλαβκοβιτς Α. 229
 Σουλτζής Ν. 91
- Σουλτάτος Α. 217
 Σούμπαση Β. 72, 102, 134
 Σοφιάδου Β. 174
 Σοφούδης Χ. 161, 176, 198, 199, 200, 201
 Σπανοπούλου Ι. 135
 Σπανού Σ. 213, 226
 Σπαντίδος Δ.Α. 91
 Σπούλου Β. 160
 Σπρινγκ Α. 81
 Σταθοπούλου Β. 149
 Σταθοπούλου Θ. 134
 Σταματέλου Φ. 179
 Στανούλοβ Γ. 153
 Στέρρη Μ. 192, 193
 Στεφανάκη Κ. 196, 211
 Στεφανίδου Ε. 116, 211
 Στίγκα Α. 83
 Στράκα Κ. 138
 Στρατουδάκης Γ. 120, 142, 153, 188, 191, 221, 237
 Συμεωνίδου Μ. 219
 Συριοπούλου Β. 233
 Συριοπούλου Θ. 138
 Σύριμου Α. 127
 Σώκου Ρ. 213, 226
 Σωτηριάδης Α. 205
 Σωτηρίου Σ. 129, 175, 178, 199
 Σωτηρίου Σπ. 191
 Σωτηροπούλου Μ. 123
- Τ**
- Ταβανιώτου Α. 107
 Τανιμανίδης Π. 103, 106, 232
 Ταπάγκου Α. 72
 Ταφλατζής Β. 66, 77, 79, 82, 101, 109, 150, 156, 161, 197, 217, 219
 Τασιοπούλου Ι. 86
 Ταχμιτζή Σ. 120
 Τζανάκη Α. 179
 Τζανάκης Κ. 120, 142, 153, 188, 191, 221, 237
 Τζανάτου Χ. 202
 Τζεβελέκης Β. 101, 150, 219
 Τζεβελέκης Φ. 66, 77, 78, 79, 156, 161, 197, 217
 Τζέτη Μ. 127
 Τζιβελέκης Φ. 109
 Τζιμίνα Μ. 203
 Τζιμίνα Μ. 205
 Τζούφη Μ. 214
 Τοκατλίδου Ζ. 161
 Τονακανιάν Α. 77, 79, 152
 Τούντα Γ. 80, 93
 Τουρόκη Ε.Φ. 209
 Τουρκιής Ι.Δ. 209
 Τραγόμαλου Ε. 83
 Τραϊανός Α. 114, 232
 Τραϊανός Β. 103, 114
 Τρωϊζος-Παπαβασιλείου Β. 129, 175, 178, 191
 Τρωϊζος-Παπαβασιλείου Π. 129, 175, 178, 191
 Τσαβέζ Ν. 166
- Τσαγκάκης Γ. 172
 Τσακαλίδης Χ. 76
 Τσακουμάκη Φ. 101, 150, 152
 Τσαντίλα Α. 125
 Τσαντίλα Κ. 85
 Τσαπάκη Ε. 119, 199, 201
 Τσάπανος Β. 131, 136, 157, 170, 171, 206
 Τσαρλακουντάκης Ηλ. 163
 Τσεβά Θ. 81
 Τσέβης Κ. 125, 127, 137, 220
 Τσεκούρα Ε. 86, 98, 114, 115, 196, 220
 Τσεκούρα Ε. 74, 207
 Τσεμπεντζή Ε. 72
 Τσερτανίδου Α. 100, 126
 Τσιάρτας Π. 79
 Τσιβερωϊώτης Κ. 131, 140, 157, 180, 206
 Τσιβτανίδου Τ. 231
 Τσικούρας Π. 164
 Τσιλιγιάννη Θ. 205
 Τιμισιλιάνος Α. 145
 Τσιρώνη Ε. 120
 Τσιτσιής Β. 102
 Τσιτσιά Ι. 152
 Τσοκάκη Θ. 102
 Τσολιά Μ. 155
 Τσόπελας Α. 120, 142, 153, 188, 221, 237
- Υ**
- Υφαντίδου Α. 139
- Φ**
- Φαλαίνα Β. 231, 233
 Φιωτάκη Σ. 112
 Φοίφα Α. 215
 Φούζας Σ. 73, 144, 180
 Φουρλάνη Ε. 138
 Φουσκάκης Δ. 69
 Φρογουδάκη Α. 149
 Φωτίου Α. 97
 Φωτίου Μ. 101, 150, 152, 219
 Φωτόπουλος Σ. 96
- Χ**
- Χαϊδόγιαννος Κ. 195
 Χαλβατσιώτης Π. 182
 Χαλιάσος Α. 92
 Χαντζή Φ.-Μ. 213
 Χαντζιάρη Χ. 118, 120, 210
 Χαρβάλου Α. 215
 Χαριτίδου Σ. 97
 Χαρίτου Α. 123, 125, 211
 Χασιάκος Δ. 73, 85, 92, 141, 165, 198, 199
 Χασιώτης Ηλ. 163, 166
 Χασιώτου Ε.Ι. 209
 Χατζάκης Ε. 157
 Χατζή Ε. 108
 Χατζηδάκη Ε. 112, 193, 194
 Χατζημελετίου Κ. 82
- Χατζησταματίου Κ. 100, 126, 232
 Χατζιάρη Χ. 68
 Χλιάρα Ε. 132, 139, 167, 187, 224
 Χοτούρα Ε. 133, 225
 Χουλιάρης Γ. 211
 Χουρδάκης Μ. 182, 183
 Χρέλια Κ. 129, 175, 178, 191
 Χρέλιας Χ. 114, 119, 149, 158, 182, 238
 Χρέλιας Χ. 195
 Χριστοδουλάκη Χ. 120, 125, 127, 137, 142, 153, 158, 182, 188, 220, 221, 237
 Χριστόπουλος Γ. 79
 Χριστοπούλου Γ. 81
 Χριστοπούλου Σ. 81
- Ψ**
- Ψαρρά Α. 205
- Amiel A. 99
 Black R. 71
 Black Rebecca 69
 Fejgin M.D. 99
 Gardiner H. 167
 Kovacs L. 104
 Libermann M. 99
 Perry N. 99
 Petersen M.B. 134, 203, 205, 227
 Tica V. 236
 Traeger-Συνοδινού J. 79, 90, 93
 Tsiouras P. 99