

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

Από τη Σύνταξη

Συμπεράσματα  
Συμποσίου

Κλινικά θέματα

Επιστημονικές  
εκδηλώσεις**ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ  
ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Ι. Ε. Μεσσήνης

Κ. Νταφόπουλος

Α. Γκαράς

Επιμέλεια ύλης -  
ΈκδοσηΜαιευτική και  
Γυναικολογική  
Κλινική  
Πανεπιστημίου  
Θεσσαλίας  
Πανεπιστημιακό  
Νοσοκομείο  
ΛάρισαςΤηλ.: 2413-502795  
2413-502796  
FAX: 2413-501019E-mail:  
messinis@med.uth.gr  
www.med.uth.gr/obgyn**ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΝΤΑΞΗ****ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΝΤΑΞΗ**

Στο παρόν τεύχος αναφέρονται τα κυριότερα συμπεράσματα του τελευταίου Συμποσίου της Κλινικής μας που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια των «Larissa Symposia» στις 12 και 13 Μαρτίου 2011 με θέμα «Φυσιολογία της Αναπαραγωγής – Υπογονιμότητα (*Physiology of Reproduction-Infertility*)».

**Συμπεράσματα Συμποσίου**

Την έναρξη του Συμποσίου κήρυξε το πρωί του Σαββάτου ο Καθηγητής Ιωάννης Ε. Μεσσήνης και στη συνέχεια ο ίδιος ανέπτυξε τη φυσιολογία της ωοθυλακιογένεσης και της λειτουργίας του ωχρού σωματίου. Στην ομιλία του αναπτύχθηκε ο ρόλος των γοναδοτροφινών καθώς και νεότερα δεδομένα στη συμμετοχή ενδοωοθηκικών ρυθμιστών όπως η ινχιμπίνη, οι IGFs, ο GDF-9, η BMP-15 κλπ. στη φυσιολογική ωοθυλακική φάση. Επίσης, περιγράφηκε η ρύθμιση της λειτουργίας του ωχρού σωματίου από τις γοναδοτροφίνες και η ωχρινόλυση καθώς και η σημασία της χοριακής γοναδοτροφίνης στη διάσωση του. Στη συνέχεια, ο Καθηγητής Ι. Γεωργίου ανέπτυξε τους μηχανισμούς ωρίμανσης του ωαρίου τόσο σε επίπεδο πυρήνα όσο και σε επίπεδο κυτταροπλάσματος. Επίσης, αναφέρθηκε διεξοδικά στη σημασία του μετατιθέμενου γενετικού

υλικού μέσα στον πυρήνα του ωαρίου για την ωρίμανση του, τη γονιμοποίηση αλλά και την ανάπτυξη του εμβρύου. Ο επόμενος ομιλητής, Καθηγητής Α. Μακρυγιαννάκης παρουσίασε νεότερα δεδομένα στους μηχανισμούς εμφύτευσης και κυρίως ανέδειξε το σημαντικό ρόλο που φαίνεται να διαδραματίζει το ενδομήτριο στην επιλογή των εμβρύων που εμφυτεύονται. Ο μηχανισμός επιλογής είναι κλινικά ιδιαίτερα σημαντικός καθώς σε διαταραχές του μπορεί να προκύπτουν οι καθ'έξιν εκτρώσεις. Η τελευταία ομιλία της 1<sup>ης</sup> συνεδρίας ήταν του Καθηγητή Α. Templeton ο οποίος αναφέρθηκε στα επιδημιολογικά δεδομένα της υπογονιμότητας και κυρίως στην επίδραση της ηλικίας αλλά και ποικίλων περιβαλλοντικών επιδράσεων όπως τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και το κάπνισμα. Επιπλέον παρουσίασε τις θεραπευτικές δυνατότητες της εξωσωματικής γονιμοποίησης σήμερα καθώς και τη μεγάλη αξία της πρακτικής μείωσης του αριθμού των μεταφερόμενων εμβρύων.

Η 2<sup>η</sup> συνεδρία ξεκίνησε με την ομιλία του Καθηγητή G. Griesinger ο οποίος παρουσίασε δεδομένα τα οποία έδειξαν την αρνητική επίδραση της ηλικίας στην ανδρική και τη γυναικεία γονιμότητα. Οι μηχανισμοί αυτής της επίδρασης αναλύθηκαν και σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται συμπεριφερειολογικές τροποποιήσεις, η μείωση της ποιότητας των ανδρικών και γυναικείων γαμετών, η αύξηση των ανωμαλιών του γενετικού υλικού κλπ. Στη συνέχεια, ο Διδάκτορας Α. Ανυφαντής ανέλυσε τα συστήματα βاثμολόγησης των εμβρύων για επιλογή τους για εμβρυομεταφορά. Επιπλέον παρουσίασε νεότερα δεδομένα σχετικά με την εφαρμογή της μελέτης του μεταβολισμού των εμβρύων στη βελτίωση του αποτελέσματος της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Η πρώτη ομιλία της επόμενης συνεδρίας ήταν του Καθηγητή Β. Ταρλατζή, ο οποίος παρουσίασε τη νέα μορφή ανασυνδυασμένης FSH μακράς δράσης, την κοριφολιτροπίνη-α που αντικαθιστά τις πρώτες 7 ημέρες ενέσεων FSH. Οι μέχρι σήμερα μελέτες έδειξαν ότι με αυτό τον τρόπο η διέγερση είναι πιο φιλική για την ασθενή με παρόμοια αποτελέσματα με αυτά της κλασικής διέγερσης. Ο επόμενος ομιλητής ήταν ο Καθηγητής P. Inaudi, ο οποίος παρουσίασε τη χρήση πρωτόκολλων χαμηλής δόσης γοναδοτροφινών σε κύκλους IVF. Είναι μεγίστης σημασίας η επιλογή του κατάλληλου πρωτοκόλλου για την κάθε ασθενή ώστε να μεγιστοποιηθεί η πιθανότητα γέννησης ενός νεογνού και να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος της ωθηκικής διέγερσης. Στη συνέχεια ο Λέκτορας Ε. Παπανικολάου παρουσίασε δεδομένα σχετικά με την αξία διαφόρων δεικτών ωθηκικών εφεδρειών. Τα επίπεδα της αντιμυλλέρινας ορμόνης στην κυκλοφορία έχουν εξαιρετικά υψηλή ευαισθησία στην πρόγνωση της πτωχής ωθηκικής απάντησης. Ο καθηγητής Δ. Λουτράδης στην ομιλία του ανέπτυξε το πρόβλημα των πτωχών απαντητριών στην IVF, ιδιαίτερα συχνό αφού αφορά περίπου στο 9-24% των κύκλων. Έχουν μέχρι σήμερα εφαρμοσθεί ιδιαίτερα μεγάλοι αριθμός θεραπειών χωρίς όμως αποτελέσματα, με εξαίρεση την προσθήκη GH. Επίσης, παρουσιάστηκαν νεότερα δεδομένα σχετικά με τη γενετική βάση της απάντησης στην ωθηκική διέγερση. Η τελευταία ομιλία της 3<sup>ης</sup> συνεδρίας ήταν του Καθηγητή Α. Templeton ο οποίος αναφέρθηκε στη χρήση των GnRH ανταγωνιστών στην ωθηκική διέγερση. Φαίνεται ότι παρουσιάζουν πλεονεκτήματα σε σχέση με τους αγωνιστές κυρίως στην πιο φιλική προς την ασθενή χορήγηση και στη μείωση της συχνότητας του συνδρόμου υπερδιέγερσης των ωθηκών. Παράλληλα, τελευταία δεδομένα δείχνουν ότι πιθανότατα δεν υπάρχουν διαφορές στα ποσοστά κύησης με τη χρήση των δύο αναλόγων της GnRH.

Η 4<sup>η</sup> συνεδρία ξεκίνησε με την ομιλία του Επικ. Καθηγητή Ε. Κολυμπιανάκη ο οποίος παρουσίασε δεδομένα σχετικά με τη σημασία της αύξησης των επιπέδων της προγεστερόνης στην κυκλοφορία την ημέρα της χορήγησης της χοριακής γοναδοτροφίνης σε κύκλους GnRH ανταγωνιστή. Η αύξηση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική αφού σχετίζεται με περι-

που 9% μείωση της πιθανότητας επίτευξης κύησης. Στη συνέχεια ο Διδάκτορας Χ. Βενέτης ανέλυσε το ρόλο της LH στην ωθηκική διέγερση. Φαίνεται ότι η προσθήκη LH στην ωθηκική διέγερση δεν αυξάνει την πιθανότητα γέννησης ζώντος νεογνού σε μη επιλεγμένο πληθυσμό αν και μπορεί να έχει θετική επίδραση σε πτωχές απαντήτριες και γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών. Ο επόμενος ομιλητής ήταν ο Επικ. Καθηγητής Γ. Γκριμπίζης, ο οποίος ανέπτυξε τη σημασία της υποστήριξης της ωχρινικής φάσης. Η υποστήριξη της ωχρινικής φάσης είναι απαραίτητη στα πρωτόκολλα της εξωσωματικής γονιμοποίησης και η πλέον χρησιμοποιούμενη οδός είναι η κολπική ενώ μέχρι σήμερα δεν έχει πλήρως προσδιορισθεί ποιο είναι το βέλτιστο διάστημα χορήγησης της. Η συνεδρία τελείωσε με την ομιλία του Καθηγητή Τ. Gurgan ο οποίος ανέλυσε το ρόλο της γυναικολογικής χειρουργικής στην αναπαραγωγή. Συγκεκριμένα, παρουσιάστηκαν νεότερα δεδομένα σχετικά με την αντιμετώπιση των ενδομητριοματών, των υδροσαλπίγγων, των διαφόρων ενδομήτριων παθολογιών και των ινομυμάτων πριν την έναρξη της θεραπείας με εξωσωματική γονιμοποίηση.

Την Κυριακή, η 5<sup>η</sup> συνεδρία ξεκίνησε με την ομιλία του Επικ. Καθηγητή Κ. Νταφόπουλου, ο οποίος ανέλυσε τους μηχανισμούς έκκρισης της LH στο σύνδρομο των πολυκυστικών ωθηκών (PCOS). Η έλλειψη προγεστερόνης καθώς και η άμβλυση του αρνητικού μηχανισμού παλίνδρομης αλληλορύθμισης λόγω της υπερανδρογοναιμίας συμβάλλουν σημαντικά στην υπερέκκριση της LH. Ο επόμενος ομιλητής, ο Καθηγητής R. Homburg παρουσίασε τις θεραπευτικές επιλογές φαρμακευτικής πρόκλησης ωθουλακιορρηξίας στο PCOS. Η κίτρινη κλομφένη διατηρεί την αξία της σαν πρώτης γραμμής θεραπεία, ενώ οι γοναδοτροφίνες σε πρωτόκολλα χαμηλών δόσεων μπορεί να έχουν υψηλότερα ποσοστά κύησης από αυτή αν και το κόστος είναι υψηλότερο. Στη συνέχεια η Αν. Καθηγήτρια Σ. Καλανταρίδου ανέλυσε τα σημαντικά προβλήματα της πρόωρης ωθηκικής ανεπάρκειας και τις θεραπευτικές επιλογές καθώς και μελλοντικές προοπτικές θεραπείας. Οπωσδήποτε, η αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης απαιτεί τη συντονισμένη δράση τόσο του ενδοκρινολόγου, όσο και του γυναικολόγου και του κλινικού γενετιστή. Η συνεδρία έληξε με την ομιλία του Καθηγητή Η.

Sallam, ο οποίος αρχικά ανέπτυξε τα χαρακτηριστικά του ιατρογενούς συνδρόμου της υπερδιέγερσης των ωθηκών (OHSS). Στη συνέχεια παρουσίασε τις μεθόδους πρόγνωσης, πρόληψης και θεραπευτικής αντιμετώπισης αυτής της επιπλοκής της ωθηκικής διέγερσης.

Η 6<sup>η</sup> συνεδρία και τελευταία, ξεκίνησε με την ομιλία του Καθηγητή Τ. Gurgan, ο οποίος παρουσίασε νεότερα δεδομένα σχετικά με την in vitro ωρίμανση των ωαρίων (IVM). Αναπτύχθηκαν οι ενδείξεις της μεθόδου και η αποτελεσματικότητα της που σήμερα πλησιάζει το 35% ανά εμβρυομεταφορά. Ο επόμενος ομιλητής ήταν ο Επικ. Καθηγητής Γ. Αντωνάκης, ο οποίος ανέπτυξε τις πολλαπλές και ιδιαίτερες επιλογές για διατήρηση της γονιμότητας γυναικών με καρκίνο. Η αύξηση του ποσοστού επιβίωσης γυναικών με καρκίνο σε νέα ηλικία καθιστά ιδιαίτερα σημαντικές τις ποικίλες δυνατότητες διατήρησης της γονιμότητας οι οποίες θα πρέπει να παρέχονται σε αυτές τις ασθενείς. Στη συνέχεια ο Καθηγητής R. Ron El παρουσίασε δεδομένα σχετικά με τον κίνδυνο καρκινογένεσης μετά από θεραπεία υπογονιμότητας. Αν και τα αποτελέσματα είναι γενικά καθυστερημένα, πιθανόν σε κάποιες περιπτώσεις να απαιτείται πιο αυξημένη επαγρύπνηση και προληπτικός έλεγχος των γυναικών. Η 6<sup>η</sup> συνεδρία και τα Larissa Symposia έληξαν με την ομιλία της Λέκτορα Κ. Χατζημελετίου, η οποία παρουσίασε τις τελευταίες εξελίξεις στην έρευνα και τις εφαρμογές στην προεμφυτευτική προγεννητική διάγνωση και τα βλαστικά κύτταρα.

## ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

### Σαρκώματα Μήτρας

Γυναίκα, 75 ετών με ιστορικό δύο φυσιολογικών τοκετών, καρδιακής ανεπάρκειας και εμμηνόπαυση στα 54 έτη εμφάνισε από διαιτίας κολπική αιμόρροια. Το 2010 διεκομίσθη στην Κλινική μας από ένα Νομαρχιακό Νοσοκομείο της περιφέρειάς μας λόγω έντονης μητροπραγίας. Το 2008 είχε υποβληθεί σε Δ.Α. η οποία δεν έδειξε στοιχεία κακοήθειας. Το 2010 υπεβλήθη εκ νέου σε Δ.Α. η οποία εκ νέου δεν έδειξε στοιχεία κακοήθειας και ελήφθη και βιοψία από ένα μόρφωμα που προέβλεπε από τη μητρική κοιλότητα η οποία ήταν χωρίς σαφή στοιχεία κακοήθειας. Αργότερα το ίδιο έτος (2010) εμφάνισε ασκίτικη συλλογή και ελήφθη κυτταρολογική εξέταση ασκίτικου υγρού η οποία ήταν χωρίς κακοήθη νεοπλασματικά κύτταρα. Το Pap test το 2010 ήταν

χωρίς νεοπλασματικά κύτταρα. Στην κλινική μας υπεβλήθη σε C.T. A.O.K. (2010) η οποία έκανε λόγο για ευμεγέθη χωροκατακτητική εξεργασία μικτής υφής στην ελάσσονα πύελο που ασαφοποιεί τη μήτρα και τα παραμήτρια, απωθεί το σιγμοειδές και διηθεί το κατώτερο τμήμα του ορθού και τον πρωκτικό σωλήνα. Η κολονοσκόπηση (2010) ήταν χωρίς αξιολογικά ευρήματα. Οι τιμές των καρκινικών δεικτών ήταν: CA 19.9: 192, CA 125: 323, CA 15.3: 37, CEA: 1,6 και AFP: 2,3.

Υπεβλήθη το 2011 σε ολική υστερεκτομία μετά των εξαρτημάτων. Η ιστολογική εξέταση έδειξε ότι επρόκειτο για μικτό μυλλερικό όγκο ενώ υπήρχαν και περισώχες με μορφολογία αδενοσαρκώματος. Το μυομήτριο δεν διηθούνταν.

## Σχολιασμός

Τα σαρκώματα της μήτρας αποτελούν περίπου το 3-5% του συνόλου των όγκων της μήτρας και αποτελούνται από ένα ευρύτατο φάσμα νεοπλασμάτων μεσεγγυματογενούς προέλευσης (1,2). Η συχνότητα εμφάνισης είναι περίπου 1,7 ανά 7.000 γυναίκες ηλικίας άνω των 20 ετών (3).

Μπορούν να καταταγούν σε αμιγείς μεσεγγυματικούς όγκους και σε μικτούς επιθηλιακούς-μεσεγγυματικούς όγκους. Η κάθε κατηγορία μπορεί να χωριστεί σε «ομόλογους» και «ετερόλογους» όγκους ανάλογα με το βαθμό της μεσεγγυματικής διαφοροποίησης. Η πλειονότητα των σαρκωμάτων της μήτρας αποτελείται κυρίως από τα λειομυοσαρκώματα, τα σαρκώματα του στρώματος του ενδομητρίου (αμιγείς μεσεγγυματικοί όγκοι) και τα καρκινοσαρκώματα (μικτοί μεσοδερμικοί όγκοι του Müller).

Άλλες κατηγορίες σαρκωμάτων είναι το αδενοσαρκώμα, το αγγειοσαρκώμα, το οστεοσαρκώμα, το χονδροσαρκώμα, το ινοσαρκώμα, το λιποσαρκώμα, το ραβδομυοσαρκώμα και το αδιαφοροποίητο σάρκωμα της μήτρας.

## Καρκινωσάρκωμα (ΚΣ)

Είναι κακοηθέστατοι μικτοί μεσοδερμικοί όγκοι του Müller. Μακροσκοπικά πρόκειται συνήθως για μεγάλους, αιμορραγικούς, πολυποειδείς όγκους που πληρούν την ενδομήτρια κοιλότητα και που συχνά προβάλλουν δια του τραχηλικού στομίου. Στο 80-90% των περιπτώσεων παρατηρείται ανώμαλη αιμορραγία και σε μικρότερη συχνότητα κολπική υπέρκριση υγρών, πυελικός πόνος, απώλεια βάρους και προβολή του όγκου από τον κόλπο.

Οι όγκοι εμφανίζουν ιδιαίτερα κακοήθη συμπεριφορά με διετή επιβίωση 53%

όταν ο όγκος εντοπίζεται στο σώμα της μήτρας (στάδιο I) αλλά 8,5% εάν επεκτείνεται στον τράχηλο ή στα παραμήτρια (στάδιο II,III). Το ποσοστό υποτροπής είναι περίπου 50%. Η σαφής κακοήθης ιστολογική εικόνα που παρουσιάζουν οι όγκοι αυτοί, αυξάνει και την ευαισθησία της διαγνωστικής απόξεσης, η οποία κυμαίνεται από 91-95%.

## Λειομυοσαρκώματα (ΛΣ)

Ο μέσος όρος ηλικίας διάγνωσης του λειομυοσαρκώματος είναι τα 50 έτη, και πιθανολογείται ως αιτιολογικός παράγοντας κάποια γενετική προδιάθεση, δεδομένης της υψηλότερης συχνότητας στο μαύρο πληθυσμό. Κάποιες εργασίες το κατατάσσουν ως το πιο συχνό είδος σαρκώματος, ενώ άλλες το φέρνουν σε δεύτερη θέση μετά το καρκινοσαρκώμα. Συνολικά φαίνεται πως αντιπροσωπεύει το ένα τρίτο όλων των σαρκωμάτων. Προέρχεται είτε από το μυομήτριο είτε από εξαλλαγή ινομυωμάτων(4,5). Στα ΛΣ η διαγνωστική απόξεση αποβαίνει σε ποσοστά 25-50% ψευδώς αρνητική, επειδή οι όγκοι αυτοί πολύ συχνά δεν εκτείνονται μέχρι το ενδομήτριο. Η κυτταρολογική διάγνωση στα ΛΣ είναι πολύ δύσκολη επειδή στα γνήσια ΛΣ τα σαρκωμάτωδη στοιχεία καλύπτονται συνήθως από φυσιολογικό ενδομήτριο. Κατά συνέπεια, τα περισσότερα ΛΣ διαγιγνώσκονται μετά την υστερεκτομή (6,7).

## Σάρκωμα του στρώματος του ενδομητρίου (ΣΣΕ)

Περίπου το 75% των σαρκωμάτων της κατηγορίας αυτής παρουσιάζεται σε νέες γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση. Εξαιτίας της μεγάλης ομοιότητας των ΣΣΕ υψηλής διαφοροποίησης με το φυσιολογικό ενδομήτριο, πολλές φορές είναι δύσκολο να διαγνωστούν τα νεοπλασματά αυτά σε υλικό διαγνωστικής απόξεσης. Συνήθως η διάγνωση τίθεται στο παρασκεύασμα της ολικής υστερεκτομής. Δυστυχώς φαίνεται πως ούτε οι απεικονιστικές μέθοδοι όπως το υπερηχογράφημα και η μαγνητική τομογραφία προσφέρουν σημαντικά στη διαφορική διάγνωση της νόσου, επειδή παρόμοια ευρήματα εμφανίζονται και σε άλλες παθήσεις της μήτρας όπως στο καρκίνωμα του ενδομητρίου ή ακόμη σε μεγάλα υποβλεννογόνια λειομύματα με μυξωμάτωδη και αιμορραγική εκφύλιση (8,9).

## Θεραπεία

Αν και θεωρείται πως τη στιγμή της διάγνωσης το 40-60% των σαρκωμάτων έχει δώσει μεταστάσεις, η θεραπεία εξαρτάται από τον ιστολογικό τύπο και το στάδιο της νόσου και είναι κυρίως χειρουργική με ή χωρίς ακτινοθεραπεία ή χημειο-

θεραπεία (10,11).

## Βιβλιογραφία

- 1.Harlow BL, Weiss NS, Lofton S. The epidemiology of sarcomas of the uterus. *J Natl Cancer Inst* 1986;76:399-402.
- 2.Clement PB, Young RH. Mesenchymal and mixed epithelial-mesenchymal tumors of the uterine corpus and cervix. In: Clement PB, Young RH, eds. *Atlas of gynecologic surgical pathology*. Philadelphia, PA: WB Saunders, 2000:177-210.
- 3.Brooks SE, Zhan M, Cote T, Baquet CR. Surveillance, epidemiology, and end results analysis of 2677 cases of uterine sarcoma 1989-1999. *Gynecol Oncol* 2004;93:204-208.
- 4.Vardi JR, Tovell HMM. Leiomyosarcoma of the uterus: clinicopathologic study. *Obstet Gynecol* 1980;56:428-434.
- 5.Van Dinh T, Woodruff JD. Leiomyosarcoma of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1982;144:817-823.
- 6.Berchuck A, Rubin SC, Hoskins WJ, et al. Treatment of uterine leiomyosarcoma. *Obstet Gynecol* 1988;71:845-850.
- 7.Leibsohn S, d' Ablain G, Mishell DR, et al. Leiomyosarcoma in a series of hysterectomies performed for presumed uterine leiomyomas. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:968-976.
- 8.Spanos WJ, Peters LJ, Oswald MJ. Patterns of recurrence in malignant mixed mullerian tumors of the uterus. *Cancer* 1986;57:155-159.
- 9.Vongtama V, Karlen JR, Piver MS, et al. Treatment results and prognostic factors in stage I and II sarcomas of the corpus uteri. *AJR Am J Roentgenol* 1976;126:139-147.
- 10.Levenback C, Rubin SC, McCormack PM, et al. Resection of pulmonary metastases from uterine sarcomas. *Gynecol Oncol* 1992;45:202-205.
- 11.Leitao MM, Brennan MF, Hensley M, et al. Surgical resection of pulmonary and extrapulmonary recurrences of uterine leiomyosarcoma. *Gynecol Oncol* 2002;87:287-294.

# ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

## 1. Μετεκπαιδευτικά Μαθήματα

Κάθε Πέμπτη από προσκεκλημένους ομιλητές σε θέματα Μαιευτικής - Γυναικολογίας

## 2. Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση

Κάθε Τετάρτη σεμινάρια για τους ειδικευόμενους γιατρούς της κλινικής εναλλασσόμενα με βιβλιογραφική ενημέρωση

## 3. Προπτυχιακή Εκπαίδευση

Καθημερινή κλινική εκπαίδευση στους ΣΤ/ετείς φοιτητές και μια φορά την εβδομάδα στους Ε/ετείς φοιτητές του Ιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

## 4. LARISSA SYMPOSIA

Συμπόσια που οργανώνονται στη Λάρισα από την Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Μέχρι σήμερα έχουν οργανωθεί δεκαεφτά (17) Συμπόσια:

- Ωρίμανση του Ωοθυλακίου: Φυσιολογικά και κλινικά δεδομένα 20-21 Μαΐου 2000
- Παθολογικές καταστάσεις στην κύηση 27-28 Ιανουαρίου 2001
- Εμμηνόπαυση: Σύγχρονα κλινικά δεδομένα 1-2 Δεκεμβρίου 2001
- Γυναικολογική ενδοσκόπηση 1-2 Ιουνίου 2002
- Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Σύγχρονα δεδομένα 14-15 Δεκεμβρίου 2002
- Προγεννητικός έλεγχος 4-5 Οκτωβρίου 2003
- Νέες εξελίξεις στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή 3-4 Απριλίου 2004
- Οικογενειακός Προγραμματισμός - Αντισύλληψη 2-3 Οκτωβρίου 2004
- Θέματα Γυναικολογικής Ενδοκρινολογίας 1-2 Οκτωβρίου 2005
- Πρωτόκολλα ωοθηκικής διέγερσης 1-2 Απριλίου 2006
- Γυναικολογικός καρκίνος HPV λοίμωξη 31 Μαρτίου - 1 Απριλίου 2007
- Προγεννητικός έλεγχος 10-11 Νοεμβρίου 2007
- Ουρογυναικολογικά προβλήματα και παθήσεις του πυελικού εδάφους 29-30 Μαρτίου 2008
- Παιδική και εφηβική γυναικολογία 1-2 Νοεμβρίου 2008
- Infertility and ART Update 28-29 Μαρτίου 2009
- Ψυχοσωματικά και ψυχοσεξουαλικά Προβλήματα στη Μαιευτική - Γυναικολογία 13-14 Μαρτίου 2010
- Φυσιολογία της αναπαραγωγής - Υπογονιμότητα 12-13 Μαρτίου 2011

Το επόμενο συμπόσιο θα ανακοινωθεί σύντομα.