

ΜΑΙΕΥΤΙΚΑ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ *νέα*

ΤΕΥΧΗ 19 ΚΑΙ 20

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2011 -
ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2012

ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
Πιστοποιημένο Ευρωπαϊκό Κέντρο Εκπαίδευσης στη Μαιευτική και Γυναικολογία
από το Ευρωπαϊκό Κολλέγιο Μαιευτικής και Γυναικολογίας (EBCOG)

Διευθυντής: Καθηγητής Ιωάννης Ε. Μεσσήνης

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Από τη Σύμβαση

Συμπεράσματα
ΣυμποσίουΠαρουσίαση
ΠεριπτώσεωνΕπιστημονικές
εκδηλώσεις

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ι. Ε. Μεσσήνης

Α. Δαπόντε

Α. Γκαράς

Ο. Κούκουρα

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 17 – 18 Μαρτίου 2012 με θέμα «Ενδοσκόπηση στη Γυναικολογική Ογκολογία». Επίσης περιγράφονται δύο ενδιαφέρουσες κλινικές περιπτώσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΣΥΜΠΟΣΙΟΥ

Η διοργάνωση του Συμποσίου υπήρξε ιδιαίτερη πρόκληση, αφού η λαπαροσκοπική χειρουργική στη γυναικολογική ογκολογία είναι ένα θέμα που δεν είχε ξανά συζητηθεί στο χώρο της Κεντρικής Ελλάδας. Σ' αυτό συμμετείχαν όχι μόνο κορυφαίοι ακαδημαϊκοί από όλη τη χώρα αλλά και διακεκριμένοι ενδοσκόπιοι χειρουργοί από τον Ιδιωτικό τομέα, όπως ο Δρ. Ανδρέας Καβαλλάρης και ο κ. Γεώργιος Πιστοφίδης.

Το Συμπόσιο άρχισε το πρωί του Σαββάτου με την ενδιαφέρουσα ομιλία του κ. Θεόδωρου Θεοδωρίδη για την προετοιμασία της ασθενούς για μια ενδοσκοπική γυναικολογική επέμβαση και συνεχίστηκε με την ομιλία του κ. Γεωργίου Πιστοφίδη για την λαπαροσκοπική υστερεκτομία. Στη συνέχεια, ο κ. Κωνσταντίνος Δίνας μίλησε για πιθανές επιπλοκές, ενώ ο κ. Ανδρέας Καβαλλάρης παρουσίασε μέσα από διαφωτιστικά βίντεο την τεχνική της ενδοσκοπικής πυελικής και παραορτικής λεμφαδενεκτομής. Κατόπιν, ο κ. Αθανάσιος Πρωτόπαπας παρουσίασε τις τεχνικές διατήρησης νευρικών πλεγμάτων κατά τη διενέργεια αυτών των επεμβάσεων. Ο κ. Αλέξανδρος Δαπόντε ανέπτυξε τα νεότερα δεδομένα για HPV εμβολιασμό. Ο κ. Ανδρέας Καβαλ-

λάρης ανέπτυξε το θέμα της ριζικής υστερεκτομίας και ο κ. Αλέξανδρος Ροδολάκης τη ριζική τραχηλεκτομή. Η τελευταία συνεδρία της ημέρας ήταν αφιερωμένη στο καρκίνο του ενδομητρίου, όπου ο κ. Θρασύβουλος Ακρίβος μίλησε για τη θέση της λαπαροσκόπησης στην αντιμετώπιση του, ενώ το πρόγραμμα της πρώτης ημέρας έκλεισε ο κ. Γεώργιος Βλάχος μιλώντας για εγχειρήσεις υποτροπών γυναικολογικού καρκίνου.

Το πρωί της Κυριακής ήταν αφιερωμένο στην υστεροσκόπηση, όπου μίλησαν ο κ. Βασίλειος Αθανασίου για την υστεροσκόπηση στη γυναικολογική ογκολογία, ο κ. Θεόδωρος Πανσοκάλτης για τη συντηρητική αντιμετώπιση του καρκίνου του ενδομητρίου και ο κ. Γεώργιος Λιάλιος για το λεμφαδένα φρουρό στη γυναικολογική ογκολογία. Ο κ. Κωνσταντίνος Μαυρομάτης μίλησε για την εξαρτηματική διόγκωση με πιθανή κακοήθη συμπεριφορά και ο κ. Στέλιος Φωτίου ανασκόπησε τη θέση της ενδοσκοπικής χειρουργικής στον καρκίνο της ωθήκης. Το συμπόσιο έληξε με μία εκτενή παρουσίαση για τη ρομποτική χειρουργική στο γυναικολογικό καρκίνο από τη κ. Βασιλική Χατζηραφαήλ.



ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

1. COXIELLA BURNETII ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Περιγραφή περίπτωσης

Γυναίκα 28 χρονών, έγκυος στην 22^η εβδομάδα κύησης εισήχθη στην Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας με βαρεία αναπνευστική λοίμωξη και αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο.

Ετέθη εμπειρικά σε αντιβιοτική αγωγή και υπεβλήθη σε σειρά παρακλινικών εξετάσεων για την ανεύρεση του αιτίου του εμπύρετου. Ο πυρετός δεν υφίσταντο παρά τα διαφορετικά θεραπευτικά σχήματα, ώσπου τελικά εστάλη αίμα σε εργαστήριο αναφοράς για την *Coxiella burnetii*, όπου και διεγνώσθη οξεία λοίμωξη από τον παραπάνω λοιμογόνο παράγοντα. Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή από το στόμα με κοτριμοξαζόλη και σταδιακά τα συμπτώματα άρχισαν να υποχωρούν. Η ασθενής εξετάστηκε αμέσως μετά την εισαγωγή της από Ιατρό της Κλινικής μας. Το μέγεθος του εμβρύου αντιστοιχούσε στην εβδομάδα κύησης, το αμνιακό υγρό ήταν στα φυσιολογικά όρια και τα Doppler του εμβρύου και της μητέρας ήταν φυσιολογικά.

Την 6^η μέρα της νοσηλείας της η ασθενής ανέφερε μικρή εκροή αμνιακού υγρού στους Παθολόγους, εξετάστηκε ξανά στα Ιατρεία της Κλινικής μας, όπου το αμνιακό υγρό ήταν ελαττωμένο σε σχέση με την προηγούμενη εξέταση, αλλά ικανοποιητικό, ενώ τα Doppler της ομφαλικής αρτηρίας ήταν ελαφρώς αυξημένα. Τρεις ημέρες από το συμβάν αυτό, η ασθενής ανέφερε πάλι το ίδιο σύμπτωμα και στην εκ νέου εξέταση της διαπιστώθηκε πλήρης απουσία αμνιακού υγρού, ενώ η ροή στην ομφαλική αρτηρία ήταν παθολογική σε σχέση με την προηγούμενη. Η ασθενής εξακολουθούσε να έχει πυρετό ενώ νοσηλευόταν ακόμη στην Παθολογική Κλινική, οπότε ενημερώθηκε για το επικίνδυνο της κατάστασης και την κακή έκβαση από μαιευτικής άποψης.

Από την 25^η ως και την 27^η εβδομάδα της κύησης το ανυδράμιο εξακολουθούσε, η έγκυος ανέφερε συνεχώς εκροή αμνιακού από τον κόλπο, ενώ η ροή αίματος στον ομφάλιο ρόλο συνεχώς χειρότερη για να φτάσει μερικές φορές να παρατηρείται διαλείπουσα απουσία του τελοδιαστολικού κύματος. Το έμβρυο άρχισε να υπολείπεται σε ανάπτυξη η δε ασθενής ενημερώθηκε και πάλι για την αυξημένη πιθανότητα κακής έκβασης της κύησης. Λόγω της ισχυρής προβολής είχε αποφασισθεί η περάτωσή του κολπικά, αν η γυναίκα έμπαινε σε τοκετό μέχρι την 26^η εβδομάδα και με

καισαρική τομή αν αυτό συνέβαινε αργότερα.

Από την 28^η εβδομάδα και μετά η γυναίκα άρχισε να βελτιώνεται, ο πυρετός υφέθηκε πλήρως, ενώ παραδόξως άρχισε να αυξάνεται η ποσότητα του αμνιακού υγρού και η ροή αίματος στην ομφαλική άρχισε να βελτιώνεται. Η ασθενής μεταφέρθηκε στην Κλινική μας λόγω της πλήρους ύφεσης των συμπτωμάτων της από τη λοίμωξη και το έμβρυο άρχισε και αυτό να ανανήπτει. Στην 31^η εβδομάδα κύησης το εκτιμώμενο βάρος του ήταν 1300 γρ, η ποσότητα του αμνιακού υγρού φυσιολογική και τα Doppler του εμβρύου φυσιολογικά. Η ασθενής εξήλθε της Κλινικής και παρακολουθούταν στη βάση εξωτερικών ιατρείων 2 φορές την εβδομάδα. Στις 33 εβδομάδες και 4 ημέρες εισήλθε με αυτόματη έναρξη τοκετού και γέννησε φυσιολογικά, αφού η προβολή ήταν κεφαλική ένα νεογνό ζων υγιές 1700 γρ.

Συζήτηση

Ο πυρετός Q είναι μία ζωνοσόος που προκαλείται από την *Coxiella Burnetii* και στην έγκυο μπορεί να προκαλέσει πολλές επιπλοκές όπως ενδομήτριο θάνατο, καθυστέρηση στην ανάπτυξη, πρόωρο τοκετό και αυτόματη έκτρωση.^{1,2} Τα συνθέστερα ζώα που αποτελούν τη δεξαμενή του μικροοργανισμού είναι οι αγελάδες, τα πρόβατα, οι κασίκες και οι γάτες. Τα ζώα εκκρίνουν το μικρόβιο με τα ούρα, τα κόπρανα ή κατά τον τοκετό, καθώς ο πλακούντας περιέχει πολύ μεγάλες ποσότητες μικροοργανισμών. Ο άνθρωπος μολύνεται από την εισπνοή μικροβίων, όταν υπάρχουν στο περιβάλλον μολυσμένα αντικείμενα.^{3,4,5}

Η κλινική εικόνα της νόσου είναι μη ειδική και πολύμορφη. Μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια. Στην οξεία μορφή εκδηλώνεται ως εμπύρετο με πνευμονία ή/και ηπατίτιδα, αλλά μπορεί να είναι και ασυμπτωματική. Η διάγνωση γίνεται κυρίως ορολογικά με την ανίχνευση των ειδικών αντισωμάτων IgG και IgM.^{6,7}

Λίγα δεδομένα υπάρχουν για τις συνέπειες της νόσου στην κύηση, ωστόσο φαίνεται πως σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα και νοσηρότητα. Υπολείπόμενη ανάπτυξη παρατηρείται στο 6%, αυτόματη έκτρωση στο 24%, πρόωρος τοκετός στο 44%, ενδομήτριο θάνατος στο 5% και φυσιολογική έκβαση στο 15%.⁸ Ο πυρετός Q μεταπίπτει σε χρόνια μορφή πιο συχνά κατά την κύηση, μπορεί να συσχετίζεται με αυτόματες εκτρώσεις σε επόμενες κυήσεις ή μπορεί να επαναδομητιστοποιηθεί, γεγονός που κάνει υποχρεωτική την ορολογική παρακολούθηση της γυναίκας σε επόμε-

νες κυήσεις.^{9,10}

Η θεραπεία της νόσου είναι η χορήγηση δοξυκυκλίνης και κινολονών ή κοτριμοξαζόλης η οποία θεωρείται πιο ασφαλής και χορηγείται σε όλη τη διάρκεια της κύησης. Η μακροχρόνια χορήγηση μπορεί να προλάβει τον ενδομήτριο θάνατο αλλά δεν είναι γνωστό αν μειώνει τις πιθανότητες μετάπτωσης της νόσου στη χρόνια μορφή. Ωστόσο μία πρόσφατη μελέτη δείχνει πως η μακροχρόνια χορήγηση κοτριμοξαζόλης μειώνει την πιθανότητα ενδομήτριο θανάτου σε βαθμό στατιστικά σημαντικό καθώς και το ποσοστό μετάπτωσης στη χρόνια μορφή.¹¹

Στη δική μας περίπτωση, παρά την σπανιότητα των περιστατικών αυτών στη χώρα μας η αντιμετώπιση από του Παθολόγους ήταν η συνιστώμενη και η τελική έκβαση ήταν πολύ καλή δεδομένων των επιπλοκών που προέκυψαν κατά την κύηση. Αν και ο πλακούντας δεν εστάλη για ιστολογική εξέταση, προφανώς η φλεγμονή του θα ήταν αναμενόμενη λόγω και της εικόνας βαρείας ανεπάρκειας του που έγινε έκδηλη με τη παθολογική ροή στον ομφάλιο λώρο για περίπου 4 εβδομάδες.

Βιβλιογραφία

1. Fournier PE, Marrie TJ, Raoult D. Diagnosis of Q fever. *J Clin Microbiol*, 1998; 36:1823–34.
2. Higgins D, Marrie TJ. Seroepidemiology of Q fever among cats in New Brunswick and Prince Edward Island. *Ann N Y Acad Sci*, 1990; 590:271–4.
3. Arricau-Bouvery N, Souriau A, Lechopier P, Rodolakis A. Experimental *Coxiella burnetii* infection in pregnant goats: excretion routes. *Vet Res*, 2003; 34:423–33.
4. Marrie TJ. Epidemiology of Q fever. In: Marrie TJ, ed. *Q fever, the disease*. Boca Raton, FL: CRC Press, 1990:49–65.
5. Stoker MG, Marmion BP. The spread of Q fever from animals to men. *Bull World Health Organ* 1955; 13:781–806.
6. Maurin M, Raoult D. Q fever. *Clin Microbiol Rev* 1999; 12:518–53.
7. McQuiston JH, Childs JE. Q fever in humans and animals in the United States. *Vector Borne Zoonotic Dis* 2002; 2:179–91.
8. Raoult D, Stein A. Q fever during pregnancy—a risk for women, fetuses, and obstetricians. *N Engl J Med* 1994; 330:371.

9. Kaplan B, Rabinerson D, Ben-Ari S, Neri A, Merlob P. An isolated case of Q fever during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995;74:848–9
10. Raoult D, Fenollar F, Stein A. Q fever during pregnancy: diagnosis, treatment, and follow-up. *Arch Intern Med* 2002; 162:701–4.
11. Xavier Carcopino, Didier Raoult, Florence Bretelle, Le'on Boubli, and Andreas Stein. Managing Q Fever during Pregnancy: The Benefits of Long-Term Cotrimoxazole Therapy. *Clinical Inf Dis*;2007, 548-555.

2. ΚΟΡΙΤΣΙ ΜΕ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ, ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΕΥΜΕΓΕΘΕΣ ΚΥΣΤΙΚΟ ΜΟΡΦΩΜΑ ΠΥΕΛΟΥ

Περιγραφή περίπτωσης

Κορίτσι 13 ετών παραπέμφθηκε στο Γυναικολογικό Εξωτερικό Ιατρείο, από το Τμήμα Επειγόντων της Παιδιατρικής Κλινικής, όπου είχε προσέλθει με άλγος υπογαστρίου από επταήμερου. Η ασθενής είχε εμφανίσει άλγος υπογαστρίου σταδιακά επιδεινούμενο πριν μία εβδομάδα και υποτροπιάζον εμπύρετο έως 39 °C. Είχε επισκεφτεί το Νοσοκομείο Τρικάλων, όπου είχε διαγνωστεί κυστικό μόρφωμα 10 εκατοστών, πιθανά εξορμούμενο από το αριστερό εξάρτημα. Η διάγνωση αυτή είχε επιβεβαιωθεί και από εξωτερικό ιατρό, ο οποίος είχε προτείνει χειρουργική αφαίρεση του μορφώματος την επομένη ημέρα. Είχε τεθεί σε αγωγή με κεφαλοσπορίνη από το στόμα προ 5 ημερών χωρίς σημαντική βελτίωση.

Στο νοσοκομείο μας, η ασθενής εξετάστηκε από τους παιδιάτρους, οι οποίοι, αφού επιβεβαίωσαν το απεικονιστικό εύρημα με αξονική τομογραφία, την παρέπεμψαν στο Γυναικολογικό Ιατρείο.

Κατά την κλινική εξέταση, η ασθενής είχε όψη πάσχουσας και παραπονοϊόταν για πόνο στο υπογάστριο. Δεν εμφάνιζε συνοδά συμπτώματα και τα ζωτικά σημεία ήταν ΑΠ:100-60 mmHg, σφύξεις 96 και θερμοκρασία 37,5 °C. Η κοιλιά ήταν ευπίεστη μαλακή με ευαισθησία κυρίως στην υπερηβική περιοχή και προς τον αριστερό λαγόνιο βόθρο. Δεν διαπιστώθηκε αναπηδώσα ευαισθησία ή μυϊκή αντίσταση. Η ασθενής δεν είχε σεξουαλικές επαφές και δεν εξετάστηκε κολπικά. Από το ιστορικό της, δεν ανέφερε προβλήματα υγείας, ενώ είχε την πρώτη της έμμηνο ρύση πριν από 10 μήνες και από τότε έβλεπε τακτικά περίοδο.

Η διακοιλιακή υπερηχογραφική εξέταση

ανέδειξε μία μήτρα φυσιολογικών διαστάσεων με πιθανή παρουσία υγρού εντός της και ένα ωοειδές μόρφωμα με ομαλά όρια, παχύ τοίχωμα και ήπια υπερηχογενές περιεχόμενο που βρισκόταν σε στενή επαφή με το κατώτερο τμήμα της μήτρας, διαστάσεων 10x8 εκατοστά. Η δεξιά ωοθήκη απεικονιζόταν ευκρινώς αλλά όχι και η αριστερή. Η αξονική τομογραφία ανέφερε την ύπαρξη ενός κυστικού μορφώματος 11 εκατοστών, το οποίο χαρακτηρίστηκε ως εξαρτηματικός όγκος.

Η ασθενής είχε λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο (24000, 89%), CRP: 12, ενώ οι λοιπές αιματολογικές εξετάσεις και η γενική ούρων ήταν φυσιολογικές. Εισήχθη στην γυναικολογική κλινική όπου άρχισε ενδοφλέβιο σχήμα διπλής αντιβιοτικής αγωγής (σιπροφλοξασίνη, μετρονιδαζόλη) και συστηματικά αναλγητικά. Τις επόμενες ώρες η κλινική κατάσταση της παρέμενε αμετάβλητη και ο πόνος δεν υποχωρούσε με τα ενδοφλέβια αναλγητικά. Η ασθενής τοποθετήθηκε σε θέση λιθοτομής με σκοπό την επισκόπηση των έξω γεννητικών οργάνων και την εξέταση από το ορθό. Κατά την εξέταση διαπιστώθηκε ατρησία παρθενικού υμένα και αιματόκολπος. Προγραμματίστηκε η διάνοιξη του παρθενικού υμένα μέσα στις επόμενες ώρες. Η διάνοιξη εκτελέστηκε με επιτυχία και μεγάλη ποσότητα καφεοειδούς υγρού, από το οποίο στάλθηκε καλλιέργεια, παροχετεύτηκε από τον κόλπο. Η ασθενής εξήλθε την επομένη ημέρα με σημαντικά βελτιωμένη κλινική και εργαστηριακή εικόνα. Επανεξετάστηκε στο εξωτερικό ιατρείο, δύο εβδομάδες μετά την έξοδο της, όπου διαπιστώθηκε βατός παρθενικός υμένας.

Συζήτηση

Η ατρησία του παρθενικού υμένα, αποτελεί μία σχετικά σπάνια οντότητα, παρατηρείται σε 1/1000 -2000 γυναίκες.¹ Σε πολλές περιπτώσεις αποτελεί τυχαίο εύρημα, ειδικά σε νέα κορίτσια, παρόλα αυτά αν δεν διαγνωστεί και θεραπευτεί εγκαίρως, μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα μετά την εμμηναρχή.² Το πιο χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι ο περιοδικός πόνος στο υπογάστριο και στην κάτω κοιλία σε έδαφος αμηνόρροιας σε κορίτσια ηλικίας 13-15 ετών. Η απόφραξη του κόλπου έχει ως αποτέλεσμα τη συλλογή του αίματος της περιόδου στον κόλπο (αιματόκολπος) και στη μήτρα (αιματόμητρα). Σε περιπτώσεις που η διάγνωση καθυστερήσει, η κλινική εικόνα μπορεί να γίνει πιο δραματική και να συνυπάρχουν και πιεστικά φαινόμενα από το ουροποιητικό, που μπορεί να

προκαλέσουν επίσχεση ούρων ή υδρονέφρωση.³

Η γυναικολογική εξέταση συνήθως είναι αρκετή για να δώσει τη διάγνωση. Στην είσοδο του κόλπου διαπιστώνεται ο παρθενικός υμένας που προβάλλει και μπορεί να έχει βαθύ ερυθρό ή μωβ χρώμα. Το διακοιλιακό υπερηχογράφημα μπορεί επίσης να αναδείξει ένα κυστικό μόρφωμα στην πύελο, όπως και στο περιστατικό που προαναφέρθηκε.⁴ Η θεραπεία περιλαμβάνει τη διάνοιξη του υμένα με τομή δίκην σταυρού και παροχέτευση του αίματος. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν υπάρχουν συνοδές ανατομικές ανωμαλίες, επομένως δεν είναι απαραίτητες άλλες απεικονιστικές εξετάσεις.

Στη βιβλιογραφία, αναφέρονται συχνά παρόμοιες περιπτώσεις, όπου η διάγνωση καθυστερεί σημαντικά, όπως και στη δική μας περίπτωση. Ενδιαφέρον έχει ότι η μητέρα της ασθενούς ισχυριζόταν πως το κορίτσι είχε σταθερή περίοδο τους τελευταίους δέκα μήνες. Προφανώς, μικροτραυματισμοί του παρθενικού υμένα σε περιόδους που είχε μεγάλη τάση, ή μικρή διαφυγή αίματος, έδιναν την εντύπωση, φυσιολογικής έμμηνο ρύσεως. Επιπλέον, οι πολλαπλές απεικονιστικές εξετάσεις που προηγήθηκαν την γυναικολογικής εξέτασης και που περιέγραφαν μία μάζα προερχόμενη από τα εξάρτηματα, συνέβαλλαν στην καθυστέρηση της διάγνωσης. Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε πως η υποψία της ατρησίας του παρθενικού υμένα θα πρέπει να μπαίνει σε κάθε περίπτωση νέου κοριτσιού με υποτροπιάζον κοιλιακό άλγος και σε κάθε περίπτωση η γυναικολογική εξέταση θα πρέπει να προηγείται του απεικονιστικού ελέγχου.

Βιβλιογραφία

1. Parazzini FF. The frequency of imperforate hymen in Northern Italy. *Int J Epidemiol*. 1990;19:763.
2. Posner JC, Spandorfer PR. Early detection of imperforate hymen prevents morbidity from delays in diagnosis. *Pediatrics*. 2005;115:1008–1012.
3. Papeš D, Arslani N, Rajković Z, Altarac S, Kopjar M. An unusual cause of anuria and hydronephrosis in a 12-year-old girl. *Ren Fail* 2011;33:540–543.
4. Nazir Z, Rizvi RM, Qureshi RN, et al. Congenital vaginal obstructions: varied presentation and outcome. *Pediatr Surg Int* 2006; 22:749–753

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 δέκα οκτώ (18) Συμπόσια:

- Ωρίμανση του Ωοθυλακίου: Φυσιολογικά και κλινικά δεδομένα 20-21 Μαΐου 2000
- Παθολογικές καταστάσεις στην κύηση 27-28 Ιανουαρίου 2001
- Εμμηνοπάυση: 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
- Ενδοσκόπηση στη γυναικολογική ογκολογία 17-18 Μαρτίου 2012

Το επόμενο Συμπόσιο θα λάβει χώρα στο Αμφιθέατρο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας στις 6-7 Απριλίου 2013 με θέμα «**Παθολογία του Εμβρύου**».