



ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

ΛΙΑΠΗ ΕΥΣΤΑΘΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

**ΜΠΑΚΑΡΑ-ΝΙΚΟΥ ΘΕΟΔΩΡΑ
ΛΕΚΤΟΡΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών μου στο τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Για την επιτυχή ολοκλήρωση της θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους με στήριξαν και πρωτίστως, τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στην υπεύθυνη καθηγήτρια μου και λέκτορα νοσηλευτικής κ. Μπακάρα Θεοδώρα, της οποίας η καθοδήγηση υπήρξε καίρια και αποτελεσματική κατά τη διάρκεια ολοκλήρωσης της παρούσας εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σελ.1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ.5
ΜΕΡΟΣ Α΄	σελ.6
1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	σελ.6
1.1.Έξω Γεννητικά Όργανα	σελ.6
1.2.Έσω Γεννητικά Όργανα.....	σελ.7
2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	σελ.9
2.1.Εμμηναρχή και Εφηβεία	σελ.9
2.2.Εμμηνορρυσιακός Κύκλος.....	σελ.9
2.3.Κλιμακτήριος και εμμηνόπαυση.....	σελ.10
3.ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΑΙΔΟΙΟΥ	σελ.11
3.1.Σκληρυντικός λειχήνας	σελ.11
3.2.Ο χρόνιος απλός λειχήν	σελ.11
3.3.Η δερματίτιδα εξ επαφής	σελ.12
4.ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ	σελ.13
4.1.Οι κύστεις του Gartner.....	σελ.13
4.2.Κονδυλώματα του κόλπου	σελ.13
5.ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	σελ.14
5.1.Οξυτενή κονδυλώματα	σελ.14
5.2.Αδενομύωση	σελ.15
5.3.Λειομνώματα ή ινομνώματα μήτρας	σελ.19
5.4.Ενδομήτριος πολύποδας	σελ.27
5.5.Ενδομήτρια υπερπλασία	σελ.29
5.6.Ενδομήτριες συμφύσεις (Σύνδρομο Asherman)	σελ.29
6.ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ ΚΑΙ ΩΟΘΗΚΩΝ	σελ.31
6.1. Λειτουργικές κύστεις	σελ.31
6.2.Κύστεις ωοθυλακίου	σελ.31
6.3.Κύστεις ωχρού σωματίου	σελ.32
6.4.Σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών	σελ.32
6.5.Καταδύσεις βλαστικού επιθηλίου	σελ.32
7.ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ	

ΣΩΛΗΝΑ.....	σελ.33
7.1.Ορισμός	σελ.33
7.2.Οδοί προσπέλασης.....	σελ.33
7.3.Τύποι υστερεκτομής	σελ.34
7.4.Ενδείξεις υστερεκτομής	σελ.35
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	σελ.36
1.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ –ΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	σελ.37
1.1.Συνέντευξη.....	σελ.37
1.2.Ιστορικό Υγείας και Ανασκόπηση Συστημάτων	σελ.37
2.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ –ΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.....	σελ.44
3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ –ΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ	σελ.48
3.1.Περιεγχειρητική νοσηλευτική.....	σελ.48
3.2.Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα.....	σελ.49
3.3.Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	σελ.54
3.4.Μετεγχειρητικά προβλήματα και νοσηλευτικές παρεμβάσεις	σελ.57
ΕΡΕΥΝΑ.....	σελ.60
1.ΑΔΕΝΟΜΥΩΣΗ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	σελ.61
2.ΛΕΙΟΜΥΩΜΑΤΑ- ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	σελ.73
3.ΚΥΣΤΕΣ ΩΟΘΗΚΩΝ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	σελ.83
4.ΚΥΣΤΕΣ ΒΑΡΘΟΛΙΝΕΙΩΝ ΑΔΕΝΩΝ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ..	σελ.94
5.ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΟΙ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ:ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	σελ.100
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	σελ.115
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ.116

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1	σελ.6
Εικόνα 2	σελ.7
Εικόνα 3	σελ.8
Εικόνα 4	σελ.9
Εικόνα 5	σελ.14
Εικόνα 6	σελ.15
Εικόνα 7	σελ.16
Εικόνα 8	σελ.18
Εικόνα 9	σελ.20
Εικόνα 10	σελ.21
Εικόνα 11	σελ.25
Εικόνα 12	σελ.28
Εικόνα 13	σελ.30
Εικόνα 14	σελ.31
Εικόνα 15	σελ.35
Εικόνα 16	σελ.46
Εικόνα 17	σελ.47

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι καλοήθεις όγκοι της γεννητικού σωλήνα της γυναίκας αποτελούν κλινικές οντότητες με ιάσιμο χαρακτήρα, ωστόσο δημιουργούν προβλήματα αισθητικά, υπογονιμότητας ή επηρεάζουν γενικότερα την ποιότητα ζωής της γυναίκας. Σε κάθε περίπτωση απαιτείται η αντιμετώπιση τους, που είναι κατά βάση χειρουργική.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι παρουσίαση των καλοηθών όγκων του αναπαραγωγικού συστήματος της γυναίκας από την πλευρά του νοσηλευτή-τριας και η αναζήτηση στη σύγχρονη βιβλιογραφία όλων των νεότερων βιβλιογραφικών δεδομένων.

Υλικό και μέθοδος: Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα και κεφάλαια βιβλίων. Η επιλογή έγινε από γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες και κεφάλαια βιβλίων νοσηλευτικής και ιατρικής. Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Cinahl, Cochrane. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Οι καλοήθεις όγκοι περιλαμβάνουν μια σειρά από παθολογικές οντότητες, που εντοπίζονται σχεδόν σε όλα τα όργανα του γυναικείου γεννητικού συστήματος. Αρχίζοντας από το αιδοίο, περιγράφονται οι λειχήνες, η ψωρίαση και οι αναφερόμενες αλλεργίες από ερεθιστικές ουσίες. Στην περιοχή του κόλπου περιγράφονται οι κύστεις του Gartner, τα κονδυλώματα, στη μήτρα περιγράφονται η αδеноμύωση, τα ινομώματα, οι πολύποδες, η ενδομήτρια υπερπλασία και οι ενδομήτριες συμφύσεις ή σύνδρομο Asherman. Τέλος στην περιοχή των σαλπίγγων και των ωοθηκών αναφέρονται διάφορες κυστικές οντότητες. Όλες οι παραπάνω οντότητες επηρεάζουν τη γυναίκα σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, παρουσιάζοντας διαφορετική συμπτωματολογία και ποικίλου βαθμού προβλήματα, από την απλή δυσμηνόρροια ως προβλήματα γονιμότητας.

Συμπεράσματα: Στις περισσότερες περιπτώσεις απαιτείται εκτομή αυτών των όγκων, με εφαρμογή φαρμακευτικών σκευασμάτων, απλές χειρουργικές

επεμβάσεις, ειδικές χειρουργικές επεμβάσεις, όπως η λαπαροσκοπική ινομυοεκτομή ή ακόμα και ριζικές επεμβάσεις, όπως η υστερεκτομή. Σημαντικός θεωρείται ο ρόλος του νοσηλεύτη-τριας στην καθοδήγηση της γυναίκας προς την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής πρακτικής, γεγονός που απαιτεί ειδικές γνώσεις και εμπειρία.

Λέξεις ευρετηρίου: καλοήθεις όγκοι, αδеноμύωση, ινομώματα, λειομώματα, πολύποδες, κύστεις, ενδομητρίωση.

SUMMARY

Introduction: The benign tumors of the female genital tract are clinically healthy entities, but they create aesthetic, infertility, or generally affect the quality of life of the woman. In any case, their treatment, which is essentially surgical, is required.

Purpose: The purpose of the present work is to present the benign tumors of the reproductive system of the woman on the part of the nurse and to search in modern bibliography for all the latest bibliographic data.

Materials and Methods: The material in the study was selected articles and book chapters. The material was collected following a detailed study of the relevant literature. The selection was made by general articles, reviews, systematic studies, and nursing and medical books. A review of the international bibliography in the electronic databases PubMed, Cinahl, Cochrane. Limitations were placed on the language of the articles and only those published in Greek and English were used.

Results: The benign tumors of the woman's genital tube include a series of pathological entities located in almost all organs of the female genital tract. Beginning from the vulva, pathological entities such as lichen, psoriasis, and reported irritant allergies are described. Gartner cysts and warts are described in the vaginal area, adeno, fibroids or leiomyomas, polyps, endometrial hyperplasia, endometriosis and endometrial adhesions or Asherman syndrome are described in the uterus and cervix. Finally, in the tubal and ovarian region, various cystic entities are mentioned. All of the above entities affect the woman to a greater or lesser degree, presenting different

symptoms and presenting varying degrees of difficulty, from simple dysmenorrhea to fertility problems.

Conclusions: In most cases it is necessary to resect these tumors by applying pharmaceutical preparations, simple surgeries, special surgical procedures such as laparoscopic fibromyectomy or even radical interventions such as hysterectomy. The nurse's role in guiding the woman towards the choice of appropriate therapeutic practice is important, which requires special knowledge and experience.

Key words: benign tumors, adenomyosis, fibroids, leiomyomas, polyps, cysts, endometriosis.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από την εποχή του Έλληνα ιατρού Γαληνού (2ος αιώνας μ.Χ.) στο έργο του "Περί αιτιών συμπτωμάτων" χρησιμοποιείται ο όρος "όγκος", υποδηλώνοντας μέχρι σήμερα την παθολογική μάζα κυττάρων. Οι όγκοι χωρίζονται σε καλοήθεις και κακοήθεις. Με τον όρο καλοήθης χαρακτηρίζεται ένας όγκος ο οποίος δεν μεθίσταται, δεν διηθεί και δεν διαιρείται αλόγιστα. Η μη μετάσταση ενός όγκου είναι συνήθως το χαρακτηριστικό που ενδιαφέρει κλινικά λόγω της καλύτερης πρόγνωσης της νόσου. Οι μεταστάσεις γίνονται συνήθως μέσω του αίματος (αιματογενείς), μέσω της λέμφου (λεμφογενείς) ή κατά συνέχεια ιστών (σε γειτονικά όργανα-ιστούς).

Με τον όρο κακοήθεια αναφερόμαστε στους όγκους εκείνους που τα ανώμαλα κύτταρά τους διαιρούνται άνευ κάποιου ελέγχου όπως γίνεται με τα φυσιολογικά κύτταρα, διηθούν και μεθίστανται. Όγκος με χαρακτηριστικά κακοήθειας δηλαδή μετάσταση, διήθηση, αλόγιστη διαίρεση παθολογικών κυττάρων ονομάζεται Καρκίνος. Τα καλοήθη νεοπλάσματα είναι εντοπισμένες συναθροίσεις κυττάρων που συνεχίζουν να αυξάνονται. Τα κύτταρα αυτά σχηματίζουν συμπαγείς μάζες με σαφώς αφοριζόμενα όρια, που συχνά περιβάλλονται από κάψα. Τα καλοήθη νεοπλάσματα συνήθως ανταποκρίνονται στους ομοιοστατικούς μηχανισμούς ελέγχου του οργανισμού. Έτσι, συχνά σταματούν να αναπτύσσονται όταν φθάνουν στα όρια άλλων ιστών (ένα φαινόμενο που χαρακτηρίζεται ως «αναστολή εξ επαφής»). Αυξάνονται αργά και συχνά παραμένουν σταθερά σε μέγεθος. Καθότι συνήθως περιβάλλονται από κάψα, τα καλοήθη νεοπλάσματα συχνά αφαιρούνται εύκολα και δεν έχουν την τάση να υποτροπιάζουν.

Αν και συνήθως δεν προκαλούν βλάβες, εντούτοις τα καλοήθη νεοπλάσματα είναι δυνατόν να προξενήσουν προβλήματα συμπιέζοντας τους περιβάλλοντες ιστούς και διαταράσσοντας τη λειτουργία διαφόρων οργάνων. Έτσι τα ινομυώματα ή αδеноμύωση επηρεάζουν το γυναικείο γεννητικό σύστημα, λόγω των πιεστικών φαινομένων που προκαλούν στα γειτονικά όργανα, όπως η μήτρα ή οι σάλπιγγες. Αυτά τα φαινόμενα ωστόσο επηρεάζουν τη λειτουργία των οργάνων αυτών, δημιουργώντας στη γυναίκα ενοχλήματα, όπως πόνο, έντονη έμμηνο ρύση, πιεστικές

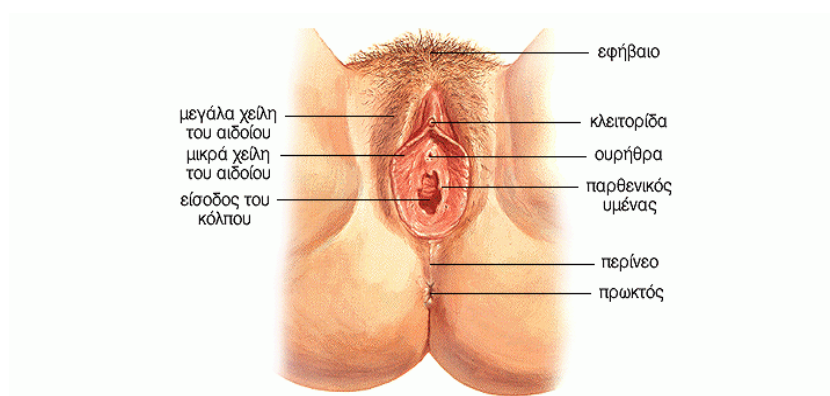
ενοχλήσεις ή αποκλεισμό του γεννητικού σωλήνα, δημιουργώντας προβλήματα στη γονιμότητα της γυναίκας.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

1.1.Έξω Γεννητικά Όργανα

Το γεννητικό σύστημα του θήλεος, όπως αυτό του άρρενος, μπορεί να διααιρεθεί τοπογραφικώς και εμβρυολογικώς σε έξω και έσω γεννητικά όργανα. Τα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούνται από τον κόλπο ή κολεό, τη μήτρα, τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες. Τα έξω γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούνται από το αιδοίο, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κόλπου, και τους βολβούς του προδρόμου (Fritsch & Kuhnel, 2009).



Εικόνα 1. Τα έξω γεννητικά όργανα της γυναίκας

Στα έξω γεννητικά όργανα της γυναίκας περιγράφονται:

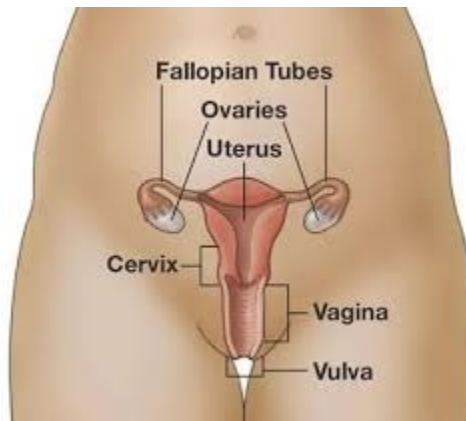
- Το αιδοίο, παριστάνει το έξω γεννητικό όργανο του θήλεος και αποτελεί σφηγοειδές έπαρμα, που βρίσκεται μεταξύ των δυο ριζομηρίων. Έχει μήκος 7 περίπου εκ. και διαπερνάται από κάθετη σχισμή, το αιδοϊκό σχίσμα. Μορφολογικά το αιδοίο αποτελείται από το εφήβαιο, τα μεγάλα χείλη, τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κολεού, του βολβούς του

προδόμου και τους μείζονες αδένες του προδόμου ((Lowdermilk & Shannon, 2013).).

- Η κλειτορίδα. Το όργανο αυτό αποτελείται από σπαραγγώδη σώματα και είναι περίπου ομόλογο με το αντρικό πέος. Βασική διαφορά της κλειτορίδας από το αντρικό πέος είναι ο πλήρης διαχωρισμός της από την ουρήθρα. Το ελεύθερο άκρο του ονομάζεται βάλανος της κλειτορίδας και έχει τη μορφή μιας στρογγυλής διογκώσεως. Το επιθήλιο της βάλανου έχει ιδιαίτερα αναπτυγμένη ευαισθησία στις δερματικές νευρικές απολήξεις, που είναι μεγάλης σημασίας για τη σεξουαλική διέγερση (Fritsch & Kuhnel, 2009).
- Οι Βαρθολινείοι αδένες. Είναι δύο μικροί στρογγυλοί αδένες με ερυθροκίτρινη απόχρωση. Βρίσκονται δεξιά και αριστερά από την είσοδο του κόλπου και προς τα κάτω, συνήθως είναι σκεπασμένοι από το πίσω μέρος της πλάγιας πλευράς των βολβών του προδόμου. Μεγάλη ανάπτυξη παρουσιάζουν οι αδένες αυτοί στην ήβη, ενώ στην εμμηνόπαυση συρρικνώνονται (Fritsch & Kuhnel, 2009).

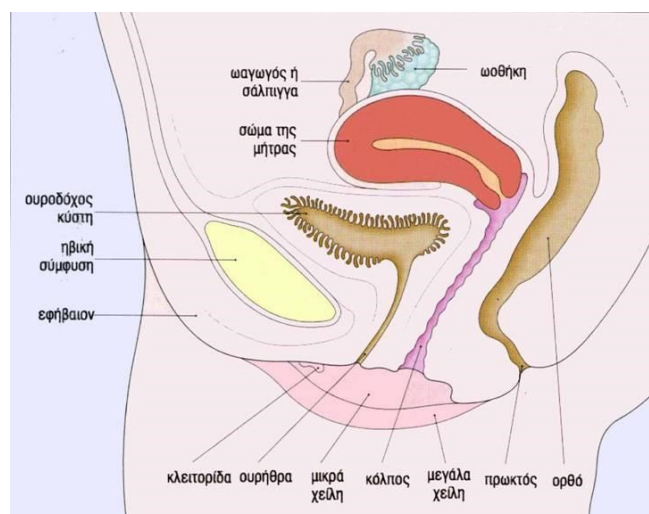
1.2 Έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας

Η μήτρα αποτελεί ένα κοίλο μυώδες όργανο με παχιά τοιχώματα που βρίσκεται μέσα στη μικρή πύελο, μεταξύ της ουροδόχου κύστεως και του ορθού εντέρου. Προς τα κάτω η κοιλότητα της μήτρας επικοινωνεί με την κοιλότητα του κόλπου, ενώ προς τα επάνω υπάρχουν στο ύψος του πυθμένα της δύο στόμια, με τα οποία η μητρική κοιλότητα έρχεται σε επικοινωνία με τους αυλούς των δύο σαλπίγγων. Το σχήμα της μήτρας είναι αποπλατυσμένο αχλάδι. Η μήτρα είναι κινητό όργανο, λόγω των χαλαρών της συνδέσμων και των αλλαγών που παθαίνει η θέση της από τη γεμάτη ουροδόχο κύστη ή έντερο. Η μήτρα διαιρείται στο τράχηλο και το σώμα. Στο σώμα διακρίνουμε το κυρίως σώμα και προς τα επάνω τον πυθμένα. Ο τράχηλος της μήτρας είναι πιο στενός από το σώμα (Lowdermilk & Shannon, 2013).



Εικόνα 2. Τα έσω γεννητικά όργανα

Οι σάλπιγγες είναι δύο μυϊκοί σωλήνες, που εκτείνονται από τη μήτρα μέχρι τις ωοθήκες. Κάθε μία από αυτές έχει μήκος 10-12 εκ. περίπου. Κάθε σάλπιγγα έχει δύο στόμια. Το μητρικό στόμιο της σάλπιγγας είναι πολύ λεπτό και καταλήγει στο σύστοιχο μέρος της μήτρας. Το κοιλιακό ή κωδωνικό είναι ελεύθερο στην περιτοναϊκή κοιλότητα και βρίσκεται κοντά στην ωοθήκη. Το στόμιο αυτό έχει χωνοειδές σχήμα και φέρει κροσσούς. Η λειτουργία της σάλπιγγας έγκειται στην πρόληψη του ωαρίου καθώς αυτό ελευθερώνεται απ' την ωοθήκη και το μεταφέρει στη μήτρα. Ακόμη χρησιμεύει ως θέση γονιμοποίησης, επειδή το ωάριο και το σπερματοζώαριο συναντώνται και ενώνονται μέσα σ' αυτή. Η λειτουργία αυτή γίνεται βασικά με τους κροσσούς του επιθηλίου του βλεννογόνου, η κίνηση των οποίων δημιουργεί αναρροφητικό ρεύμα προς τη μήτρα (Lemone & Burke, 2013).



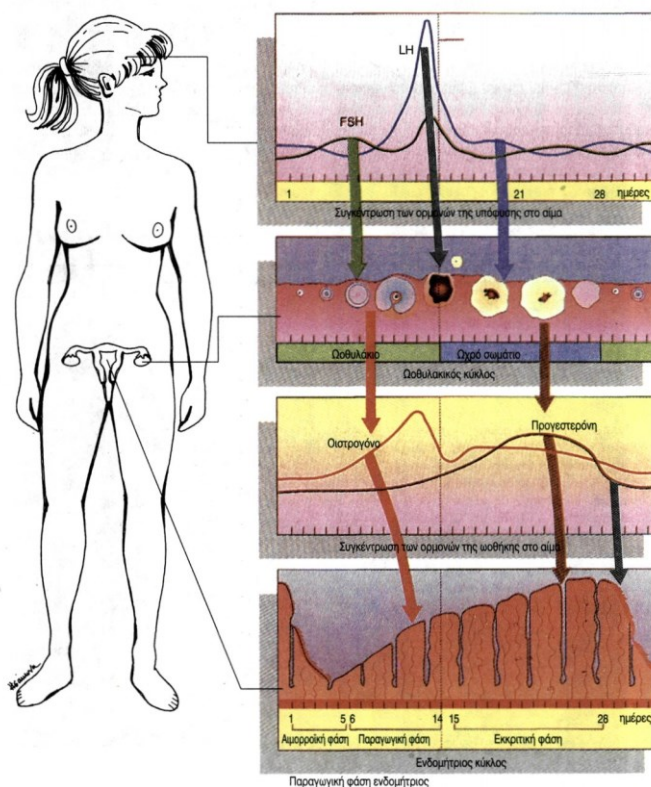
Εικόνα 3. Τα έξω και έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας σε πλάγια τομή

Τέλος οι ωοθήκες αποτελούν τους γυναικείους γεννητικούς αδένες και βρίσκονται στο πλάγιο τοίχωμα της μικρής πυέλου, δηλαδή κάτω και πίσω από το κωδωνικό στόμιο της σύστοιχης σάλπιγγας. Το σχήμα της κάθε ωοθήκης είναι αμυγδαλοειδές. Η ωοθήκη παρουσιάζει φλοιώδη και μυελώδη μοίρα. Η φλοιώδη μοίρα παριστάνει το καλούμενο στρώμα της ωοθήκης στο οποίο παρατηρούνται ωοθυλάκια σε διάφορα στάδια εξέλιξης, ωχρά σωμάτια. Η μυελώδη μοίρα της ωοθήκης βρίσκεται κεντρικά όπου συμβαίνουν λειτουργικές διαδικασίες, οι οποίες οδηγούν στη βαθμιαία ωρίμανση των ωοθυλακίων (Lemone & Burke, 2013).

2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

2.1.Εμμηναρχή και Εφηβεία

Η εφηβεία είναι ένας ευρύς όρος που χαρακτηρίζει ολόκληρο το μεταβατικό στάδιο μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της σεξουαλικής ωριμότητας. Παρόλο που τα νεαρά κορίτσια εκκρίνουν μικρές και σχετικά σταθερές ποσότητες οιστρογόνων, παρουσιάζεται μια αξιοσημείωτη αύξηση στην ηλικία μεταξύ 8 και 11 ετών. Ο όρος εμμηναρχή υποδηλώνει την πρώτη έμμηνη ρύση (Lowdermilk & Shannon, 2013).



Εικόνα 4. Ο εμμηνορρυσιακός κύκλος της γυναίκας, απεικονίζονται οι μεταβολές των ορμονών, των ωοθυλακίων και της μήτρας

2.2.Εμμηνορρυσιακός Κύκλος

Αρχικά, οι πρώτες περίοδοι της εμμηνορρυσίας είναι ακανόνιστες, απρόβλεπτες, ανώδυνες και ανωοθυλακιόρρηκτικές. Μόλις όμως η ωοθήκη αρχίσει να παράγει επαρκή ποσότητα οιστρογόνων για να δημιουργήσει ένα ώριμο ωάριο, η έμμηνη ρύση γίνεται κανονική και ωοθυλακιόρρηκτική. Ο εμμηνορρυσιακός κύκλος είναι αποτέλεσμα μιας περίπλοκης αλληλεπίδρασης λειτουργιών που συμβαίνουν ταυτόχρονα στο ενδομήτριο, τον υποθάλαμο, την υπόφυση και τις ωοθήκες. Ο εμμηνορρυσιακός κύκλος προετοιμάζει τη μήτρα για την κύηση. Όταν δεν υφίσταται κύηση ακολουθεί η εμμηνορρυσία. Η εμμηνορρυσία είναι η περιοδική αιμορραγία της μήτρας, που ξεκινά περίπου 14 ημέρες μετά την ωοθυλακιόρρηξη. Το μέσο μήκος ενός εμμηνορρυσιακού κύκλου είναι 28 ημέρες, αλλά παρατηρούνται πολλές διαφοροποιήσεις. Η πρώτη ημέρα αιμορραγίας ορίζεται ως η πρώτη ημέρα του εμμηνορρυσιακού κύκλου ή των εμμήνων. Η μέση διάρκεια είναι 5 ημέρες (κυμαινόμενη από 1 έως 8 ημέρες) και η μέση απώλεια αίματος είναι 50 ml (κυμαινόμενη από 20 ml έως 80 ml), αν και παρατηρούνται μεγάλες

διαφοροποιήσεις. Η ηλικία της γυναίκας, η φυσική και συναισθηματική της κατάσταση, καθώς και το περιβάλλον της μπορούν να επηρεάσουν την τακτικότητα των εμμηνορρυσιακών της κύκλων (Lowdermilk & Shannon, 2013).

2.3.Κλιμακτήριος και εμμηνόπαυση

Η κλιμακτήριος είναι μια μεταβατική φάση κατά τη διάρκεια της οποίας μειώνονται η ωοθηκική λειτουργία και η παραγωγή των ορμονών. Οριοθετεί τα χρόνια από την έναρξη της μείωσης της ωοθηκικής λειτουργίας πριν την εμμηνόπαυση έως και την περίοδο μετά την εμμηνόπαυση όπου τα συμπτώματα σταματούν. Η εμμηνόπαυση αναφέρεται μόνο στην τελευταία έμμηνη ρύση. Ωστόσο, σε αντίθεση με την εμμηναρχή, η εμμηνόπαυση μπορεί να οριστεί με βεβαιότητα μόνο ένα έτος μετά την τελευταία έμμηνη ρύση. Ο μέσος όρος της ηλικίας για τη φυσιολογική εμμηνόπαυση είναι το 51^ο έτος, με διακύμανση από το 35^ο έως το 60^ο έτος. Της εμμηνόπαυσης προηγείται μια περίοδος γνωστή ως περιεμμηνόπαυση, κατά τη διάρκεια της οποίας παρατηρείται μείωση της ωοθηκικής λειτουργίας. Τα ωάρια ελαττώνονται σταδιακά και οι εμμηνορρυσιακοί κύκλοι είναι ανωθυλακιορρηκτικοί, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται αιμορραγίες με διαταραχές στη φυσιολογική τους ρυθμικότητα. Η ωοθήκη παύει να παράγει οιστρογόνα με αποτέλεσμα να μην υφίσταται έμμηνη ρύση. Η περίοδος της περιεμμηνόπαυσης διαρκεί περί τα 5 έτη (από 2 έως 8 έτη) (Lowdermilk & Shannon, 2013).

3.ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΑΙΔΟΙΟΥ

Οι μη νεοπλασματικές και προκαρκινικές καταστάσεις του αιδοίου περιλαμβάνουν αλλοιώσεις του δέρματος, όπως οι λειχήνες, η ψωρίαση, και αναφερόμενες αλλεργίες από ερεθιστικές ουσίες.

3.1.Σκληρυντικός λειχήνας

Ο σκληρυντικός λειχήνας είναι μία βλάβη που προσβάλλει το αιδοίο, το περίνεο και την περιπρωκτική χώρα. Το δέρμα εμφανίζεται λεπτό, λευκό, με επηρμένες πλάκες και συνοδό ατροφία του επιθηλίου, ενίοτε φυσαλίδες με αιμορραγικό περιεχόμενο, τηλεαγγειεκτασίες ή πορφυρά οφειλόμενα σε εκδορές

λόγω κνησμού. Η εικόνα μπορεί να είναι άτυπη και μερικές φορές και παραπλανητική. Τα αίτια μπορεί να είναι μεταβολικά, λόγω φλεγμονής ή και λόγω αυτοάνοσων νοσημάτων. Τα ιστολογικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν επίπεδα με ή χωρίς υπερκερατώση. Μπορεί να υπάρξει οίδημα και υποεπιθηλιακή υαλοειδής εκφύλιση με ήπια έως μέτρια βαθμού λεμφοκυτταρική διήθηση. Ο κίνδυνος κακοήθους εξαλλαγής είναι μικρός αλλά η βιοψία θα επιβεβαιώσει τη διάγνωση. Στην αντιμετώπιση του περιλαμβάνει κρέμα προπιονικής κλομπεταζόλης 0,05% ή κρέμα υδροκορτιζόνης 10% ή προγεστερόνης 100%,βιταμίνης Α και ρετινοειδή. Επί επιμονής των συμπτωμάτων χρήζει βιοψία και ίσως χειρουργική αντιμετώπιση με Laser ή αιδοιεκτομή ή και λεμφαδενικό καθαρισμό επί νεοπλασιών (Μπαλαούρας και συν., 2013).

3.2.Ο χρόνιος απλός λειχήν

Ο χρόνιος απλός λειχήν ή πλακώδης υπερπλασία είναι ιδιοπαθής υπερπλασία του επιθηλίου οφειλόμενη στην τριβή λόγω κνησμού, συχνά συνδυάζεται και με ψυχοσωματικά αίτια. Εμφανίζεται μονόπλευρα ή και αμφοτερόπλευρα με επηρμένα σημεία του δέρματος καφεοειδής κυρίως χροιάς κι ενίοτε και λευκής ή ερυθράς. Στα τυπικά ιστολογικά χαρακτηριστικά είναι πεπαχυμένη επιδερμίδα με ανώμαλη επιμήκυνση. Υπάρχει υπερκεράτωση και κοκκιωμάτωση αλλά με καλή ωρίμανσή της επιδερμίδας. Η λήψη βιοψίας θα φανεί χρήσιμη για τον διαχωρισμό με άλλες δερματοπάθειες. Η θεραπεία περιλαμβάνει κορτικοστεροειδή κρέμα, η πιθανή χορήγηση ήπιου ηρεμιστικού είναι βοηθητική. Σε εκδορές από τον κνησμό χορηγείται τοπικά αντιβιοτική κρέμα (Μπαλαούρας και συν., 2013).

3.3.Η δερματίτιδα εξ επαφής

Η δερματίτιδα εξ επαφής μπορεί να προκληθεί σαν αλλεργική αντίδραση από αντιβιοτικά, τοπικά κορτικοστεροειδή, αφρόλουτρα, αρωματικά σαπούνια και καλλυντικά. Εμφανίζεται κλινικά ως ερύθημα, οίδημα συνοδευόμενο από φυσαλίδες με ορόρροια και δυσιδρωτικά εκζέματα. Η αποφυγή των ερεθιστικών ουσιών, τα ενυδατικά σκευάσματα καθώς και η κορτικοστεροειδής κρέμα βοηθάει στην θεραπεία της. Σε περίπτωση βακτηριακής επιμόλυνσης χορηγούνται αντιβιοτικά (Μπαλαούρας και συν., 2013).

4.ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

4.1.Οι κύστεις του Gartner

Οι κύστεις του Gartner είναι συγγενείς κύστεις κι εμφανίζονται πιο συχνά στο άνω τριτημόριο των πλάγιων κολπικών τοιχωμάτων. Είναι ασυμπτωματικές και ανακαλύπτονται κατά τη διάρκεια της γυναικολογικής εξέτασης. Πρόκειται για μονήρεις, ετερόπλευρες, οι οποίες μπορούν να προβάλλουν από τους κολπικούς θόλους προς τα κάτω, μέχρι και τον πρόδρομό του κολεού και σε πολύ σπάνιες

περιπτώσεις μπορεί να εκτείνονται και προς τα πάνω προς τα παραμήτρια και την ουροδόχο κύστη. Αντιμετωπίζονται μόνο οι μεγάλες κύστεις, οι οποίες εξαιρούνται με ιδιαίτερη προσοχή χωρίς να γίνει τρώση των ουρητήρων (Μπαλαούρας και συν., 2013).

4.2.Κονδυλώματα του κόλπου

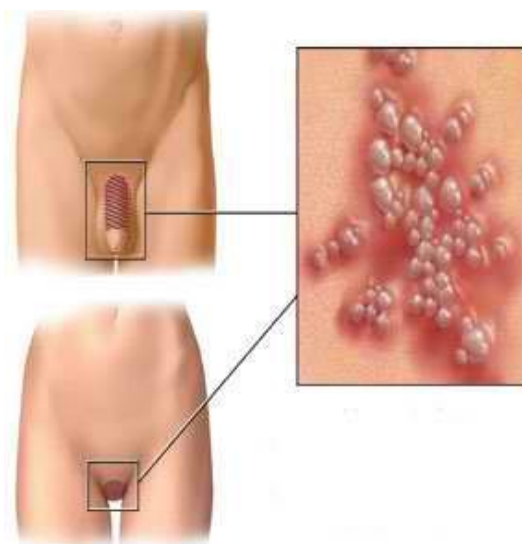
Τα κονδυλώματα του κόλπου είναι συνήθως ασυμπτωματικά. Ανευρίσκονται πιο συχνά στην άνω μοίρα του κόλπου και κοντά στον τράχηλο. Η διάγνωση τους γίνεται με κολποσκοπική εξέταση κι είναι απαραίτητη η συνολική εξέταση του τραχήλου, αιδοιού, περινέου και περιπρωκτικά για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο νεοπλασίας. Θεραπεύονται με εξάχνωση των βλαβών με CO laser και η εφαρμογή κρέμας φθοριοουρακίλης, στην περίπτωση που αποτύχει το laser. Η ασθενής οφείλει να παρακολουθείται ανά εξάμηνο τουλάχιστον και να παρακολουθείται συνεχώς με κολποσκόπηση για να αποκλεισθεί η επανεμφάνιση τους (Μπαλαούρας και συν., 2013).

5.ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

5.1.Οξυτενή κονδυλώματα

Ανήκουν στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και εμφανίζουν μεγάλη συχνότητα. Εδώ και αρκετά χρόνια, θεωρείται ότι οι τραχηλικές ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας σχετίζονται ισχυρά με ορισμένους τύπους του ιού των ανθρώπινων κονδυλωμάτων (human papillomavirus-HPV 16, 18, 31, 33 κ.ά). Τα οξυτενή κονδυλώματα οφείλονται στον HPV των τύπων

6 και 11. Έχουν λευκωπή χροιά και παρουσιάζουν ποικιλία μεγέθους και αριθμού εντοπίσεων. Έχουν συνήθως πολυεστιακό χαρακτήρα και μπορεί να συνδυάζονται με αντίστοιχες βλάβες του κόλπου και του αιδοίου. Είναι συχνά ασυμπτωματικά και ανιχνεύονται στη γυναικολογική και κυρίως στην κολποσκοπική εξέταση μετά από επίθεση οξικού οξέος. Ο κυτταρολογικός και κολποσκοπικός έλεγχος που θα προηγηθεί, μαζί με τη βιοψία και την ιστολογική εξέταση θα μας διευκρινίσουν αν υπάρχουν νεοπλασματικές αλλοιώσεις στο έδαφος των κονδυλωμάτων (Παπαδόπουλος και συν., 2010).



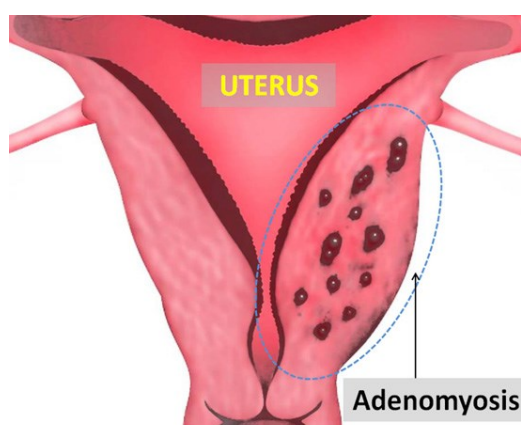
Εικόνα 5. Οξυτενή κονδυλώματα

Η αφαίρεσή τους γίνεται με εξάχνωση με ακτίνες laser ή με κρυοπηξία. Σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων, η θεραπεία περιλαμβάνει την τοπική εφαρμογή τριχλωροξικού οξέος (TO) 80% έως 90%, την κρυοπηξία ή την εφαρμογή laser. Η ποδοφυλλίνη δεν πρέπει να εφαρμόζεται στον τράχηλο λόγω του κινδύνου χημικών εγκαυμάτων. Η θεραπεία στο σπίτι (για αιδοϊκά κονδυλώματα) περιλαμβάνει την ποδοφυλλοτοξίνη ή την ιμικιμόδη (imiquimod [Aldara]) (Παπαδόπουλος και συν., 2010).

5.2.Αδενομύωση

5.2.1.Ορισμός

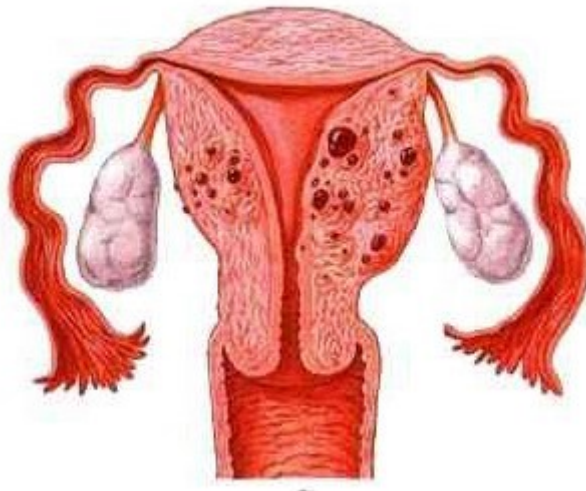
Αδενομύωση καλείται η καλοήθης παθολογική κατάσταση κατά την οποία υπάρχει ετερότοπη εντόπιση ενδομητρίου, συμπεριλαμβανομένων τόσο αδένων όσο και στρώματος αυτού, εντός του μυομητρίου, με παράλληλη υπερπλασία του τελευταίου. Η αδενομύωση εντοπίζεται τουλάχιστον 2,5 χιλιοστά κάτωθεν της συμβολής ενδομητρίου-μυομητρίου (Παπαδόπουλος και συν., 2010).



Εικόνα 6. Αδενομύωση

Οι έκτοποι ενδομήτριοι αδένες στην αδενομύωση προέρχονται κυρίως από τη βασική στιβάδα και συνήθως δεν επηρεάζονται από την κυκλική μεταβολή των ορμονών, σε αντίθεση με αυτούς της ενδομητρίωσης. Η αδενομύωση παλαιότερα ταυτιζόταν με τον όρο *endometriosis interna*, ο οποίος έχει εγκαταλειφθεί, καθώς αδενομύωση και ενδομητρίωση θεωρούνται πια ξεχωριστές οντότητες (Αντωνίου και συν., 2015).

Η αδενομύωση αποτελεί καλοήγη πάθηση, η οποία, εντοπιζόμενη στο μυομήτριο, προκαλεί αρχιτεκτονική διαταραχή στις στιβάδες των μυϊκών ινών κατά τρόπο που διαταράσσει τη συνοχή, αλλά και την αντοχή της μήτρας, ιδιαίτερα σε περίπτωση εγκυμοσύνης. Σίγουρα, η διάχυτη μορφή της αποτελεί μείζον πρόβλημα σε ό,τι αφορά την αντιμετώπιση (Παπαδόπουλος και συν., 2010).



Εικόνα 7. Αδενομύωση

5.2.2.Αιτιολογία

Η αδενομύωση είναι μια συχνή κατάσταση, η οποία αφορά κυρίως γυναίκες προεμμηνόπαυσιακής ηλικίας, συχνότερα τις πολύτοκες. Η αιτιολογία της δεν έχει αποσαφηνιστεί, ωστόσο μοιάζει να είναι πολυπαραγοντική. Στους προδιαθεσικούς παράγοντες συγκαταλέγονται ο τραυματισμός της μήτρας (π.χ. τοκετός, απόξεση), η χρόνια ενδομητρίτιδα και η λήψη ταμοξιφαίνης. Συνυπάρχει συχνά με άλλες παθολογικές καταστάσεις, όπως η ενδομητρίωση, η παρουσία λειομυωμάτων ή σύμφωνα με κάποιους συγγραφείς, με τον καρκίνο του ενδομητρίου. Η συμπτωματολογία δεν είναι ειδική και περιλαμβάνει δυσμηνόρροια, μηνορραγία και μητρορραγία (Αντωνίου και συν., 2015).

5.2.3.Ταξινόμηση

Υπάρχουν δυο διαφορετικοί τύποι, η διάχυτη αδενομύωση και η εστιακή, γνωστή ως αδενομύωμα. Προσβάλλει σε μεγαλύτερο ποσοστό το οπίσθιο τοίχωμα της μήτρας, αν και μπορεί να εντοπισθεί σε όλη την επιφάνεια αυτής. Η κλινική συμπτωματολογία περιλαμβάνει δυσμηνόρροια σε ποσοστό 30% και μηνορραγία σε ποσοστό 50% (Παπαδόπουλος και συν., 2010).

5.2.4.Διάγνωση

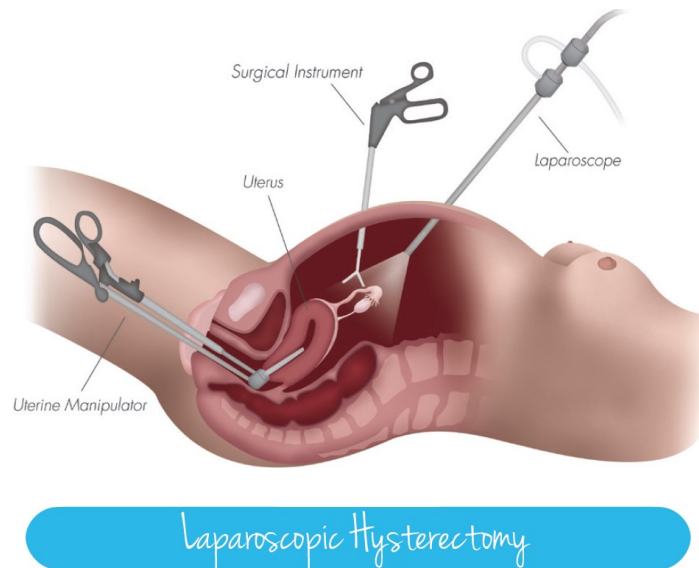
Η διάγνωση της αδеноμύωσης είναι δύσκολη και στηρίζεται στην κλινική συμπτωματολογία, στη διακολπική υπερηχογραφία, σε τεχνικές βιοψίας της μήτρας, σε Doppler υπερηχογραφία και στη Μαγνητική Τομογραφία. Αυτή η τελευταία κρίνεται ως η καλύτερη στην ανίχνευση της αδеноμύωσης, αλλά συγχρόνως και ως η ακριβότερη (Παπαδόπουλος και συν., 2010).

5.2.5.Θεραπεία

Η θεραπεία της αδеноμύωσης είναι κατεξοχήν χειρουργική και συνίσταται σε υστερεκτομή, ωστόσο μπορεί να εφαρμοστούν εναλλακτικά και συντηρητικότερες θεραπείες, βάσει πάντα της συμπτωματολογίας, της ηλικίας και της επιθυμίας της γυναίκας να διατηρήσει τη γονιμότητά της (Αντωνίου και συν., 2015).

Οι λαπαροσκοπικές μέθοδοι αντιμετώπισης της αδеноμύωσης είναι οι ακόλουθες:

- Λαπαροσκοπική ολική και υφολική υστερεκτομή. Πολλές φορές, είτε λόγω πολύ μεγάλου μεγέθους της μήτρας, που δυσκολεύει τη διακολπική έξοδό της, είτε λόγω επιθυμίας διατήρησης του τραχήλου της μήτρας, είτε, τέλος, λόγω μεγαλύτερης εξοικείωσης από το χειρουργό, επιλέγεται η λαπαροσκοπική υφολική υστερεκτομή. Η διατήρηση του τραχήλου της μήτρας δεν αντενδείκνυται στις περιπτώσεις αδеноμύωσης, δεδομένου ότι η πάθηση εντοπίζεται μόνο κατά το μυομήτριο και όχι κατά τον τράχηλο (Παπαδόπουλος και συν., 2010).



Εικόνα 8. Λαπαροσκοπική υστερεκτομή

- Λαπαροσκοπική αδενομυωματεκτομή. Η επέμβαση αυτή προτείνεται στην περίπτωση που η αδενομύωση είναι εστιακή και δεν καταλαμβάνει πολύ μεγάλο ποσοστό του συνολικού μυομητρίου. Επίσης, προτείνεται στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας που επιθυμούν διατήρηση της αναπαραγωγικής ικανότητας (Παπαδόπουλος και συν., 2010).
- Λαπαροσκοπική θερμική καταστροφή του μυομητρίου κατά θέσεις. Η θερμική καταστροφή του μυομητρίου κατά θέσεις έχει ως στόχο τη συρρίκνωση της αδενομύωσης προκαλώντας νέκρωση. Η τεχνική έχει δοκιμαστεί τόσο στη διάχυτη όσο και στην εστιακή αδενομύωση. Ως μέθοδος είναι λιγότερο ακριβής σε σχέση με την χειρουργική εξαίρεση, επειδή δεν ελέγχεται η περιοχή της καταστροφής και επιπρόσθετα, το αποτέλεσμα στο εσωτερικό του μυομητρίου μπορεί να είναι ανεπαρκές. Όμως, ο υπερβολικός ηλεκτροκαυτηριασμός μπορεί να οδηγήσει σε ρήξη της μήτρας σε περίπτωση εγκυμοσύνης. Γι' αυτό, η μέθοδος αυτή προτείνεται κυρίως σε γυναίκες άνω των 40 ετών, οι οποίες δεν επιθυμούν εγκυμοσύνη (Παπαδόπουλος και συν., 2010).

5.3.Λειομώματα ή ινομώματα μήτρας

5.3.1.Ορισμός

Τα ινομώματα είναι συχνοί καλοήθεις όγκοι της μήτρας με ένα ευρύτατο φάσμα σε επίπεδο μορφολογίας, συμπτωματολογίας και γενικότερα επίπτωσης στη γονιμότητα και την ποιότητα ζωής των γυναικών. Η συχνότητά τους είναι τουλάχιστον 25% σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας (Παπαδόπουλος, 2011).

5.3.2.Ταξινόμηση

Ανάλογα με την εντόπισή τους, διακρίνονται κυρίως σε υπορογόνια (κάτω από τον ορογόνο χιτώνα), ενδοτοιχωματικά (μέσα στο τοίχωμα της μήτρας) και υποβλεννογόνια (κάτω από το ενδομήτριο). Τα υπορογόνια ινομώματα μπορεί να συνδέονται με τη μήτρα με μίσχο. Αν επεκταθούν μεταξύ των πετάλων του πλατέος συνδέσμου, ονομάζονται ενδοσυνδεσμικά. Τα παρασιτικά λεγόμενα ινομώματα προέρχονται από τα υπορογόνια μισχωτά ινομώματα μετά από νέκρωση του μίσχου τους, αποχωρισμό τους από τη μήτρα και διατήρησής τους σε έκτοπη θέση με νεοαγγείωση (Παπαδόπουλος, 2011).

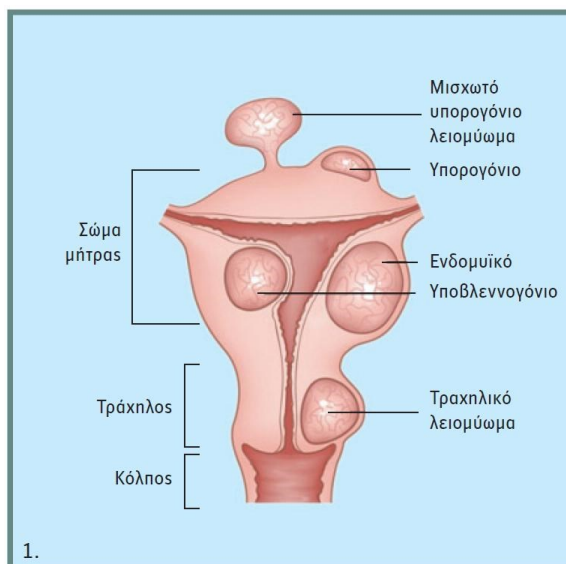
Τα υποβλεννογόνια ινομώματα είναι δυνατόν να προβάλλουν από το τραχηλικό στόμιο (“τεχθέντα ινομώματα”). Επίσης, περιγράφεται ενδοκοιλιακή προβολή τους με ενδεχόμενη αυτόματη αποβολή τους μετά από εμβολισμό της μητριαίας αρτηρίας (Παπαδόπουλος, 2011).

5.3.3.Προδιαθεσικοί παράγοντες

Περίπου σε μια στις 5 γυναίκες, μετά την ηλικία των 35 ετών, βρίσκονται μονήρη ή πολλαπλά ινομώματα, διαστάσεων από λίγα mm έως αρκετά cm. Σπανιότερα, αποκτούν πολύ μεγάλο μέγεθος (Ιατράκης, 2015).

Φαίνεται ότι υπάρχει οικογενής προδιάθεση και παρατηρήθηκε αυξημένη συχνότητα στις παχύσαρκες γυναίκες. Από την ανάλυση >100 μελετών διαπιστώθηκε ότι η αθροιστική συχνότητα εμφάνισης ινομωμάτων μέχρι την ηλικία των 50 ετών είναι 70-80%. Στις μαύρες γυναίκες είναι πιθανότερο να διαπιστωθούν ινομώματα σε μικρότερης ηλικίας γυναίκες που είναι, κατά μέσο όρο, 5 χρόνια νεότερες από τις λευκές με παρόμοια κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Επίσης, οι μαύρες

παρουσιάζουν εντονότερη συμπτωματολογία από τις λευκές γυναίκες και οι διαφορές στην εκδήλωση της νόσου μεταξύ των φυλών ίσως (αλλά όχι απαραίτητα) να αντανακλούν γενετική ετερογένεια (Ιατράκης, 2015).



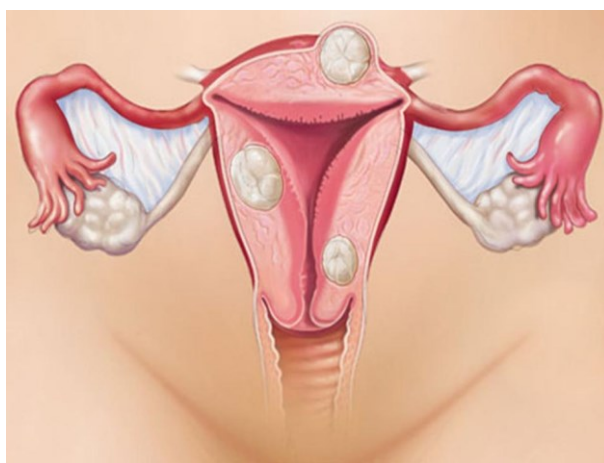
Εικόνα 9. Ταξινόμηση ινομυωμάτων κατά θέση και κατά μορφή

5.3.4. Αιτιολογία

Η αιτιολογία των ινομυωμάτων είναι άγνωστη. Ωστόσο, υποστηρίχτηκε ότι προέρχονται από αθροίσεις αρχέγονων οιστρογονοεξαρτώμενων εμβρυϊκών κυττάρων στο μυομήτριο ή ότι προέρχονται από ένα μοναδικό νεοπλασματικό κύτταρο ανάμεσα στις λείες μυϊκές ίνες του μυομητρίου. Ο ινομυωματώδης ιστός έχει αυξημένη συγκέντρωση οιστρογονικών υποδοχέων σε σύγκριση με το φυσιολογικό μυομήτριο και η ανάπτυξη των ινομυωμάτων εξαρτάται από την ύπαρξη των οιστρογόνων. Γι' αυτό η κλινική τους εμφάνιση γίνεται κυρίως κατά την αναπαραγωγική ηλικία, ενώ στη διάρκεια της κύησης μπορεί να συμβεί αύξηση του μεγέθους τους και μετά την εμμηνόπαυση αναμένεται υποστροφή τους. Στην εμμηνόπαυση, μπορεί επίσης να αποτιτανωθούν (ασβεστώδης εκφύλιση). Ωστόσο, και η προγεστερόνη φαίνεται να μπορεί να διεγείρει την αύξηση των ινομυωμάτων της μήτρας (Ιατράκης, 2015).

5.3.5.Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα εξαρτάται από την εντόπισή τους. Όταν είναι μικρά είναι συνήθως ασυμπτωματικά, όταν όμως μεγαλώσουν μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα. Ευθύνονται για μια μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων, όπως μητρορραγίες (με εμφάνιση αναιμίας στη γυναίκα), δυσμηνόρροια, πόνο και αίσθημα πίεσης. Τα υποβλεννογόνια ινομύωματα μπορεί να ευθύνονται για προβλήματα υπογονιμότητας και εκδηλώνονται με σταγονοειδή αιμόρροια ή μητρορραγία. Ωστόσο, υποστηρίζεται ότι δεν επηρεάζουν τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Γενικά, οι αιμορραγίες οφείλονται στην αύξηση της επιφάνειας του ενδομητρίου ή στη μείωση της συσπαστικής ικανότητας του μυομητρίου, λόγω του ινομώματος, και σπανιότερα σε νέκρωση υποβλεννογόνιου ινομώματος ή σαρκωματώδη εξαλλαγή. Ο πόνος μπορεί να οφείλεται σε αύξηση του μεγέθους ή σε εκφύλιση του ινομώματος με συνύπαρξη τοπικής φλεγμονής, σε συστολές της μήτρας λόγω τεχθέντος μισχωτού υποβλεννογόνιου ινομώματος και σε συστροφή μισχωτού υπορογόνιου ινομώματος (Ιατράκης, 2015).



Εικόνα 10. Ινομύωματα μήτρας

Η υπογονιμότητα μπορεί να οφείλεται σε ινομύωματα που προκαλούν στένωση ή απόφραξη των σαλπίγγων ή δημιουργούν μη κατάλληλο έδαφος για εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Τα υπορογόνια ή τα ενδοτοιχωματικά ινομύωματα μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα από πίεση σε παρακείμενα όργανα, όπως οίδημα από πίεση αγγείων, κατακράτηση ούρων από πίεση στην ουροδόχο

κύστη και υδρονέφρωση από πίεση στους ουρητήρες. Στην τελευταία περίπτωση, υιοθετείται, συνήθως, παρεμβατική τακτική. Στην κύηση, μπορεί να ευθύνονται για αυτόματες αποβολές και σπάνια μπορεί να διογκωθούν και να προκαλέσουν προβλήματα δυστοκίας (Ιατράκης, 2015).

5.3.6.Διάγνωση

Στο ιστορικό μπορεί να αναφέρονται διαταραχές της εμμηνορρυσίας. Η διάγνωση μπορεί να γίνει με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση κατά την οποία θα ψηλαφηθεί όγκος σκληρός και ανώδυνος, που μπορεί να προκαλεί παραμόρφωση του σώματος της μήτρας. Τα μισχωτά υποβλεννογόνια ινομύωματα, μπορεί να γίνουν ορατά εάν προβάλλουν από το τραχηλικό στόμιο. Στο διακοιλιακό υπερηχογράφημα (σε μεγαλύτερο ινομύωμα) και στο κοιλιακό υπερηχογράφημα (σε μικρότερο ινομύωμα), θα γίνει απεικόνιση ολόκληρου του ινομώματος που μπορεί να μετρηθεί με ακρίβεια. Η υπερηχο-υστερογραφία με τη διάταση της μήτρας, με φυσιολογικό ορό (ή άλλο ειδικό υγρό), μπορεί να συντελέσει στην καλύτερη απεικόνιση, όπως και στη διερεύνηση της διαβατότητας των σαλπίγγων. Απεικόνιση των ινομωμάτων θα γίνει επίσης στην αξονική και τη μαγνητική τομογραφία αλλά σπάνια θα απαιτηθούν αυτές οι εξετάσεις. Η ενδοφλέβια πυελογραφία χρησιμεύει για να ελεγχθεί η πορεία του ουρητήρα σε τραχηλικά ή ενδοσυνδεσμικά ινομύωματα πριν το χειρουργείο. Η υστεροσαλπιγγογραφία μπορεί να έχει διαγνώσει το ινομύωμα στα πλαίσια της διερεύνησης της υπογονιμότητας. Η υστεροσκόπηση μπορεί να διαγνώσει τα υποβλεννογόνια ινομύωματα και η λαπαροσκόπηση τα υπορογόνια (τα οποία θα διαφοροδιαγνώσει από εξαρτηματικούς όγκους). Η οριστική διάγνωση για την καλοήγη φύση τους γίνεται με την ιστολογική εξέταση μετά την αφαίρεσή τους (Ιατράκης, 2015).

5.3.7.Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει από:

- Από νεοπλασματικούς ή φλεγμονώδεις εξαρτηματικούς όγκους. Πράγματι, σε αρκετές περιπτώσεις θα χρειαστεί διαφορική διάγνωση των μισχωτών υπορογόνιων ινομωμάτων από εξαρτηματικούς όγκους (κυρίως της ωοθήκης). Το ιστορικό, η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση και το

υπερηχογράφημα θα βοηθήσουν στη διαφορική διάγνωση. Σπάνια, θα χρειαστεί μαγνητική τομογραφία. Φυσικά, η λαπαροσκόπηση βάζει τη διάγνωση χωρίς αμφιβολίες (Ιατράκης, 2015).

- Από την κύηση. Αποτελούσε διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα κυρίως στο παρελθόν. Το υπερηχογράφημα και η μέτρηση της χοριακής γοναδοτροπίνης δεν αφήνουν περιθώρια αμφιβολιών (Ιατράκης, 2015).
- Από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Πολύ σπάνια θα γίνει σύγχυση του καρκίνου με τεχθέν ινομύωμα. Η κλινική εξέταση, το υπερηχογράφημα και η βιοψία θα βοηθήσουν στη διαφορική διάγνωση (Ιατράκης, 2015).

5.3.8.Επιπλοκές

Οι επιπλοκές που αναφέρονται είναι οι παρακάτω:

- Συστροφή μισχωτού ινομώματος: Αυτή εμφανίζεται με εικόνα οξείας κοιλίας και απαιτείται άμεση χειρουργική επέμβαση (Ιατράκης, 2015).
- Εκφύλιση-Νέκρωση: Η εκφύλιση μπορεί να είναι διαφόρων ιστολογικών τύπων, όπως υαλοειδής, ασβεστώδης, ερυθρά κ.λπ. Η ερυθρά εκφύλιση (νέκρωση) εμφανίζεται συχνότερα στη διάρκεια της κύησης. Η νέκρωση μπορεί να είναι άσηπτη (στα μισχωτά υπορογόνια ινομώματα λόγω συστροφής του μίσχου τους) ή σηπτική (στα υποβλεννογόνια ινομώματα που είναι εύκολο να επιμολυνθούν). Η νέκρωση εμφανίζεται με εικόνα οξείας κοιλίας και πυρετό (Ιατράκης, 2015).
- Σαρκωματώδης εξαλλαγή: Συμβαίνει πολύ σπάνια και κυρίως στα μεγάλα ινομώματα περιεμμηνοπαυσιακών ασθενών. Χρήσιμη είναι η προηγούμενη γνώση των διαστάσεων του ινομώματος διότι η σαρκωματώδης εξαλλαγή χαρακτηρίζεται από ταχεία αύξηση του όγκου (στοιχείο που εκτιμάται κυρίως μετά την εμμηνόπαυση). Η ακρίβεια του ιστορικού που θα δώσει η ασθενής έχει ιδιαίτερη σημασία. Η οριστική διάγνωση γίνεται μετά από λαπαροτομία και ιστολογική εξέταση και αντιμετωπίζεται με ολική υστερεκτομία μαζί με τα εξαρτήματα (Ιατράκης, 2015).

- Εκτροφή της μήτρας: Πολύ σπάνια, μπορεί να διαπιστωθεί (ατελής) εκτροφή της μήτρας λόγω μεγάλου πυθμενικού υποβλεννογόνιου ινομώματος (Ιατράκης, 2015).

5.3.9.Αντιμετώπιση-θεραπεία

Αφού, στις περισσότερες περιπτώσεις, η ιστολογική επιβεβαίωση της κλινικής διάγνωσης δεν είναι απαραίτητη, τα ασυμπτωματικά ινομώματα μπορούν, συνήθως, να παρακολουθούνται χωρίς παρέμβαση. Επίσης, δεν συστήνεται η “προφυλακτική” θεραπεία για να αποφευχθούν μελλοντικές επιπλοκές των ινομωμάτων. Με δεδομένο ότι τα ινομώματα μπορεί να ελαττωθούν σε μέγεθος και ότι υπάρχει σημαντική συρρίκνωσή τους μετά την εμμηνόπαυση, η μη παρεμβατική τακτική φαίνεται λογική επιλογή, τουλάχιστον, σε μερικές γυναίκες. Η αντιμετώπιση, μεταξύ άλλων, θα εξαρτηθεί από τον τύπο και τη σοβαρότητα των ενοχλημάτων, την εντόπιση των ινομωμάτων, την ηλικία της ασθενούς, το μαιευτικό ιστορικό και τον προγραμματισμό κύησης. Σε μη παρεμβατική τακτική, μετά την αρχική διερεύνηση, συστήνεται ετήσια γυναικολογική εξέταση (με ή χωρίς νέα υπερηχογραφική εκτίμηση). Επίσης, σε ασθενείς με μηνορραγία ή αναιμία πρέπει να γίνεται γενική αίματος (Ιατράκης, 2015).

Με βάση τα παραπάνω, σε μικρά ινομώματα χωρίς συμπτώματα συστήνεται απλή παρακολούθηση με γυναικολογική εξέταση και υπερηχογραφικό έλεγχο, άσχετα από την ηλικία της γυναίκας. Σε γυναίκες που βρίσκονται σε προεμμηνοπαυσιακή ηλικία, συστήθηκε η χορήγηση GnRH αναλόγων (GnRH-A) για την προσωρινή υποστροφή τους με την “ελπίδα” ότι σύντομα θα επέλθει η εμμηνόπαυση. Η δαναζόλη (danazol) δεν φάνηκε να ελαττώνει το μέγεθος της μήτρας και έχει παρενέργειες, όπως αύξηση των ηπατικών ενζύμων, λιπαρό δέρμα, ακμή, υπερτρίχωση, ελάττωση του όγκου του μαστού, εξάψεις και μεταβολές της διάθεσης. Με δεδομένο ότι τα ινομώματα είναι και προγεστερονοεξαρτώμενα, προτάθηκαν και φαρμακευτικές αγωγές με αντιπρογεστερονική δράση, αν και με αυτά υπάρχει ο δυνητικός κίνδυνος υπερπλασίας ή καρκίνου του ενδομητρίου. Σε αυτή την κατηγορία ανήκει η μifeπριστόνη (mifepristone/RU-486) που έδωσε καλά αποτελέσματα αλλά δεν είχε εγκριθεί από το FDA για χρήση σε ινομώματα. Αναμένεται (αργή) αύξηση του μεγέθους των ινομωμάτων μετά τη διακοπή του φαρμάκου. Προτάθηκε, επίσης, η οξική ουλιπριστάλη, που ανήκει στους [25]

τροποποιητές των προγεστερονικών υποδοχέων και αναστέλει την ωοθυλακιωρρηξία. Ωστόσο, χρειάζονται περαιτέρω μελέτες για τη μακροχρόνια ασφάλεια του φαρμάκου όσον αφορά το ενδομήτριο (Ιατράκης, 2015).



Εικόνα 11. Εκπυρήνιση ινομυώματος

Σε μεγάλα ινομυώματα (που προκαλούν ενοχλήματα), σε γρήγορη αύξηση του μεγέθους τους ή σε έντονη συμπτωματολογία (όπως αιμορραγία), συχνά, γίνεται χειρουργική αντιμετώπιση. Ωστόσο, στις περισσότερες γυναίκες με ινομυώματα, η διερεύνηση για ενδεχόμενη κακοήθεια δεν αποτελεί ένδειξη χειρουργικής επέμβασης. Στην προηγούμενη περίπτωση, υπάγονται οι γυναίκες στις οποίες η ινομυωματώδης μήτρα περιορίζει τη διερεύνηση των εξαρτημάτων. Υποστηρίζεται ότι εδώ υπάγονται και εκείνες που έχουν ένα μεγάλο ή γρήγορα αναπτυσσόμενο όγκο της μήτρας. Σε υπογονιμότητα, στην οποία δεν βρέθηκε άλλος αιτιολογικός παράγοντας, στην πράξη συστήνεται συχνά η χειρουργική αφαίρεση του ινομυώματος. Το ίδιο ισχύει σε επανειλημμένες αποβολές. Σε ιστορικό μητρορραγιών, πριν τη χειρουργική επέμβαση, πρέπει να γίνεται δοκιμαστική απόξεση για τον αποκλεισμό αδενοκαρκινώματος του ενδομητρίου (Παπαδόπουλος, 2011).

Σε ενδοτοιχωματικά ινομυώματα, γίνεται εκπυρήνισή τους στην αναπαραγωγική ηλικία ή συστήνεται ολική υστερεκτομία ανάλογα με το μέγεθος, τον αριθμό και την εντόπισή τους, όπως και την οικογενειακή κατάσταση και τις επιθυμίες της ίδιας της γυναίκας. Εκπυρήνιση των ινομυωμάτων επιλέγεται σε γυναίκες που θέλουν να διατηρήσουν τη γονιμότητά τους. Αυτή μπορεί να γίνει με λαπαροτομία αλλά και με χειρουργική λαπαροσκόπηση. Η δεύτερη επιλέγεται

συνήθως σε σχετικά μικρότερα ινομυώματα. Είναι πιθανό ότι όσο λιγότερες τομές γίνουν στο τοίχωμα της μήτρας και όσο λιγότεροι χειρισμοί και κακώσεις γίνουν τόσο αυξάνει η πιθανότητα διατήρησης της γονιμότητας. Αν είναι δυνατό, συστήνεται η προσπάθεια αφαίρεσης όλων των ινομυωμάτων, από μια τομή της μήτρας. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στην αιμόσταση της κοίτης του ινομυώματος (Παπαδόπουλος, 2011).

Στα υπορογόνια και τα ενδοτοιχωματικά ινομυώματα μπορεί να γίνει λαπαροσκοπική και στα υποβλεννογόνια γίνεται υστεροσκοπική αφαίρεσή τους. Η λαπαροσκοπική αφαίρεση μπορεί να έχει μεγαλύτερη διάρκεια αλλά συντελεί στην ταχύτερη μετεγχειρητική ανάρρωση της ασθενούς και την ελάττωση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο. Η λαπαροσκοπική αφαίρεση φαίνεται να πλεονεκτεί, επίσης, στο ότι ελαττώνεται η πιθανότητα δημιουργίας συμφύσεων. Ολική υστερεκτομία επιλέγεται σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας ή αν, χειρουργικά, κριθεί ως καταλληλότερη επέμβαση. Ακόμα και μετά την εκπυρήνιση, η ολική υστερεκτομία μπορεί να κριθεί απαραίτητη λόγω μεγάλης αιμορραγίας (που δεν ελέγχεται) από την κοίτη του ινομυώματος. Περιεμμηνοπαυσιακά, επιλέγεται συνήθως και αφαίρεση των ωοθηκών (Ιατράκης, 2015).

Η τεχνική της λαπαροσκοπικής αφαίρεσης των ινομυωμάτων εμφανίζει σημαντικά πλεονεκτήματα σε σύγκριση με την ανοικτή ινομυωματεκτομή. Η ταχύτερη ανάρρωση σε σχέση με την κλασική λαπαροτομία, ο μικρότερος χρόνος νοσηλείας, η ελαττωμένη μετεγχειρητική νοσηρότητα και ο μειωμένος μετεγχειρητικός πόνος, η έγκαιρη επιστροφή στις φυσιολογικές δραστηριότητες και η ταχύτερη επανένταξη στην εργασία, καθώς και το καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα ανήκουν στα πλεονεκτήματα της επεμβατικής λαπαροσκόπησης. Επιλέγονται ασθενείς που πάσχουν από υπορογόνια ή ενδοτοιχωματικά ινομυώματα. Το μέγεθός τους αθροιστικά δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 8-10 εκατοστά. Συνολικά τα ινομυώματα δεν πρέπει να είναι περισσότερα των δύο, ενώ ιδανικά θα πρέπει να μην υπάρχει αδеноμύωση. Οι περιορισμοί αυτοί αποτελούν σχετικές αντενδείξεις, καθώς ανάλογα με την εμπειρία του ο χειρουργός μπορεί να αποφασίσει την εκτέλεση λαπαροσκοπικής ινομυωματεκτομής σε ένα μεγαλύτερο των 8-10 εκατοστών ινομύωμα, σε συνύπαρξη πολυάριθμων ινομυωμάτων ή ακόμη και σε περιπτώσεις αδеноμύωσης (Γκριμπίζης και συν., 2006).

Τα τελευταία χρόνια, η χειρουργική αντιμετώπιση των λειομυωμάτων της μήτρας πέρασε από την εποχή της υστερεκτομής ή της χειρουργικής εξαίρεσής τους μετά από ευρεία τομή στο κοιλιακό τοίχωμα, στη σύγχρονη εποχή της μινι-λαπαροτομίας και της ενδοσκοπικής προσέγγισης με την επεμβατική λαπαροσκόπηση και υστεροσκόπηση (Ζαφράκας και συν., 2009).

Η επέμβαση που διεθνώς χαρακτηρίστηκε ως «μυόλυση» (“myolysis”), περιλαμβάνει τη λύση των λειομυωμάτων με τη χρήση laser, ηλεκτρικής ενέργειας ραδιοσυχνότητας ή κρυοθεραπείας. Όλες οι μέθοδοι περιλαμβάνουν την τοποθέτηση ενός ηλεκτροδίου ή καθετήρα στο εσωτερικό των λειομυωμάτων για τη χορήγηση ενέργειας από την αντίστοιχη πηγή, με τη βοήθεια είτε της λαπαροσκόπησης είτε της υστεροσκόπησης (Ζαφράκας και συν., 2009).

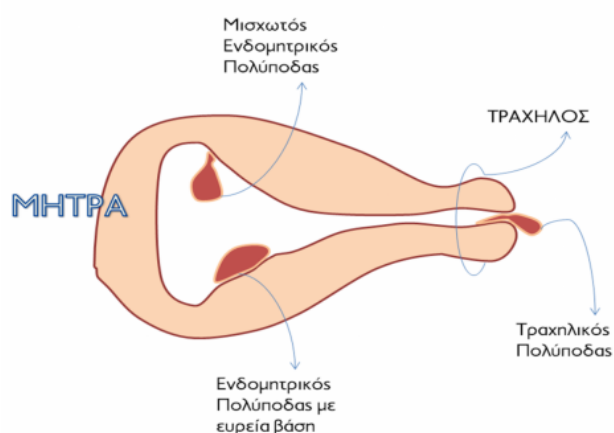
Στην αντιμετώπιση των ινομυωμάτων έχει εφαρμοστεί με επιτυχία και η αγγειακή εμβολή τους και άλλες τεχνικές. Σε αυτές περιλαμβάνεται η χρήση υπερήχων που καθοδηγούνται με τη βοήθεια μαγνητικής τομογραφίας (Magnetic Resonance guided Focused Ultrasound Surgery [MRgFUS] για προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Η μέθοδος επιτυγχάνει τη θερμική καταστροφή του ινομώματος και μπορεί να εφαρμοστεί σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων. Εννοείται ότι η μέθοδος δεν ενδείκνυται σε ινομώματα που βρίσκονται σε στενή γειτνίαση με την ουροδόχο κύστη ή το έντερο και θα ήταν ενδεχόμενη η θερμική βλάβη τους. Δεν είναι σαφές το μέγιστο μέγεθος του ινομώματος για την εφαρμογή της μεθόδου. Υποστηρίχτηκε ότι τα ινομώματα διαστάσεων >10 cm δεν αποτελούν απόλυτη αντένδειξη εφαρμογής της μεθόδου (Ιατράκης, 2015).

5.4.Ενδομήτριος πολύποδας

5.4.1. Ορισμός

Οι ενδομήτριοι πολύποδες είναι συχνές καλοήθεις αλλοιώσεις του ενδομητρίου και παρουσιάζονται ως εστιακές (οζώδεις) υπερπλαστικές βλάβες της ενδομήτριας επιφάνειας. Αποτελούνται από ένα στρώμα (πυκνό ινώδη ή λείο μυϊκό ιστό), αγγεία (με παχύ τοίχωμα) και ενδομήτριους αδένες, οι οποίοι κάποιες φορές διατείνονται κυστικά (cystic glandular hyperplasia). Οι πολύποδες μπορεί να είναι μονήρεις ή πολλαπλοί, ποικίλου μεγέθους, με ευρεία βάση προς το ενδομήτριο

(επίπεδοι) ή να συνδέονται με αυτό μέσω ενός μίσχου και να προβάλλουν στην ενδομήτρια κοιλότητα (μίσχωτοι) (Αντωνίου και συν., 2015).



Εικόνα 12. Πολύποδες μήτρας

5.4.2.Κλινική εικόνα

Οι ενδομήτριοι πολύποδες είναι συχνή αιτία αιμορραγίας σε προ- και μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς και είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνωσθούν από άλλες αιτίες πάχυνσης του ενδομητρίου με τη χρήση απλής διακολπικής υπερηχογραφίας. Ιστολογικά χαρακτηρίζονται ως τοπική υπερπλασία αδένων και στρώματος του ενδομητρίου. Αντιπροσωπεύουν το 30% των περιπτώσεων μετεμμηνοπαυσιακής αιμορραγίας. Σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας προκαλούν δυσλειτουργικές αιμορραγίες και υπογονιμότητα (Κουτλάκη & Γαλάζιος, 2008).

Η επίπτωσή τους αυξάνει με την ηλικία και η κλινική τους εικόνα ποικίλλει. Συνήθως είναι ασυμπτωματικοί, αλλά μπορεί να εμφανιστούν με κολπική αιμόρροια και να αποτελέσουν αίτιο μηνο/μητρορραγίας (Αντωνίου και συν., 2015).

Οι ενδομήτριοι πολύποδες είναι καλοήθεις αλλοιώσεις, κάποιες φορές όμως μπορεί να παρουσιάσουν εστίες άτυπης υπερπλασίας ή να εξαλλαγούν σε καρκίνωμα, στη μετεμμηνοπαυσιακή ηλικία κυρίως επί λήψης ταμοξιφαίνης (Αντωνίου και συν., 2015).

5.4.3.Θεραπεία

Ασθενείς με ασυμπτωματικούς πολύποδες μπορεί να τεθούν σε παρακολούθηση. Ωστόσο, σε γυναίκες με συμπτωματολογία, οι ενδομήτριοι πολύποδες πρέπει να διερευνώνται περαιτέρω και να αφαιρούνται. Η υστεροσκόπηση είναι η καλύτερη μέθοδος τόσο για τη διάγνωση (λήψη βιοψιών) όσο και για την αντιμετώπιση του ενδομητρίου πολύποδα (πολυποειδεκτομή) (Αντωνίου και συν., 2015).

5.5.Ενδομήτρια υπερπλασία

Η υπερπλασία του ενδομητρίου ορίζεται ιστολογικά ως ο πολλαπλασιασμός των αδένων του ενδομητρίου με ανώμαλο σχήμα και μέγεθος, με αύξηση της αναλογίας αδένων / στρώματος σε σχέση με το φυσιολογικό παραγωγικό ενδομήτριο (Κουτλάκη & Γαλάζιος, 2008).

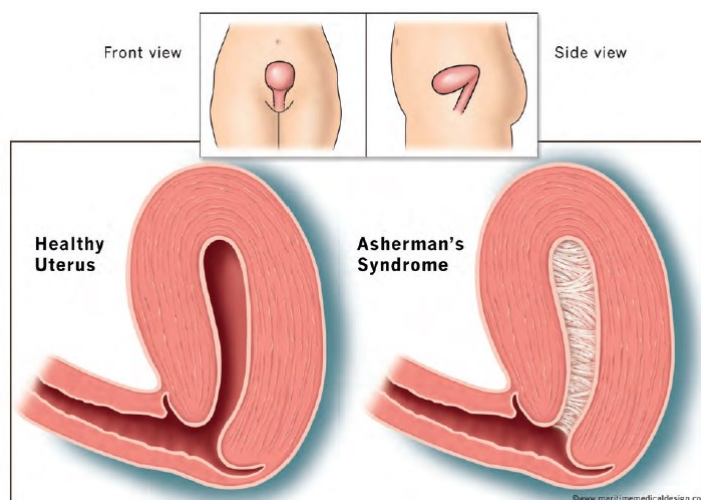
Η ενδομήτρια υπερπλασία είναι απάντηση στην υπεροιστρογοναιμία, η οποία μπορεί να είναι ενδογενής ή εξωγενής. Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ενδομήτριας υπερπλασίας είναι οι ίδιοι με εκείνους της ανάπτυξης καρκίνου του ενδομητρίου (Αντωνίου και συν., 2015).

Η ενδομήτρια υπερπλασία είναι συνήθως διάχυτη και λιγότερο συχνά εστιακή. Οι γυναίκες με ενδομήτρια υπερπλασία προσέρχονται κυρίως με κολπική αιμόρροια, μπορεί όμως να είναι και ασυμπτωματικές (Αντωνίου και συν., 2015).

5.6.Ενδομήτριες συμφύσεις (Σύνδρομο Asherman)

Με τον όρο ενδομήτριες συμφύσεις αναφερόμαστε στον ουλώδη ιστό που αναπτύσσεται σε διάφορα σημεία της κοιλότητας της μήτρας και ο οποίος προκαλεί μερική ή ακόμα και ολική απόφραξη της μητριαίας κοιλότητας ή/και της κοιλότητας του τραχήλου της μήτρας. Η διαταραχή αυτή στη δομή της μήτρας οδηγεί σε κλινική συμπτωματολογία (σύνδρομο Asherman) που περιλαμβάνει διαταραχές του έμμηνου κύκλου, υπογονιμότητα και καθ' έξιν αποβολές. Συνήθως οι ενδομήτριες συμφύσεις είναι απότοκες τραυματισμού της βασικής στιβάδας του ενδομητρίου ή ενδομητρίτιδος (Αντωνίου και συν., 2015).

Μέθοδος εκλογής και για τη διάγνωση και ταυτόχρονα για τη θεραπεία είναι η υστεροσκόπηση. Ωστόσο, επειδή είναι μια τεχνική επεμβατική, η διερεύνηση ξεκινά με τις λιγότερο επεμβατικές απεικονιστικές εξετάσεις, οι οποίες εκτός από τη διάγνωση, χρησιμοποιούνται και για την εκτίμηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων της υστεροσκόπησης (Αντωνίου και συν., 2015).



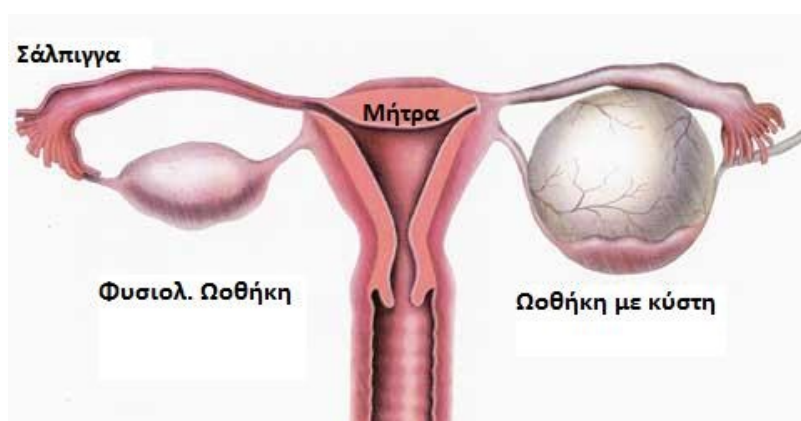
Εικόνα 13. Σύνδρομο Asherman

Απεικονιστική εξέταση εκλογής για την εκτίμηση των ενδομήτριων συμφύσεων είναι η υστεροσαλπιγγογραφία. Χαρακτηριστικά, η κοιλότητα της μήτρας εμφανίζει ελαττωμένη διατασιμότητα, ενώ εντός αυτής απεικονίζονται σαφώς αφοριζόμενα ελλείμματα σκιαγραφικής πλήρωσης, δίκην «σερπαντίνας», μονήρη ή πολλαπλά, τα οποία μπορεί να προκαλούν παραμόρφωση ή σε σοβαρές περιπτώσεις απόφραξη της μητριαίας κοιλότητας (Αντωνίου και συν., 2015).

6.ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ ΚΑΙ ΩΟΘΗΚΩΝ

6.1. Λειτουργικές κύστεις

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι κύστεις που δεν παρουσιάζουν παθολογοανατομική βλάβη, είναι παροδικές και εμφανίζονται κυρίως κατά την αναπαραγωγική ηλικία, χωρίς η ύπαρξη τους να αποκλείεται κατά την παιδική ή ακόμα και τη βρεφική ηλικία (Ιατράκης, 2015).



Εικόνα 14. Κύστεις ωοθηκών

6.2.Κύστεις ωοθυλακίου

Οι κύστεις ωοθυλακίου είναι πολύ συχνές και οφείλονται στην ατελή εξέλιξη του ωοθυλακίου και τη μη απορρόφηση του ωοθυλακικού υγρού. Τα αντισυλληπτικά δισκία φάνηκε ότι ασκούν προστατευτική επίδραση για τη μη εμφάνιση κύστεων ωοθυλακίου. Οι κύστεις ωοθυλακίου, συνήθως, δεν συνοδεύονται από υποκειμενικά ενοχλήματα και βρίσκονται τυχαία στη γυναικολογική εξέταση ή το υπερηχογράφημα. Το μέγεθός τους υπερβαίνει συχνά τα 3 cm αλλά σπάνια υπερβαίνει τα 5 cm. Ο εμμηνορρυσιακός κύκλος μπορεί να είναι φυσιολογικός ή να υπάρχει ιστορικό αραιομηνόρροιας ή συχνομηνόρροιας. Σε καθυστέρηση της εμμηνορρυσίας πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο κύησης. Η αναμονή για 2-3 μήνες χωρίς φαρμακευτική αγωγή αποδείχθηκε το ίδιο αποτελεσματική με τη χορήγηση αντισυλληπτικών για το ίδιο χρονικό διάστημα. Αν επιλεγεί η χορήγηση αντισυλληπτικών (κυρίως σε υποτροπές), αυτή δεν γίνεται για την υποχώρηση της κύστης αλλά για την αναστολή του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-ωοθήκη, την αναστολή της εξέλιξης νέων ωοθυλακίων (προς ωοθυλακιορρηξία) και επομένως την

«υπερηχογραφική ηρεμία». Συνεπώς, στο νέο υπερηχογράφημα που θα γίνει μετά παρέλευση 2-3 μηνών, εκείνο που παρακολουθείται είναι μόνο η εξέλιξη της συγκεκριμένης κύστης. Αν η κύστη επιμένει και έχει διαστάσεις πάνω από 5 cm, αλλά το ιστορικό και τα υπερηχογραφικά ευρήματα δεν είναι ύποπτα για κακοήθεια, θα μπορούσε να προταθεί η υπερηχογραφική παρακέντηση της κύστης (και η κυτταρολογική εξέταση του υγρού που αναρροφάται) (Ιατράκης, 2015).

6.3.Κύστεις ωχρού σωματίου

Οι κύστεις του ωχρού σωματίου είναι λειτουργικές κύστεις που μπορεί να οφείλονται σε εξέλιξη του ωοθυλακίου προς ωχρό σωμάτιο, χωρίς προηγούμενη ωοθυλακιορρηξία, ή σε παράταση της ζωής του ωχρού σωματίου (επίμονο ωχρό σωμάτιο). Συνήθως, υπάρχει καθυστέρηση της εμμηνορρυσίας (όπως και σε κύστη ωοθυλακίου), οπότε πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση από την κύηση. Στην καθημερινή πρακτική, το επίμονο ωχρό σωμάτιο μπορεί να συνδέεται και με παρατεταμένη κολπική αιμόρροια (Ιατράκης, 2015).

6.4.Σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών

Στα πλαίσια αυξημένης διέγερσης της θήκης των ωοθηκών μπορεί να σχηματιστούν σε αυτές πολλαπλές κύστεις. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών με αμφοτερόπλευρη εμφάνιση πολλαπλών κυστικών διογκώσεων των ωοθηκών (ωοθυλάκια) που μπορεί να φτάσουν σε διαστάσεις πολλών εκατοστών. Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες λειτουργικές κύστεις, αυτές συχνά συνοδεύονται από θορυβώδη συμπτωματολογία. Το σύνδρομο είναι πιθανότερο σε χορήγηση γοναδοτροπινών και σπανιότερο σε χορήγηση (κιτρικής) κλομιφαίνης για πρόκληση πολλαπλών ωοθυλακιορρηξιών (Ιατράκης, 2015).

6.5.Καταδύσεις βλαστικού επιθηλίου

Στις λειτουργικές κύστεις θα μπορούσαν ίσως να υπαχθούν και εκείνες που προέρχονται από καταδύσεις του βλαστικού επιθηλίου (κύστεις κυτταρικών εγκλείστων), που η διάμετρός τους δεν υπερβαίνει τα 4 cm και δεν προκαλούν καμιά συμπτωματολογία (Ιατράκης, 2015).

7.ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

7.1.Ορισμός

Ο όρος υστερεκτομή προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις «ύστερον» που σημαίνει μήτρα και «εκτομή» που σημαίνει αφαίρεση. Είναι μία χειρουργική επέμβαση κατά την οποία αφαιρείται η μήτρα και μπορεί επίσης να περιλαμβάνει την αφαίρεση των σαλπίγγων, των ωοθηκών και του τραχήλου για να θεραπεύσουν ή να ανακουφίσουν την ασθενή από ορισμένες γυναικολογικές παθήσεις (Κουβελάς και συν., 2012).

Είναι μια σημαντική χειρουργική διαδικασία που έχει κινδύνους, αλλά και οφέλη και επηρεάζει την ορμονική ισορροπία της γυναίκας και τη γενική υγεία για το υπόλοιπο της ζωής της. Έτσι η υστερεκτομή συνιστάται συνήθως ως η ύστατη λύση για την αντιμετώπιση ορισμένων δυσεπίλυτων παθολογιών της μήτρας. Η υστερεκτομή είναι μια αμετάκλητη διαδικασία, μετά την οποία η γυναίκα δεν μπορεί πλέον να μείνει έγκυος ή να έχει έμμηνο ρύση. Δεδομένου ότι η υστερεκτομή είναι μια τελική, μόνιμη και οριστική θεραπεία θα πρέπει να πραγματοποιείται σε ασθενείς στις οποίες έχει αποτύχει η συντηρητική φαρμακευτική αγωγή (με ορμόνες και άλλα φάρμακα) (Κουβελάς και συν., 2012).

7.2.Οδοί προσπέλασης

Το είδος και η τεχνική της επέμβασης διαφοροποιείται ανάλογα με την υποκείμενη νόσο. Η επιλογή της προσπέλασης εξαρτάται από την ένδειξη για την οποία γίνεται η υστερεκτομή, το μέγεθος της μήτρας, τα ευρήματα από τις ωοθήκες και τις σάλπιγγες, από την χαλάρωση των μυών του πυελικού εδάφους, από το ιστορικό προηγούμενων χειρουργικών επεμβάσεων και από την εμπειρία του γυναικολόγου ή του γενικού χειρουργού. Οι οδοί προσπέλασης είναι οι εξής:

- Η κοιλιακή υστερεκτομή (λαπαροτομία), γίνεται με εγκάρσια τομή στο κατώτερο κοιλιακό τοίχωμα ή με μέση υπομφάλιο τομή, ανάλογα με την ένδειξη και το μέγεθος της μήτρας.

- Η κολπική υστερεκτομή πραγματοποιείται εξ'ολοκλήρου μέσω του κολπικού καναλιού και έχει σαφή πλεονεκτήματα σε σχέση με την κοιλιακή υστερεκτομή, όπως λιγότερες επιπλοκές, μικρότερη διάρκεια νοσηλείας και μικρότερο χρόνο επούλωσης.
- Η λαπαροσκοπική υστερεκτομή.
- Η ρομποτική Υστερεκτομή. Είναι μια παραλλαγή της λαπαροσκοπικής χειρουργικής με χρήση ειδικών τηλεχειριζόμενων μέσων που επιτρέπουν στον χειρουργό καλύτερο έλεγχο καθώς και τρισδιάστατη όραση (Κουβελάς και συν., 2012).

7.3.Τύποι υστερεκτομής

- Ολική υστερεκτομή Στην ολική υστερεκτομή αφαιρείται όλη η μήτρα(σώμα και τράχηλος) ενώ σάλπιγγες και ωοθήκες παραμένουν.
- Υφολική υστερεκτομή. Στην υφολική υστερεκτομή αφαιρείται μόνο το σώμα της μήτρας ενώ ο τράχηλος παραμένει.
- Ολική υστερεκτομή και αμφοτερόπλευρη σάλπιγγο-ωοθηκεκτομή. Μαζί με τη μήτρα αφαιρούνται και οι δύο σάλπιγγες και οι ωοθήκες.
- Ριζική υστερεκτομή. Ριζική υστερεκτομή είναι η αφαίρεση της μήτρας, του μεγαλύτερου τμήματος του κόλπου και των παραμητρίων. Σε προσβολή πυελικών ή και παραορτικών λεμφαδένων, εκτελείται λεμφαδενεκτομή.
- Μαιευτική υστερεκτομή. Συνήθως πραγματοποιείται σε απειλητικές για τη ζωή αιμορραγίες μετά από φυσιολογικό τοκετό ή καισαρική τομή (Κουβελάς και συν., 2012).



Εικόνα 15. Τύποι υστερεκτομής

7.4.Ενδείξεις υστερεκτομής

- Λειομύωμα ή Ινομύωμα Μήτρας. Το μέγεθος και ο αριθμός των λειομυωμάτων καθορίζει τον τρόπο της επέμβασης αφού σε μεγάλα ή πολυάριθμα λειομυώματα η ολική υστερεκτομή υπερτερεί της εκπυρήνισης των λειομυωμάτων λόγω μικρότερων διεγχειρητικών επιπλοκών. Τα ινομυώματα είναι η πιο συνηθισμένη ένδειξη για υστερεκτομή και αφού πραγματοποιηθεί, η διαδικασία της υστερεκτομής ανακουφίζει την ασθενή από την συμπτωματολογία. Φυσικά, για να προβούμε σε υστερεκτομή λόγω ινομυωμάτων, θα πρέπει να έχει ολοκληρωθεί η αναπαραγωγική δραστηριότητα της γυναίκας. Σε αντίθετη περίπτωση, πραγματοποιείται λαπαροσκοπική - υστεροσκοπική ινομυωματεκτομή, εμβολισμός μητριάων αρτηριών ή παρακολούθηση τους ανάλογα με τη θέση και το μέγεθος αυτών.
- Αδενομύωση: Είναι μια σχετικά συχνή παθολογία που ανακαλύπτεται σε πολύτοκες γυναίκες μεταξύ 40 και 50 ετών. Οριστική θεραπεία της συμπτωματικής γυναίκας είναι η υστερεκτομή. Η λαπαροσκοπική υστερεκτομή έχει ένδειξη όταν οι άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις αποτυγχάνουν (Κουβελάς και συν., 2012).

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

1.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ –ΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

1.1.Συνέντευξη

Κατά τη διάρκεια της πρώτης επίσκεψης της γυναίκας, θα της ζητηθεί να συμπληρώσει ένα έντυπο με βιογραφικά και άλλα προσωπικά στοιχεία προτού συναντήσει τον εξεταστή. Η νοσηλεύτρια/μαία είναι συνήθως αρμόδια να διαβεβαιώσει την καταγραφή του ονόματος της γυναίκας, της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, της φυλής, της εθνικότητας, της διεύθυνσης, των τηλεφώνων, του επαγγέλματος και της ημερομηνίας της επίσκεψης. Η συνέντευξη θα πρέπει να διεξάγεται χωρίς βιασύνη σε απομονωμένο, άνετο και ήρεμο περιβάλλον. Η νοσηλεύτρια απευθύνεται στη γυναίκα χρησιμοποιώντας τον τίτλο και το όνομα της και συστήνεται με τον ίδιο τρόπο. Είναι σημαντικό οι ερωτήσεις να συντάσσονται με ευγένεια και χωρίς επικριτική διάθεση. Το πολιτισμικό υπόβαθρο της γυναίκας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε περίπτωση που χρειάζεται να γίνουν αλλαγές στον τρόπο της εξέτασης. Για παράδειγμα, μπορεί να προτιμηθεί μια γυναίκα εξεταστής ή μπορεί να μην επιτρέπεται στη γυναίκα να γδυθεί για την εξέταση (Lowdermilk & Shannon, 2013).

Η νοσηλεύτρια αναγνωρίζει πόσο ευάλωτη μπορεί να είναι μια γυναίκα και τη διαβεβαιώνει για την αυστηρή τήρηση εχεμύθειας. Πολλές γυναίκες δεν είναι ενημερωμένες, καθοδηγούνται λανθασμένα από μύθους ή φοβούνται ότι θα φανούν αμαθείς εάν θέσουν ερωτήματα σχετικά με τη σεξουαλική ή αναπαραγωγική λειτουργία. Η γυναίκα διαβεβαιώνεται ότι καμία ερώτηση δεν είναι άσχετη. Το ιστορικό ξεκινά με μια ερώτηση ανοικτού τύπου, όπως: «Τι σας φέρνει σήμερα σε αυτή το γραφείο /σε αυτή την κλινική/ σε αυτό το νοσοκομείο; Κάτι άλλο; Μιλήστε μου γι' αυτό» (Lowdermilk & Shannon, 2013).

1.2.Ιστορικό Υγείας και Ανασκόπηση Συστημάτων

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης η νοσηλεύτρια με συγκεκριμένες ερωτήσεις λαμβάνει πληροφορίες για το ιστορικό της γυναίκας:

1.Προσωπικά δεδομένα

- Όνομα, ηλικία, φυλή, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, θρησκεία και εθνικότητα.
- Λόγος αναζήτησης φροντίδας υγείας:
- Απάντηση στο ερώτημα: «Ποιο πρόβλημα ή σύμπτωμα σας έκανε να έρθετε εδώ σήμερα;» Εάν η γυναίκα απαριθμήσει περισσότερους από ένα λόγους, επικεντρωθείτε σε αυτόν που θεωρεί σημαντικότερο (Lowdermilk & Shannon, 2013).

2.Παρούσα κατάσταση υγείας

Η παρούσα κατάσταση της υγείας περιγράφεται με προσοχή στα εξής:

- Άσκηση και δραστηριότητες αναψυχής: Συχνότητα
- Πρότυπα ύπνου: διάρκεια και ποιότητα
- Σεξουαλικότητα: Είναι σεξουαλικά ενεργή; Με άνδρες, γυναίκες, ή και τα δύο; Σεξουαλικές πρακτικές για μείωση του κινδύνου;
- Δίαιτα
- Νικοτίνη, αλκοόλ, χρήση απαγορευμένων ουσιών ή ναρκωτικών: τύπος, ποσότητα, συχνότητα, διάρκεια και αντιδράσεις.
- Περιβαλλοντικοί και χημικοί κίνδυνοι: σπίτι, σχολείο, εργασιακό περιβάλλον και περιβάλλον αναψυχής (Lowdermilk & Shannon, 2013).

3.Ιστορικό παρούσας νόσου

Μια χρονολογική αφήγηση, η οποία περιλαμβάνει την έναρξη του προβλήματος, τις συνθήκες κάτω από τις οποίες αναπτύχθηκε, τις εκδηλώσεις του, καθώς και εάν έχει ληφθεί κάποιου είδους θεραπεία. Καταγράφεται η κατάσταση της υγείας της γυναίκας πριν την έναρξη του παρόντος προβλήματος. Αν το πρόβλημα είναι χρόνιο,

γίνεται προσπάθεια ανίχνευσης της αιτίας για την οποία αναζητήθηκε φροντίδα αυτή τη στιγμή. Τα κύρια συμπτώματα θα πρέπει να περιγραφούν ως εξής:

- Εντόπιση
- Ποιότητα ή χαρακτήρας
- Ποσότητα ή σοβαρότητα
- Χρόνος (έναρξη, διάρκεια, συχνότητα)
- Συνθήκες
- Παράγοντες που συντελούν στην επιδείνωση ή στην ανακούφιση
- Σχετιζόμενοι παράγοντες
- Αντίληψη της γυναίκας σχετικά με την έννοια του συμπτώματος (Lowdermilk & Shannon, 2013).

4. Προηγούμενο ιατρικό ιστορικό

- Λοιμώδη νοσήματα: ιλαρά, παρωτίτιδα, ερυθρά, κοκκύτης, ανεμοβλογιά, ρευματικός πυρετός, οστρακιά, διφθερίτιδα, πολιομυελίτιδα, φυματίωση, ηπατίτιδα.
- Χρόνια νοσήματα και συστηματικές διαταραχές: αρθρίτιδα, καρκίνος, σακχαρώδης διαβήτης, νοσήματα της καρδιάς, των πνευμόνων, των νεφρών, επιληπτικές κρίσεις, θυρεοειδοπάθεια, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, έλκη, δρεπανοκυτταρική αναιμία.
- Τραυματισμοί κατά την ενηλικίωση, ατυχήματα.
- Νοσηλείες, χειρουργικές επεμβάσεις, μεταγγίσεις αίματος.
- Μαιευτικό ιστορικό.
- Αλλεργίες: φαρμακευτική αγωγή, προηγούμενες αντιδράσεις σε μετάγγιση και αλλεργίες στο περιβάλλον (Lowdermilk & Shannon, 2013).

5.Τελευταία ημερομηνία προσυμπτωματικού ελέγχου

- επίχρισμα κατά Παπανικολάου,
- μαστογραφία,
- έλεγχος κοπράνων για παρουσία αίματος, σιγμοειδοσκόπηση, κολονοσκόπηση,
- αιματοκρίτης, αιμοσφαιρίνη, τίτλος αντισωμάτων ερυθράς, ανάλυση ούρων, έλεγχος χοληστερόλης, ηλεκτροκαρδιογράφημα,
- τελευταία οφθαλμολογική και
- οδοντιατρική εξέταση και τελευταία εξέταση ακοής (Lowdermilk & Shannon, 2013).

6.Οικογενειακό ιστορικό

- Πληροφορίες σχετικά με την ηλικία και την κατάσταση της υγείας των μελών της οικογένειας μπορούν να παρουσιάζονται με αφηγηματικό τρόπο ή με τη μορφή γενεαλογικού διαγράμματος: ηλικία, υγεία ή θάνατος των γονέων, αδελφών, συζύγου, παιδιών.
- Έλεγχος για ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη, καρδιακής νόσου, υπέρτασης, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, προβλημάτων με το αναπνευστικό σύστημα, τους νεφρούς και το θυρεοειδή, καρκίνου, αιματολογικών διαταραχών, ηπατίτιδας, αλλεργιών, άσθματος, αρθρίτιδας, φυματίωσης, επιληψίας, ψυχικής νόσου, λοίμωξης από τον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου ή άλλων διαταραχών.
- Έλεγχος για κακοποίηση: την έχουν ποτέ χτυπήσει, κλοπήσει, χαστουκίσει ή την έχουν αναγκάσει να περιέλθει σε συνουσία χωρίς τη συγκατάθεση της; Έχει κακοποιηθεί λεκτικά ή συναισθηματικά; Υπάρχει ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική της ηλικία. Αν ναι, έχει κάνει θεραπεία ή χρειάζεται να παραπεμφθεί για θεραπεία; (Lowdermilk & Shannon, 2013).

7.Ανασκόπηση συστημάτων

Είναι πιθανό να μην περιλαμβάνονται όλες οι ερωτήσεις σε κάθε σύστημα, σε κάθε λήψη ιστορικού. Ορισμένες, όμως, ερωτήσεις που αφορούν κάθε σύστημα θα πρέπει να περιλαμβάνονται κάθε φορά. Οι βασικές περιοχές που θα πρέπει να διερευνώνται αναφέρονται σε αυτό που ονομάζουμε εξέταση από το κεφάλι μέχρι τα κάτω άκρα. Εάν η γυναίκα δώσει καταφατική απάντηση σε μια ερώτηση σχετικά με μια σημαντική περιοχή, θα πρέπει τότε να γίνονται περισσότερο λεπτομερείς ερωτήσεις.

- Γενικά: μεταβολή σωματικού βάρους, κόπωση, αδυναμία, πυρετός, ρίγη ή νυχτερινή εφίδρωση.
- Δέρμα: αλλαγές στο δέρμα, στα μαλλιά και στα νύχια. Κνησμός, εκχυμώσεις, αιμορραγία, εξανθήματα, έλκη, διογκώσεις ή σπίλοι.
- Λεμφαδένες: διόγκωση, φλεγμονή, άλγος, πύον ή παροχέτευση.
- Κεφάλι: τραύμα, ίλιγγος (ζάλη), σπασμοί, συγκοπή (λιποθυμία), κεφαλαλγία: εντόπιση, συχνότητα, τύπος άλγους, ναυτία και έμετος, ή συμπτώματα από τα μάτια.
- Μάτια: γυαλιά όρασης, φακοί επαφής, θολότητα, δακρύρροια, κνησμός, φωτοφοβία, διπλωπία, φλεγμονή, τραυματισμός, καταρράκτης, γλαύκωμα, ή οξεία απώλεια όρασης.
- Αυτιά: απώλεια ακοής, βόμβος, ίλιγγος, έκκριση, άλγος, αίσθημα πληρότητας, υποτροπιάζουσες λοιμώξεις, ή μαστοειδίτιδα.
- Μύτη και ιγμόρεια: τραύμα, ρινίτιδα, ρινική έκκριση, επίσταξη, απόφραξη, φτάρνισμα, κνησμός, αλλεργία ή διαταραχή της όσφρησης.
- Στοματική κοιλότητα, φάρυγγας, και τράχηλος: βρόγχος φωνής, αλλαγές της φωνής, άλγος, έλκη, αιμορραγικά ούλα, τερηδόνα, οίδημα ή διόγκωση των αδένων.
- Μαστοί: μάζες, άλγος, όζοι, εισολκή, έκκριση από τη θηλή, ινοκυστικές αλλαγές ή εμφυτεύματα, αυτοεξέταση μαστού.

- Αναπνευστικό: δύσπνοια, συριγμός, βήχας, πτύελα, αιμόπτυση, πνευμονία, πλευρίτιδα, άσθμα, βρογχίτιδα, εμφύσημα ή φυματίωση. Ημερομηνία τελευταίας ακτινογραφίας θώρακα.
- Καρδιαγγειακό: υπέρταση, ρευματικός πυρετός, φύσημα, στηθάγχη, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία, δύσπνοια, ορθόπνοια, οίδημα, άλγος στο στήθος, βήχας, κυάνωση, παγωμένα άκρα, ασκίτης, διαλείπουσα χωλότητα (άλγος στη γαστροκνημία λόγω κακής αιμάτωσης των μυών του κάτω άκρου), φλεβίτιδα ή αλλαγές του χρώματος του δέρματος.
- Γαστρεντερικό: όρεξη, ναυτία, έμετος, δυσπεψία, δυσφαγία, κοιλιακό άλγος, έλκη, αιματηρά κόπρανα, μέλαινες κενώσεις (μαύρα κόπρανα σαν πίσσα), αλλαγές των εντερικών συνηθειών, διάρροια, δυσκοιλιότητα, συχνότητα κινητικότητας του εντέρου, δυσανεξία σε τροφές, αιμορροΐδες, ίκτερος ή ηπατίτιδα. Σιγμοειδοσκόπηση, κολονοσκόπηση, βαριούχος υποκλυσμός ή υπερηχογράφημα.
- Ουροποιογεννητικό: συχνότητα, διακεκομένη ούρηση, επιτακτική ούρηση, πολουρία, δυσουρία, αιματουρία, νυκτουρία, ακράτεια, λίθοι, λοίμωξη ή ουρηθρική έκκριση.
- Εμμηνορρυσιακό ιστορικό (π.χ., ηλικία εμμηναρχής, διάρκεια και ροή έμμηνης ρύσης, τελευταία εμμηνορρυσία, δυσμηνόρροια, μεσοκυκλική αιμορραγία, ηλικία εμμηνόπαυσης ή σημεία εμμηνόπαυσης), δυσπαρεύνια, έκκριση, πληγές, κνησμός.
- Σεξουαλική υγεία και σεξουαλική δραστηριότητα: με άνδρες, με γυναίκες ή και με τα δύο, λήψη αντισυλληπτικών, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Περιφερικό αγγειακό σύστημα: αίσθημα ψύχους, αιμωδίες και κνησμός, οίδημα κάτω άκρων, χωλότητα, φλεβικοί κιρσοί, θρομβώσεις ή έμβολα.
- Ενδοκρινικό: δυσανεξία στο κρύο και στη ζέστη, ξηρό δέρμα, υπερβολική εφίδρωση, πολουρία, πολιδipsία, πολυφαγία, διαταραχές του θυρεοειδούς, σακχαρώδης διαβήτης, ή μεταβολές των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου.

- Αιμοποιητικό: αναιμία, συχνές εκχυμώσεις, αιμορραγία, πετέχειες, πορφύρα, ή μεταγγίσεις.
- Μυοσκελετικό: μυϊκή αδυναμία, άλγος, δυσκαμψία των αρθρώσεων, σκολίωση, λόρδωση, κύφωση, αστάθεια μεταβαλλόμενη με την κίνηση. Ερυθρότητα, οίδημα, αρθρίτιδα ή ουρική αρθρίτιδα.
- Νευρικό: απώλεια αισθήσεων, αιμωδία, μυρμηκίαση, τρόμος, ίλιγγος, αδυναμία, παράλυση, λιποθυμία, τινάγματα, σκοτοδίνες, κρίσεις, σπασμοί, απώλεια συνείδησης ή μνήμης.
- Ψυχική υγεία: μεταβολές στη διάθεση, κατάθλιψη, άγχος, εμμονές, παραλήρημα, ψευδαισθήσεις, ή παραισθήσεις.
- Λειτουργικότητα: ικανότητα του ασθενούς να φροντίζει τον εαυτό του (Lowdermilk & Shannon, 2013).

2.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ –ΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

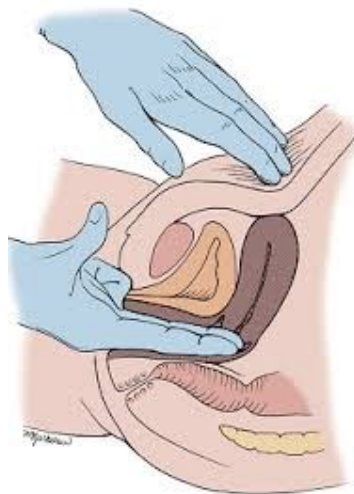
Πολλές γυναίκες τρομοκρατούνται από το γυναικολογικό μέρος της κλινικής εξέτασης. Η μαία σε αυτή την περίπτωση μπορεί να προσεγγίσει τη γυναίκα και να τη βοηθήσει να συνεργαστεί με τον ιατρό. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να προετοιμαστεί η έφηβη για την πρώτη της εξέταση με κολποδιαστολέα, καθώς θα διαμορφώσει μια εικόνα που θα την ακολουθεί και στις επόμενες εξετάσεις της. Θα πρέπει να συζητείται με την έφηβη το περιεχόμενο της εξέτασης, όσο εκείνη είναι ακόμα ντυμένη. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν υποδείγματα ή εικόνες για να δει η έφηβη τι ακριβώς πρόκειται να συμβεί. Τα εργαλεία που είναι απαραίτητα θα πρέπει να είναι συγκεντρωμένα ώστε να μην υπάρξει καμιά διακοπή κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι παιδιατρικοί κολποδιαστολείς (ή μητροσκόπια), που έχουν πλάτος 1-1,5 εκ. και προκαλούν ελάχιστη δυσφορία κατά την είσοδο τους στον κόλπο. Αν η έφηβη έχει σεξουαλική δραστηριότητα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί κολποδιαστολέας ενηλίκων μικρού μεγέθους. Ζητήστε από τη γυναίκα να ουρήσει πριν από την έναρξη της εξέτασης. Η ούρηση ελαττώνει την ενόχληση που προκαλεί η εξέταση στη γυναίκα και διευκολύνει την ψηλάφηση των πυελικών οργάνων. Η γυναίκα υποβοηθείται να ξαπλώσει σε θέση λιθοτομής. Στη θέση λιθοτομής η γυναίκα κάμπει τους μηρούς και τα γόνατα, ακουμπώντας τους γλουτούς στην άκρη της εξεταστικής κλίνης, ενώ τα πόδια της στηρίζονται στους αναβολείς γονάτων ή πελμάτων (Lowdermilk & Shannon, 2013).

Η νοσηλεύτρια:

- Πλένει τα χέρια και συγκεντρώνει τον απαραίτητο εξοπλισμό
- Ζητά από τη γυναίκα να αδειάσει την κύστη της πριν από την εξέταση.
- Βοηθά τη γυναίκα με τεχνικές χαλάρωσης. Ζητά να τοποθετήσει τα χέρια της στο θώρακα περίπου στο επίπεδο του διαφράγματος και να αναπνέει βαθιά και αργά.

- Ενθαρρύνει τη γυναίκα να συμμετάσχει στην εξέταση αν δείξει ενδιαφέρον. Για παράδειγμα, μπορεί να τοποθετηθεί ένας καθρέφτης σε σημείο που να μπορεί να βλέπει την εξεταζόμενη περιοχή.
- Ζεστάνει τον κολποδιαστολέα σε ζεστό νερό, αν δεν υπάρχει προθερμασμένος.
- Φορά γάντια και βοηθά τον εξεταστή στη συλλογή δειγμάτων για την κυτταρολογική εξέταση, όπως είναι η δοκιμασία κατά Παπανικολάου.
- Βοηθά τη γυναίκα μετά την ολοκλήρωση της εξέτασης να καθίσει και στη συνέχεια να σηκωθεί όρθια.
- Φροντίζει για την τοπική καθαριότητα της γυναίκας.
- Εξασφαλίζει στη γυναίκα έναν ιδιαίτερο χώρο την ώρα που ντύνεται (Lowdermilk & Shannon, 2013).

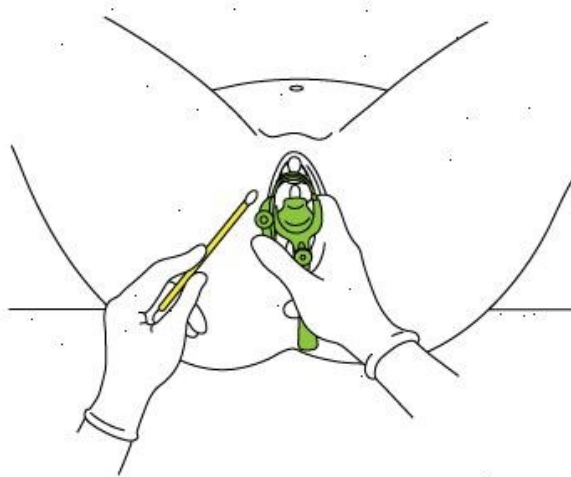
Ο εξεταστής κάθεται στο άκρο της κλίνης για την επισκόπηση των έξω γεννητικών οργάνων αλλά και για την επισκόπηση με τους κολποδιαστολείς. Προκειμένου να υπάρξει ανοιχτή επικοινωνία και να βοηθηθεί η γυναίκα να χαλαρώσει, θα πρέπει να ανυψωθεί το κεφάλι της με ένα μαξιλάρι και να τοποθετηθεί η κουρτίνα κατάλληλα ώστε να διατηρείται η οπτική επαφή. Διατηρώντας καλό φωτισμό, ελέγχονται τα έξω γεννητικά όργανα για ωριμότητα των χαρακτηριστικών του φύλου και, κατόπιν, η κλειτορίδα, τα χείλη και το περίνεο. Μετά από τοκετό ή άλλου είδους τραυματισμό ενδέχεται να υπάρχουν ουλές (Lowdermilk & Shannon, 2013).



Εικόνα 16. Αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση

Ο εξεταστής συνεχίζει την εξέταση εκτελώντας ψηλάφηση και επισκόπηση. Για την εκτίμηση αυτή φορά γάντια πριν αγγίξει τη γυναίκα εξηγεί τι πρόκειται να ακολουθήσει και τι αναμένεται να νιώσει η γυναίκα (π.χ. πίεση). Ο εξεταστής μπορεί να αγγίξει τη γυναίκα σε μια λιγότερο ευαίσθητη περιοχή, όπως είναι η εσωτερική επιφάνεια του μηρού, προκειμένου να την ειδοποιήσει ότι αρχίζει η εξέταση των γεννητικών οργάνων. Η χειρονομία αυτή καθησυχάζει τη γυναίκα. Αρχικά διαχωρίζονται τα χείλη για να εκτεθούν οι δομές που βρίσκονται στον πρόδομο: στόμιο της ουρήθρας, αδένες του Skene, είσοδος του κόλπου και Βαρθολίνειοι αδένες. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης, ο εξεταστής λαμβάνει υπόψη τα στοιχεία από την ανασκόπηση των συστημάτων όπως είναι το ιστορικό για αίσθημα καύσου κατά την ούρηση (Lowdermilk & Shannon, 2013).

Ακολουθεί η είσοδος του κόλπου. Οποιαδήποτε διόγκωση του προσθίου τοιχώματος (κυστεοκήλη, ουρηθροκήλη) και του οπισθίου τοιχώματος (ορθοκήλη) σημειώνεται και συγκρίνεται με το ιστορικό, όπως η δυσκολία κατά την έναρξη της ούρησης ή η δυσκοιλιότητα. Το περίνεο (η περιοχή μεταξύ του κόλπου και του πρωκτού) ελέγχεται για τον εντοπισμό ουλών από παλαιές ρήξεις ή περινεοτομίες, καθώς και για λέπτυνση, συρίγγια, μάζες, αλλοιώσεις και λοίμωξη. Ο πρωκτός ελέγχεται για αιμορροΐδες, και για την ακεραιότητα του σφιγκτήρα του. Σε όλη τη διάρκεια της εξέτασης των γεννητικών οργάνων, ο εξεταστής σημειώνει την οσμή. Η παρουσία οσμής υποδηλώνει λοίμωξη ή κακή υγιεινή (Lowdermilk & Shannon, 2013).



Εικόνα 17. Τοποθέτηση κολποδιαστολέα

Ακολουθεί η τοποθέτηση του κολποδιαστολέα. Ο κολποδιαστολέας αποτελείται από δύο βραχίονες και μία λαβή και διατίθεται σε ποικιλία τύπων και σχημάτων. Χρησιμοποιείται για την επισκόπηση των κολπικών θόλων και του τραχήλου. Τοποθετείται απαλά στον κόλπο και προωθείται προς τον οπίσθιο κολπικό θόλο. Οι βραχίονες του κολποδιαστολέα ανοίγουν αποκαλύπτοντας τον τράχηλο και κλειδώνουν σε μια ανοιχτή θέση. Ο τράχηλος επισκοπείται αναφορικά με τη θέση και την εμφάνιση του στομίου: χρώμα, αλλοιώσεις, αιμορραγία και εκκρίσεις. Τα ευρήματα του τραχήλου που δεν βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά όρια περιλαμβάνουν τα έλκη, τις μάζες, τη φλεγμονή και την υπερβολική προβολή μέσα στον κολπικό θόλο. Καταγράφονται οι ανωμαλίες του τραχήλου (Lowdermilk & Shannon, 2013).

3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ –ΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

3.1.Περιεγχειρητική νοσηλευτική

Η Περιεγχειρητική Νοσηλευτική αποτελεί ειδικότητα της Νοσηλευτικής με πολλές υποειδικότητες και εστιάζεται σε ασθενείς που χρήζουν χειρουργικής επέμβασης ή σε άλλης επεμβατικής διαδικασίας (Κουτελέκος, 2012).

Οι Περιεγχειρητικοί Νοσηλευτές εργάζονται στενά με τους χειρουργούς, αναισθησιολόγους, τεχνολόγους και άλλους επαγγελματίες υγείας, παρέχοντας προεγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα κυρίως στο χώρο του χειρουργείου. Παράλληλα, οι Περιεγχειρητικοί νοσηλευτές επιτελούν διάφορους ρόλους, συμπεριλαμβανομένων του Νοσηλευτή κυκλοφορίας, του Νοσηλευτή αναισθησιολογίας, του Νοσηλευτή προνάρκωσης και ανάνηψης, του Νοσηλευτή περιεγχειρητικού καθαρισμού, του Νοσηλευτή προεγχειρητικής ετοιμασίας ή ακόμα και του διευθυντή χειρουργικού τμήματος. Σε ειδικές περιπτώσεις, στο αντικείμενο της Περιεγχειρητικής φροντίδας μπορεί να εντάσσονται και μερικοί άλλοι τομείς, όπως νοσηλεία μιας ημέρας, ενδοσκοπήσεις, αποστείρωση, επεμβατική ακτινολογία και διαχείριση πόνου. Η πολυπλοκότητα των ρόλων συνιστά πρόκληση στην ανάπτυξη αρμοδιοτήτων του Περιεγχειρητικού Νοσηλευτή (Κουτελέκος, 2012).

Η θέση του Περιεγχειρητικού Νοσηλευτή απαιτεί κλινική εμπειρία, επαγγελματικές και διαπροσωπικές, επικοινωνιακές δεξιότητες, τις οποίες εφαρμόζει

βασιζόμενος σε ηθικές συνιστώσες προκειμένου να παρέχει ολιστική Περιεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα (Κουτελέκος, 2012).

Η περιεγχειρητική νοσηλευτική αποτελεί ένα εξειδικευμένο πεδίο της νοσηλευτικής πρακτικής. Καλύπτει και τις τρεις φάσεις της νοσηλείας του χειρουργικού ασθενούς: την προεγχειρητική, τη διεγχειρητική και τη μετεγχειρητική. Η προεγχειρητική φάση αρχίζει όταν λαμβάνεται η απόφαση για χειρουργική επέμβαση και τελειώνει όταν ο ασθενής μεταφέρεται στη χειρουργική αίθουσα. Η διεγχειρητική φάση αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής θα βρεθεί στο χειρουργείο και τελειώνει με τη μεταφορά του στη μονάδα μετα-αναισθητικής φροντίδας ή αλλιώς αίθουσα ανάνηψης. Η μετεγχειρητική φάση αρχίζει με την εισαγωγή του ασθενούς στην αίθουσα ανάνηψης και τελειώνει με την πλήρη ανάρρωση του ασθενούς από τη χειρουργική επέμβαση (Lemone & Burke, 2013).

3.2.Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

3.2.1. Σκοπός

Σκοπός της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

- Η καλύτερη δυνατή εξασφάλιση ψυχολογικής, σωματικής και φυσικής προεγχειρητικής κατάστασης του αρρώστου.
- Η ελάττωση του κινδύνου των λοιμώξεων με την μείωση των πηγών μόλυνσης και ενίσχυση της αντίστασης του οργανισμού του αρρώστου.
- Η πρόληψη επιπλοκών και η επιτάχυνση της ανάρρωσης του (Αθανάτου, 2010).

3.2.2.Ψυχολογική προετοιμασία

Η χειρουργική επέμβαση, οποιαδήποτε και αν είναι, προκαλεί κάποιο stress στον άρρωστο, το οποίο όσο πιο έντονο είναι τόσο περισσότερο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ομαλή λειτουργία του όλου οργανισμού. Συνήθως η ανησυχία και η αγωνία του αρρώστου προέρχεται από φόβο για:

- Το άγνωστο περιβάλλον των ανθρώπων, των συσκευών και μηχανημάτων.

- Τη νάρκωση και τον πόνο.
- Τη σκέψη για μια πιθανή αναπηρία μόνιμη ή παροδική, την απώλεια εργασίας του, τις ανάγκες συντήρησης της οικογένειας του.
- Το αίσθημα της ασφάλειας και του θανάτου.

Τα παραπάνω συναισθήματα εκδηλώνονται με διάφορους τρόπους, με ανησυχία, με σιωπή και εσωτερίκευση ή και με ατέλειωτες ερωτήσεις και απορίες. Οι νοσηλευτές καλούνται να ανταποκριθούν στα παραπάνω και να συμπεριφερθούν με κρίση, σύνεση, στοργή, ενδιαφέρον και κατανόηση. Να ακούσουν περισσότερο και λιγότερο να μιλήσουν. Να δώσουν λογικές πληροφορίες και εξηγήσεις στα πλαίσια της αρμοδιότητος τους. Έτσι θα μειωθεί η ανησυχία και το άγχος, θα εμπνεύσουν το αίσθημα της ασφάλειας και θα πετύχουν καλύτερη συνεργασία (Αθανάτου, 2010).

3.2.3. Συγκατάθεση του αρρώστου

Πριν από κάθε επέμβαση απαιτείται συγκατάθεση του αρρώστου ή των συγγενών του. Συγχρόνως δίδονται πληροφορίες από το γιατρό για πιθανές επιπλοκές. Ο άρρωστος είναι σωστό και ασφαλές να υπογράψει σε ειδικό έντυπο εφόσον είναι ενήλικας και έχει πνευματική διαύγεια. Σε περίπτωση ανήλικα ή ασθενούς π.χ. σε κωματώδη κατάσταση υπογράφει μέλος της οικογένειας του. Σε επείγουσες καταστάσεις που απειλείται η ζωή του πάσχοντα η επέμβαση γίνεται χωρίς την παραπάνω διαδικασία. Και σ' αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να επιδιώκεται κάποια επικοινωνία, αν υπάρχει δυνατότητα (Αθανάτου, 2010).

3.2.4. Διδασκαλία του αρρώστου

Οι νοσηλευτές έχουν δυνατότητα διδασκαλίας σε ποικιλία περιπτώσεων μια από τις οποίες είναι και η προεγχειρητική περίοδος. Σ' αυτή δεν αρκεί για τον άρρωστο μια τυπική πληροφόρηση. Οι νοσηλευτές χρειάζεται να διαθέτουν γνώσεις, ενδιαφέρον, στοργή και αγάπη για να προετοιμάσουν σωστά τον άρρωστο. Στη διδασκαλία περιλαμβάνονται:

- Ενημέρωση για την ετοιμασία του δέρματος, καθαρισμό υποκλυσμό, λήψη υγρών, τροφής που αφορούν την προηγουμένη της επέμβασης και ό,τι σχετικό για την ημέρα της επέμβασης.

- Σύσταση και επίδειξη πως να παίρνει βαθιές αναπνοές και να βήχει για την πρόληψη πνευμονικών επιπλοκών, ιδιαίτερα τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες (Αθανάτου, 2010).

3.2.5. Προετοιμασία της προηγούμενης ημέρας

Η προετοιμασία του αρρώστου της προηγούμενης ημέρας της επέμβασης παρουσιάζει ορισμένες διαφορές στα νοσοκομεία και τις χειρουργικές επεμβάσεις. Η γενική αρχή όμως παραμένει η ίδια. Δηλαδή μας ενδιαφέρει ο άρρωστος να είναι καθαρός εσωτερικά (έντερο) και εξωτερικά (δέρμα) και να τον διατηρήσουμε όσο γίνεται ήρεμο και ξεκούραστο. Επιδιώκουμε την εξάλειψη των πηγών μόλυνσης με την ατομική υγιεινή, την τήρηση της ασηψίας του εγχειρητικού πεδίου καθώς και την ελαχιστοποίηση άλλων παραγόντων που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση προβλημάτων και επιπλοκών. Οι ιατρικές οδηγίες γράφονται έγκαιρα για την έγκαιρη εφαρμογή τους ανάλογα με την περίπτωση. Σε μερικά νοσοκομεία είναι έντυπες και αλλάζουν σε ειδικές περιπτώσεις.

- Καθαρισμός υποκλυσμός. Γίνεται το απόγευμα της προηγούμενης της επέμβασης με σκοπό τον καθαρισμό του εντέρου. Διαφορετικά είναι δυνατόν με τη νάρκωση, η οποία προκαλεί μυϊκή χάλαση, να έχει ο άρρωστος ακούσια κένωση πάνω στο χειρουργικό τραπέζι με δυσμενή επακόλουθα. Με τον υποκλυσμό προλαμβάνεται η συλλογή αερίων και επομένως η μετεγχειρητική διάταση του εντέρου. Υπάρχει τάση γενικά σήμερα και ιδιαίτερα σε ειδικές περιπτώσεις να χορηγείται καθαριστικό αντί υποκλυσμού (Αθανάτου, 2010).
- Ετοιμασία δέρματος του εγχειρητικού πεδίου. Είναι η αποτρίχωση (ξύρισμα) και η τοπική αντισηψία, που γίνεται μετά το λουτρό καθαριότητας (στο τμήμα ή στο χειρουργείο). Σκοπός της είναι η κατά το δυνατόν απαλλαγή του δέρματος από μικροοργανισμούς χωρίς να προκληθεί ερεθισμός ή λύση της συνέχειας του. Υπάρχουν αποτριχωτικές αλοιφές, που μπορεί να χρησιμοποιηθούν, αν είναι σύστημα της κλινικής (Αθανάτου, 2010).
- Ατομική υγιεινή. Οι περισσότεροι άρρωστοι που μπαίνουν στο νοσοκομείο να χειρουργηθούν είναι περιπατητικοί και μπορούν να φροντίσουν τον εαυτόν τους. Χρειάζονται όμως ορισμένες εξηγήσεις για να καταλάβουν τη σημασία

της προετοιμασίας και να συνεργασθούν με τους νοσηλευτές. Η ατομική υγιεινή περιλαμβάνει το λουτρό καθαριότητας, λούσιμο κεφαλής, φροντίδα στόματος και νυχιών. Αν ο άρρωστος είναι κλινήρης και δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, οι παραπάνω νοσηλείες γίνονται από τους νοσηλευτές στο κρεβάτι του (Αθανάτου, 2010).

- Διατροφή. Την προηγούμενη ημέρα ο άρρωστος παίρνει συνήθως ελαφρά τροφή και 6-8 ώρες πριν την επέμβαση τίποτα από το στόμα. Το άδειο στομάχι μειώνει την πιθανότητα διάτασης του και εισρόφησης κατά και μετά την αναισθησία. Πολύ αφυδατωμένα άτομα ενισχύονται με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών αν δεν μπορούν να πάρουν από το στόμα (Αθανάτου, 2010).
- Ανάπαυση - ύπνος. Και τα δύο είναι απαραίτητα για την υγεία και ευεξία του ανθρώπου. Η έλλειψη τους προκαλεί συμπτώματα κόπωσης. Καταστάσεις που προκαλούν ψυχική ένταση και άγχος όπως μια χειρουργική επέμβαση μειώνουν την ικανότητα του ατόμου να χαλαρώσει, να αναπαυθεί και να κοιμηθεί. Γι' αυτό το βράδυ της παραμονής της επέμβασης χορηγείται κάποιο ηρεμιστικό - υπνωτικό φάρμακο για εξασφάλιση καλού ύπνου. Εκτός αυτού οι νοσηλευτές φροντίζουν για την πρόληψη θορύβων, μείωση φωτός και απομάκρυνση επισκεπτών για τον ίδιο σκοπό (Αθανάτου, 2010).

3.2.6. Προετοιμασία την ημέρα της επέμβασης

- Νηστεία. Τίποτα από το στόμα περίπου 6-8 ώρες για τους γνωστούς λόγους.
- Ταυτότητα. Για την πρόληψη λάθους τοποθετείται ταυτότητα στο χέρι του αρρώστου με ονοματεπώνυμο και την κλινική που νοσηλεύεται, η οποία ελέγχεται στο χειρουργείο για τον ίδιο λόγο.
- Λήψη ζωτικών σημείων. Η λήψη τους προηγείται ως βασικό κριτήριο της γενικής κατάστασης του αρρώστου. Σε περίπτωση προβλήματος π.χ. πυρετού, οι νοσηλευτές αναφέρονται στο υπεύθυνο γιατρό για να ληφθεί ανάλογη απόφαση.

- Φακοί επαφής - γυαλιά. Φακοί ή γυαλιά αφαιρούνται γιατί μπορεί να σπάσουν και να τραυματίσουν τον άρρωστο αλλά και για τον εύκολο έλεγχο της κόρης του ματιού κυρίως κατά τη νάρκωση.
- Αφαίρεση κοσμημάτων και οδοντοστοιχίας. Αφαιρούνται και παραδίδονται στους οικείους για να μη χαθούν, διαφορετικά καταγράφονται, υπογράφει ο άρρωστος και παραδίδονται στην προϊσταμένη για φύλαξη.
- Νύχια - χείλη. Βαμμένα νύχια και χείλη καθαρίζονται, διότι κατά την εγχείρηση γίνεται έλεγχος από τα σημεία αυτά για την καλή ή κακή οξυγόνωση του αρρώστου. Η κυάνωση των νυχιών και των χειλέων είναι κριτήριο κακής οξυγόνωσης. Ενημερώστε την άρρωστη για την αφαίρεση τους για να μην αισθανθεί δυσάρεστα.
- Κένωση κύστεως. Πριν την επέμβαση ο άρρωστος πρέπει να ουρήσει. Αν για κάποιο λόγο δεν μπορεί, συμβουλευθείτε το γιατρό μήπως θα πρέπει να γίνει καθετηριασμός κύστεως. Διότι μπορεί να κενωθεί στη χειρουργική τράπεζα λόγω μυϊκής χάλασης από τη νάρκωση ή να τρωθεί κατά την επέμβαση λόγω διάτασης.
- Προνάρκωση. Ο τρόπος της διαφέρει στα διάφορα νοσοκομεία και τις κλινικές. Μπορεί να γίνει στο χειρουργείο, ή στο τμήμα 30'-1 ώρα πριν φύγει ο άρρωστος για το χειρουργείο.
- Προεγχειρητικά δελτίο. Ο υπεύθυνος νοσηλευτής ή νοσηλεύτρια του τμήματος που ετοιμάζει τον άρρωστο για το χειρουργείο συμπληρώνει όλα τα στοιχεία στο προεγχειρητικά δελτίο. Συγχρόνως γίνεται έλεγχος αν έγιναν όλα όσα αφορούν την προετοιμασία του αρρώστου. Το συμπληρωμένο προεγχειρητικά δελτίο, το ατομικό βιβλιário, ο φάκελος ιστορικού και τα φάρμακα -αν έχει- τον συνοδεύουν στο χειρουργείο.
- Ειδική στολή χειρουργείου. Αντικαθίστανται τα ενδύματα και τα εσώρουχα του συνήθως με χειρουργικό πουκάμισο, κάλυμμα κεφαλής ή και ποδονάρια - ανάλογα με την επέμβαση- για λόγους καθαριότητας και διευκόλυνσης των χειρουργών στην επέμβαση. Η ετοιμασία γίνεται στο κρεβάτι ή στο φορείο.

- Μεταφορά αρρώστου στο χειρουργείο. Η μεταφορά του από το τμήμα στο χειρουργείο γίνεται από προσωπικό και φορείο του χειρουργείου σε ρυθμισμένη ώρα.
- Υποδοχή του αρρώστου στο χειρουργείο. Η στιγμή αυτή είναι σημαντική για τον άρρωστο. Είναι ανήσυχος και επηρεασμένος ψυχολογικά, για την επέμβαση. Οι νοσηλευτές τον υποδέχονται με καλοσύνη και ευγένεια, του μιλούν με το όνομα του, εξηγούν τυχόν απορίες, τον ενημερώνουν για το χώρο που βρίσκεται, την ώρα περίπου που θα τον πάρουν στην αίθουσα του χειρουργείου και ότι σχετικό κρίνεται απαραίτητο. Συγχρόνως ελέγχεται η ταυτότητα του, το προεγχειρητικά δελτίο, τα ζωτικά σημεία και η γενική του κατάσταση (Αθανάτου, 2010).

3.3.Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου αρχίζει μετά το τέλος της επέμβασης και φθάνει μέχρι την έξοδο του από το νοσοκομείο και την πλήρη αποκατάσταση του. Είναι μια περίοδος παρακολούθησης και φροντίδας που έχει σκοπό:

- Την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο.
- Τη διαπίστωση και αντιμετώπιση των αναγκών του.
- Την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- Την πρόληψη κατακλίσεων ή παραμορφώσεων.
- Τη βοήθεια να ανεξαρτητοποιηθεί από τη φροντίδα των άλλων το συντομότερο και να ανακτήσει τις δυνάμεις του (Αθανάτου, 2010).

3.3.1.Ο άρρωστος στην αίθουσα ανάνηψης

Μετά την επέμβαση ο άρρωστος μεταφέρεται με φορείο στην αίθουσα ανάνηψης. Σ' αυτή παραμένει μέχρι να διαπιστωθεί ότι συνήλθε από την νάρκωση και σταθεροποιήθηκαν τα ζωτικά του σημεία. Είναι χώρος εξοπλισμένος με όλα τα αντικείμενα και τις συσκευές (σφυγμομανόμετρο, ακουστικά, αναρροφητήρα,

συσκευή οξυγόνου, φάρμακα κ.ά.) για την άμεση αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών. Ο άρρωστος βρίσκεται σε συνεχή παρακολούθηση από ειδικευμένους νοσηλευτές. Με τον τρόπο αυτόν της παρακολούθησης έχουν μειωθεί ή εξαφανισθεί οι κίνδυνοι των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Οι ευθύνες του νοσηλευτή στην ανάνηψη συνοψίζονται στις παρακάτω ενέργειες:

- Σημειώνει την ώρα προσέλευσης στην ανάνηψη.
- Παίρνει και καταγράφει με ακρίβεια τα ζωτικά σημεία για τον έλεγχο της γενικής του κατάστασης.
- Φροντίζει να διατηρείται η αεροφόρος οδός ανοικτή με κατάλληλη θέση (το κεφάλι πλάγια) για την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων σε έμετο και διατήρηση αεραγωγού ή ενδοτραχειακού σωλήνα στη θέση του.
- Παρατηρεί και παρακολουθεί την ενδοφλέβια έγχυση ορού ή μετάγγιση, ρυθμό ροής, σημείο φλεβοκέντησης για να μη μετακινηθεί η βελόνα και σπάσει η φλέβα. Τις συνδέσεις και τη λειτουργία παροχετεύσεων - όταν υπάρχουν - ποσότητα και χρώμα υγρών και κατάσταση τραύματος.
- Ελέγχει τη λειτουργία συσκευής, σε χορήγηση οξυγόνου και τη θέση της μάσκας, το χρώμα των νυχιών και χειλέων για κυάνωση και του δέρματος - ψυχρό, θερμό.
- Παρακολουθεί το επίπεδο συνειδήσεως και τα ανατακλαστικά των βλεφάρων, του βήχα, της κατάποσης και γενικότερα για εμφάνιση επιπλοκών (Αθανάτου, 2010).

Όταν ο άρρωστος συνέλθει από τη νάρκωση μεταφέρεται στο νοσηλευτικό τμήμα. Κατά την απουσία του στο χειρουργείο, ετοιμάζεται το χειρουργικό κρεβάτι καθώς και το περιβάλλον του θαλάμου ανάλογα με την περίπτωση. Σε συνήθεις χειρουργικές επεμβάσεις το κρεβάτι στρώνεται όπως το απλό. Σε ειδικές περιπτώσεις γίνονται τροποποιήσεις ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου (Αθανάτου, 2010).

3.3.2.Επιστροφή του αρρώστου στο νοσηλευτικό τμήμα

Επιστρέφοντας ο άρρωστος από το χειρουργείο στη νοσηλευτική μονάδα, ο νοσηλευτής ενεργεί τα παρακάτω:

- Φροντίζει για τη μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι με ήπιες κινήσεις και συγχρονισμένο βάδισμα.
- Τακτοποιεί τον άρρωστο στην κατάλληλη για κάθε περίπτωση θέση. Κακή τοποθέτηση στο κρεβάτι συντελεί στην εμφάνιση επιπλοκών. Συνήθης θέση μετά το χειρουργείο είναι η ύπτια με το κεφάλι πλάγια για την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων και πνιγμού σε περίπτωση εμετού καθώς και πτώσεως της γλώσσας προς τα πίσω.
- Ελέγχει ζωτικά σημεία για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης, το τραύμα, τις εξωτερικές γάζες, μήπως αιμορραγεί, τις παροχετεύσεις, συνδέσεις και λειτουργία τους, το επίπεδο συνείδησης και την κίνηση των άκρων που αφορούν τη νευρολογική κατάσταση του.
- Τον προστατεύει από ρεύματα αέρα να μη κρυώσει.
- Εκτιμά τον πόνο και τη δυσφορία και φροντίζει για την ανακούφιση του.
- Παρακολουθεί την ενδοφλέβια έγχυση υγρών, το ρυθμό ροής, φροντίζει για την έγκαιρη αντικατάσταση της φιάλης. Ελέγχει το σημείο φλεβοκέντησης και αν κριθεί αναγκαίο ακινητοποιεί το χέρι προληπτικά για να μη σπάσει η φλέβα.
- Ενθαρρύνει τον άρρωστο να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει, να αλλάζει συχνά θέση για την πρόληψη επιπλοκών από το αναπνευστικό και κυκλοφορικό σύστημα.
- Τοποθετεί στο κομοδίνο χαρτοβάμβακο, νεφροειδές καθώς και το κουδούνι για να διευκολύνεται η επικοινωνία του.
- Συμβουλευεται και διεκπεραιώνει τις ιατρικές οδηγίες και οργανώνει τη νοσηλευτική φροντίδα του 24ώρου.

- Ακούει προσεκτικά τυχόν παράπονα και ενοχλήματα του και υποστηρίζει ψυχολογικά τον άρρωστο και τους συγγενείς.
- Ενημερώνει το δελτίο νοσηλείας και σημειώνει, ώρα επιστροφής από το χειρουργείο, ζωτικά σημεία, γενική κατάσταση, αν έχει ορό ή μετάγγιση, καθετήρα, παροχέτευση, οξυγόνο και ό,τι άλλο σχετικό.
- Σίτιση αρρώστου. Είναι ανάλογος με τον τύπο της επέμβασης. Συνήθως τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες (εκτός από μικροεπεμβάσεις) χορηγούνται ενδοφλέβια διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών, που συνοδεύονται με βιταμίνες, ιδιαίτερα όταν παρατείνεται η παρεντερική χορήγηση τους. Η σίτιση από το στόμα αρχίζει συνήθως από την πρώτη ημέρα με υγρά, εκτός αντένδειξης, πάντα ανάλογος με το είδος της επέμβασης και τη γενική κατάσταση του αρρώστου. Οι νοσηλευτές ενθαρρύνουν τον άρρωστο να παίρνει υγρά και τροφή για αναπλήρωση των απωλειών τους. Όσο συντομότερα αρχίζει η καλή διατροφή τόσο μειώνεται η πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών και η διάρκεια ανάρρωσης.
- Έγερση αρρώστου. Σήμερα υπάρχει η τάση να σηκώνονται έγκαιρα οι χειρουργημένοι στις πρώτες 24-48 ώρες για πρόληψη επιπλοκών από τα διάφορα συστήματα. Από το αναπνευστικό για τη βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας, πεπτικό κινητοποίηση του εντέρου, κυκλοφορικό καλή κυκλοφορία και πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας. Επίσης η έγερση του αρρώστου μειώνει τον πόνο (Αθανάτου, 2010)

3.4.Μετεγχειρητικά προβλήματα και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

3.4.1.Πόνος

Ο πόνος είναι υποκειμενικό σύμπτωμα που συνοδεύεται από δυσφορία και εμφανίζεται ως πρώτο μετεγχειρητικό σύμπτωμα. Οφείλεται στον ερεθισμό των νευρικών απολήξεων και υποδηλώνει ιστική βλάβη, λόγω της επέμβασης. Η μεγαλύτερη ένταση του σημειώνεται συνήθως μετά 12-36 ώρες από την εγχείρηση. Νοσηλευτικά μέτρα μπορεί να είναι η αξιολόγηση του πόνου, η εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος, κατάλληλη θερμοκρασίας θαλάμου, αναπαυτικής θέσης και η

χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων σύμφωνα με την ιατρική οδηγία (Αθανάτου, 2010).

3.4.2.Ναυτία - έμετοι

Αίτια μπορεί να είναι η συλλογή υγρών στο στομάχι πριν αρχίσει ο περισταλτισμός του εντέρου, η διάταση της κοιλίας λόγω των χειρισμών στα κοιλιακά όργανα κατά την επέμβαση, η χορήγηση μορφίνης, διότι σε μερικά άτομα προκαλεί εμετούς, η επίδραση της νάρκωσης ή ακόμα ψυχολογικές επιδράσεις. Ο νοσηλευτής –τρια ελέγχει την ασφάλεια του αεραγωγού κατά τον έμετο, τοποθετώντας τον ασθενή σε πλάγια θέση, ώστε να μην προκληθεί εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου. Κατά τις ιατρικές οδηγίες χορηγεί αντιεμετικά φάρμακα. Αν χρειαστεί ετοιμάζει την τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα (Αθανάτου, 2010).

3.4.3.Δίψα

Η δίψα είναι πολύ συνηθισμένο μετεγχειρητικό πρόβλημα. Μπορεί να οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων από την ατροπίνη, στην απώλεια υγρών από παροχετεύσεις, αίματος ή την αναπνοή, στην προεγχειρητική στέρηση υγρών για αρκετές ώρες. Ο νοσηλευτής –τρια εξασφαλίζει την ενυδάτωση του ασθενούς με την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, φροντίζει για την μερική αποκατάσταση της δίψας με ενυδάτωση του στόματος και των χειλιών (Αθανάτου, 2010).

3.4.4. Επίσχεση ούρων

Η κατακράτηση των ούρων μπορεί να συμβεί μετά από κάθε εγχείρηση. Μπορεί να οφείλεται σε σπασμό του σφιγκτήρα της ουρήθρας, στην ακινησία αρρώστου καθώς λόγω έλλειψης μυϊκής δραστηριότητας μειώνεται και ο τόνος των λείων μυϊκών ινών επομένως και της κύστεως, στην ύπτια θέση. Σαν τελικό μέτρο μπορεί να είναι ο καθετηριασμός της κύστεως (Αθανάτου, 2010).

3.4.5.Δυσκοιλιότητα

Μπορεί να οφείλεται σε ερεθισμό του εντέρου κατά την επέμβαση, τοπική φλεγμονή, περιτονίτιδα. Η δυσκοιλιότητα ημερών μπορεί να προκαλέσει ενσφήνωση κοπράνων - κοπρόσταση. Ο νοσηλευτής –τρια φροντίζει για την έγκαιρη έγερση του ασθενούς για την αύξηση περιστελισμού του εντέρου, εξασφαλίζει λήψη υγρών που

ενυδατώνουν τον άρρωστο και διατηρούν το περιεχόμενο του εντέρου μαλακό ή τελικά χορηγεί υπακτικά κατά τις ιατρικές οδηγίες (Αθανάτου, 2010).

EPEYNA

1.ΑΔΕΝΟΜΥΩΣΗ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Biomed Res Int. 2017;2017:2518396.

The Role of Hysteroscopy in the Diagnosis and Treatment of Adenomyosis.

Di Spiezio Sardo A, Calagna G, Santangelo F, Zizolfi B, Tanos V, Perino A, De Wilde RL.

Abstract

Uterine adenomyosis is a common gynecologic disorder in women of reproductive age, characterized by the presence of ectopic endometrial glands and stroma within the myometrium. Dysmenorrhea, abnormal uterine bleeding, chronic pelvic pain, and deep dyspareunia are common symptoms of this pathological condition. However, adenomyosis is often an incidental finding in specimens obtained from hysterectomy or uterine biopsies. The recent evolution of diagnostic imaging techniques, such as transvaginal sonography, hysterosalpingography, and magnetic resonance imaging, has contributed to improving accuracy in the identification of this pathology. Hysteroscopy offers the advantage of direct visualization of the uterine cavity while giving the option of collecting histological biopsy samples under visual control. Hysteroscopy is not a first-line treatment approach for adenomyosis and it represents a viable option only in selected cases of focal or diffuse "superficial" forms. During office hysteroscopy, it is possible to enucleate superficial focal adenomyomas or to evacuate cystic haemorrhagic lesions of less than 1.5 cm in diameter. Instead, resectoscopic treatment is indicated in cases of superficial adenomyotic nodules > 1.5 cm in size and for diffuse superficial adenomyosis.

Ο ρόλος της υστεροσκοπησης στη διάγνωση και θεραπεία της αδενομύωσης.

Περίληψη

Η αδενομύωση της μήτρας είναι μια κοινή γυναικολογική διαταραχή στις γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας, που χαρακτηρίζεται από την παρουσία έκτοπων ενδομήτριων αδένων μέσα στο μυομήτριο. Η δυσμηνόρροια, η μη φυσιολογική

αιμορραγία της μήτρας, ο χρόνιος πυελικός πόνος και η δυσπαρευνία είναι συνηθισμένα συμπτώματα αυτής της παθολογικής κατάστασης. Ωστόσο, η αδενομύωση είναι συχνά ένα τυχαίο εύρημα σε δείγματα που λαμβάνονται από υστερεκτομή ή βιοψίες της μήτρας. Η πρόσφατη εξέλιξη των τεχνικών διαγνωστικής απεικόνισης, όπως η διακολπική υπερηχογραφία, η υστεροσαλπιγγογραφία και η μαγνητική τομογραφία, συνέβαλε στη βελτίωση της ακρίβειας στην ταυτοποίηση αυτής της παθολογίας. Η υστεροσκόπηση προσφέρει το πλεονέκτημα της άμεσης απεικόνισης της κοιλότητας της μήτρας δίνοντας παράλληλα τη δυνατότητα συλλογής δειγμάτων ιστολογικής βιοψίας υπό οπτικό έλεγχο. Η υστεροσκόπηση δεν είναι μια προσέγγιση θεραπείας πρώτης γραμμής για την αδενομύωση και αντιπροσωπεύει μια βιώσιμη επιλογή μόνο σε επιλεγμένες περιπτώσεις εστιασμένων ή διάχυτων "επιφανειακών" μορφών. Κατά τη διάρκεια της υστεροσκόπησης είναι δυνατόν να προκληθούν επιφανειακά εστιακά αδενομώματα ή να εκκενωθούν κυστικές αιμορραγικές αλλοιώσεις μικρότερες από 1,5 cm σε διάμετρο. Αντ' αυτού, η ενδοσκοπική εκτομή ενδείκνυται σε περιπτώσεις επιφανειακών αδενωματικών οζιδίων > 1,5 cm σε μέγεθος και για διάχυτη επιφανειακή αδενομύωση.

Int J Gynaecol Obstet. 2015 Dec; 15(1):16-24

The evaluation of uterine artery embolization as a nonsurgical treatment option for adenomyosis.

Wang S, Meng X, Dong Y.

Abstract

OBJECTIVE:

To evaluate the safety and efficacy of uterine artery embolization (UAE) for the treatment of adenomyosis.

METHODS:

A prospective study was performed at Yuhuangding Hospital, China, between January 2012 and December 2013, enrolling premenopausal patients diagnosed with adenomyosis. All patients were treated with bilateral UAE using 500-700-μm tris-acryl gelatin microspheres. At baseline, and 3, 6, and 12 months after UAE,

magnetic resonance imaging was used to assess uterine volume and patient-assessed improvements in dysmenorrhea were recorded. Any complications and adverse events were reported.

RESULTS:

In total, 117 patients with adenomyosis were enrolled. The bilateral UAE procedure was successful in 115 (98.3%) patients, who were able to return to normal activity within 1 week of treatment. At 12-month follow-up, a median 51.0% reduction in uterine volume from baseline was recorded ($P=0.005$). Marked and moderate improvements in dysmenorrhea symptoms were reported by 64 (55.7%) and 31 (27.0%) participants, respectively. Pelvic pain of varying intensity was reported by 112 (97.4%) patients but was managed with analgesia. Persistent amenorrhea was experienced by 2 (1.7%) individuals following treatment. Patients did not encounter any new gynecologic or general complications following UAE treatment.

CONCLUSION:

UAE could be considered as a minimally invasive treatment option for patients with adenomyosis. Further research to compare the efficacy and safety of UAE with conventional hysterectomy is warranted.

Η αξιολόγηση του εμβολισμού της μητρικής αρτηρίας ως μη χειρουργική θεραπευτική επιλογή για αδενομύωση

Περίληψη

Οι Wang και συν. (2015) αξιολογούν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του εμβολισμού μητριαίας αρτηρίας για τη θεραπεία της αδενομύωσης. Σύμφωνα με τη μέθοδο οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε θεραπεία και εξετάστηκαν 3, 6, και 12 μήνες μετά τη θεραπεία με απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού για να αξιολογηθεί ο όγκος της μήτρας και να καταγράψουν επιπλοκές. Συνολικά, εντάχθηκαν 117 ασθενείς με αδενομύωση. Η θεραπεία ήταν επιτυχής σε 115 (98,3%) ασθενείς, οι οποίες ήταν σε θέση να επιστρέψουν στη φυσιολογική δραστηριότητα μέσα σε 1 εβδομάδα θεραπείας. Στους 12 μήνες παρακολούθησης, καταγράφηκε μέση μείωση στον όγκο της μήτρας από την αρχική τιμή σε ποσοστό 51,0%. Πυελικός πόνος

ποικίλης έντασης αναφέρθηκε από 112 (97,4%) ασθενείς, αλλά υποχώρησε με αναλγησία. Επίμονη αμηνόρροια βιώνεται από 2 (1,7%) άτομα μετά τη θεραπεία. Οι ασθενείς δεν αντιμετωπίζουν κανένα νέο γυναικολογικό ή γενικό πρόβλημα. Σαν συμπέρασμα δίνεται ότι η μέθοδος θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μια ελάχιστα επεμβατική θεραπευτική επιλογή για τους ασθενείς με αδενομύωση.

J Obstet Gynaecol Res. 2016 Mar;42(3):307-12.

Differences in clinical characteristics for the determination of adenomyosis coexisting with leiomyomas.

Ates S, Ozcan P, Aydin S, Karaca N.

Abstract

AIM:

The objective of the analysis was to determine the characteristics that distinguish women with adenomyosis and leiomyomas from those with leiomyoma only from a sample who underwent hysterectomy for benign uterine diseases.

METHODS:

This retrospective study was based on the analysis of medical records of 75 women with both adenomyosis and uterine leiomyomas and 218 women with leiomyomas only, diagnosed by histologic analysis of uterine specimens.

RESULTS:

Results of multivariate logistic regression analyses showed that women with both adenomyosis and leiomyomas had a higher gravity (odds ratio [OR] 1.16, 95% confidence interval [CI] 1.01-1.33) and more frequent pelvic pain (OR 0.38, 95% CI 0.21-0.7) compared with women with leiomyomas only. Postmenopausal bleeding was commonly reported in women with adenomyosis and leiomyomas. No significant difference was observed between the two groups in terms of menorrhagia and metrorrhagia and the preoperative diagnosis of prolapse.

CONCLUSIONS:

The presence of concomitant adenomyosis may cause different clinical symptomatology.

Οι διαφορές στα κλινικά χαρακτηριστικά για τον προσδιορισμό της αδενομύωσης όταν συνυπάρχει με λειομώματα

Περίληψη

Οι Ates και συν. (2016) στη μελέτη τους θέλουν να προσδιοριστούν τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν τις γυναίκες με αδενομύωση και λειομώματα από εκείνες μόνο με ινομυώματα. Η αναδρομική αυτή μελέτη βασίστηκε στην ανάλυση των ιατρικών αρχείων των 75 γυναικών τόσο με αδενομύωση και λειομώματα της μήτρας και 218 γυναίκες με μόνο λειομώματα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες με αδενομύωση και λειομώματα είχαν μεγαλύτερη βαρύτητα και πιο συχνό πυελικό πόνο σε σύγκριση με τις γυναίκες με μόνο λειομώματα. Μετεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία αναφέρθηκε συχνά σε γυναίκες με αδενομύωση και λειομώματα. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά την μηνορραγία και μητρορραγία και την προεγχειρητική διάγνωση της πρόπτωσης. Φαίνεται ότι η παρουσία της ταυτόχρονης αδενομύωσης μπορεί να προκαλέσει διαφορετική κλινική συμπτωματολογία.

Minerva Ginecol. 2018 Jun;70(3):295-302.

Adenomyosis: fertility and obstetric outcome. A comprehensive literature review.

Buggio L, Monti E, Gattei U, Dridi D, Vercellini P.

Abstract

Adenomyosis is a benign condition characterized by the presence of endometrial glands and stroma deep within the myometrium. In recent years, the potential negative impact of adenomyosis on in vitro fertilization clinical outcomes has gained momentum, as well as, the possible link of this condition with obstetrical

complications. The aim of this narrative review is to elucidate the possible association between uterine adenomyosis, infertility, and poor obstetrical outcomes. Several theories have been proposed to clarify the potential harmful impact of adenomyosis on fertility, such as a functional and structural defect of both the eutopic endometrium and the inner myometrium, an impairment of the uterine system of sperm transport, the presence of uterine dysperistalsis and of high levels of free radicals in the uterine milieu of women with the disease. Numerous studies have demonstrated that adenomyosis exerts a detrimental effect on in vitro fertilization outcomes, reducing pregnancy and live birth rates and increasing miscarriage rate. Regarding pregnancy outcomes data are scarce; however, epidemiological studies suggest that women with uterine adenomyosis could be at increased risk of numerous obstetrical complications, in particular, preterm birth and preterm premature rupture of membranes. These preliminary results are valuable for preconception and prenatal counseling of women with adenomyosis and suggest that this category of women necessitate a more cautious prenatal management than previously expected.

Αδενομύωση: γονιμότητα και μαιευτική έκβαση. Μια αναλυτική βιβλιογραφική ανασκόπηση

Περίληψη

Η αδενομύωση είναι μια καλοήθης κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενδομητρίων αδένων και στρωμάτων βαθιά μέσα στο μυομήτριο. Τα τελευταία χρόνια, η πιθανή αρνητική επίδραση της αδενομύωσης σε κλινικά αποτελέσματα in vitro γονιμοποίησης έχει αποκτήσει δυναμική, καθώς και η πιθανή σχέση αυτής της κατάστασης με μαιευτικές επιπλοκές. Σκοπός αυτής της αναλυτικής ανασκόπησης είναι να διασαφηνιστεί η πιθανή συσχέτιση μεταξύ της αδενομύωσης της μήτρας, της στειρότητας και των κακών μαιευτικών αποτελεσμάτων. Διάφορες θεωρίες έχουν προταθεί για τη διευκρίνιση των πιθανών επιβλαβών επιπτώσεων της αδενομύωσης στη γονιμότητα, όπως ένα λειτουργικό και δομικό ελάττωμα τόσο του ευτροφικού ενδομητρίου όσο και του εσωτερικού μυομητρίου, της βλάβης του συστήματος μεταφοράς σπερματοζωαρίων της μήτρας, της παρουσίας υψηλών επίπεδων ελευθέρων ριζών στο περιβάλλον της μήτρας. Πολλές μελέτες έχουν καταδείξει ότι η αδενομύωση ασκεί επιζήμια αποτελέσματα στις εκβάσεις in vitro γονιμοποίησης, μειώνοντας την εγκυμοσύνη και τα ποσοστά ζωντανών γεννήσεων και αυξάνοντας το

ποσοστό αποβολής. Όσον αφορά τα αποτελέσματα της εγκυμοσύνης, τα δεδομένα είναι λιγοστά. Ωστόσο, οι επιδημιολογικές μελέτες υποδεικνύουν ότι οι γυναίκες με αδеноμύωση της μήτρας θα μπορούσαν να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο πολυάριθμων μαιευτικών επιπλοκών, ειδικότερα πρόωρου τοκετού και πρόωρης ρήξης μεμβρανών. Αυτά τα προκαταρκτικά αποτελέσματα είναι πολύτιμα για την την προγεννητική συμβουλευτική των γυναικών με αδеноμύωση και υποδεικνύουν ότι αυτή η κατηγορία γυναικών απαιτεί πιο προσεκτική προγεννητική διαχείριση από ότι αναμενόταν.

J Minim Invasive Gynecol. 2016 Feb 1;23(2):164-85.

Adenomyosis: A Clinical Review of a Challenging Gynecologic Condition.

Struble J, Reid S, Bedaiwy MA.

Abstract

Adenomyosis is a heterogenous gynecologic condition. Patients with adenomyosis can have a range of clinical presentations. The most common presentation of adenomyosis is heavy menstrual bleeding and dysmenorrhea; however, patients can also be asymptomatic. Currently, there are no standard diagnostic imaging criteria, and choosing the optimal treatment for patients is challenging. Women with adenomyosis often have other associated gynecologic conditions such as endometriosis or leiomyomas, therefore making the diagnosis and evaluating response to treatment challenging. The objective of this review was to highlight current clinical information regarding the epidemiology, risk factors, pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis, imaging findings, and treatment of adenomyosis. Several studies support the theory that adenomyosis results from invasion of the endometrium into the myometrium, causing alterations in the junctional zone. These changes are commonly seen on imaging studies such as transvaginal ultrasound (TVUS) and magnetic resonance imaging (MRI). The second most common theory is that adenomyosis results from embryologic-misplaced pluripotent mullerian remnants. Traditionally, adenomyosis was only diagnosed after hysterectomy; however, studies have shown that a diagnosis can be made with biopsies at hysteroscopy and laparoscopy. Noninvasive imaging can be used to help

guide the differential diagnosis. The most common findings on 2-dimensional/3-dimensional TVUS and MRI are reviewed. Two-dimensional TVUS and MRI have a respectable sensitivity and specificity; however, recent studies indicate that 3-dimensional TVUS is superior to 2-dimensional TVUS for the diagnosis of adenomyosis and may allow for the diagnosis of early-stage disease. Management options for adenomyosis, both medical and surgical, are reviewed. Currently, the only definitive management option for patients is hysterectomy.

Αδενομύωση: Μια Κλινική αναθεώρηση μιας δύσκολης γυναικολογικής κατάστασης

Περίληψη

Οι Struble και συνεργάτες (2016) παρουσιάζουν το θέμα της αδενομύωσης. Η αδενομύωση είναι μια ετερογενής γυναικολογική πάθηση. Οι ασθενείς με αδενομύωση μπορεί να έχουν μια σειρά από κλινικές παρουσιάσεις. Η πιο κοινή παρουσίαση των αδενομύωση είναι έντονη έμμηνο ρύση και δυσμηνόρροια. Ωστόσο, οι ασθενείς μπορεί επίσης να είναι ασυμπτωματικοί. Επί του παρόντος, δεν υπάρχουν τυποποιημένα κριτήρια διαγνωστικής απεικόνισης, και επιλογής της βέλτιστης θεραπείας για τις ασθενείς. Οι γυναίκες με αδενομύωση συχνά έχουν και άλλα γυναικολογικά προβλήματα ενδομητρίωση ή λειομώματα, ως εκ τούτου, η διάγνωση και η αξιολόγηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία μπορεί να είναι δύσκολη. Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν τη θεωρία ότι η αδενομύωση είναι αποτελέσματα εισβολής του ενδομητρίου μέσα στο μυομήτριο, που προκαλεί αλλοιώσεις σε τη συνδετική ζώνη. Αυτές οι αλλαγές παρατηρούνται συχνά σε απεικονιστικές εξετάσεις, όπως το διακολπικό υπερηχογράφημα (TVUS) και η μαγνητική τομογραφία (MRI). Η δεύτερη πιο κοινή θεωρία είναι ότι αδενομύωση είναι αποτέλεσμα εμβρυολογικής άστοχης εξέλιξης κυττάρων. Παραδοσιακά, η αδενομύωση μπορεί να διαγνωστεί μόνο μετά από υστερεκτομή. Ωστόσο, μελέτες έχουν δείξει ότι η διάγνωση μπορεί να γίνει με βιοψίες σε υστεροσκόπηση και λαπαροσκόπηση. Επί του παρόντος, η μόνη οριστική λύση διαχείρισης για τους ασθενείς είναι υστερεκτομή.

Adenomyosis and its impact on women fertility.

Garavaglia E, Audrey S, Annalisa I, Stefano F, Iacopo T, Laura C, Massimo C.

Abstract

Adenomyosis is a widespread disease affecting the reproductive period of women's life. In the last ten years, different pathogenetic hypotheses have been proposed to explain the initiation and development of the disease. This article aims to present and discuss the most important pathophysiologic mechanisms underlying adenomyosis development in order to clarify the relationship between adenomyosis and infertility. A PubMed search was undertaken for English language literature using the MeSH terms 'adenomyosis', 'infertility', 'treatment', and 'pathogenesis'. Although the exact etiology of adenomyosis is unknown, many theories have been proposed. We analysed the most important pathogenic theories expressed and evaluated the potential consequences on women fertility. A better comprehension of the adenomyosis pathogenesis has allowed realizing that adenomyosis may affect young women and may have a great impact on their fertility through different mechanisms. The understanding of these mechanisms helps to clarify the potential usefulness of current therapies.

Η αδενομύωση και οι επιπτώσεις της στη γονιμότητα της γυναίκας

Περίληψη

Κατά τους Garavaglia και συν. (2015) η αδενομύωση είναι μια ευρέως διαδεδομένη ασθένεια που επηρεάζει την αναπαραγωγική περίοδο της ζωής των γυναικών. Κατά τα τελευταία δέκα χρόνια, διάφορες παθογόνες υποθέσεις έχουν προταθεί για να εξηγήσουν την έναρξη και την εξέλιξη της νόσου. Αυτό το άρθρο έχει ως στόχο να παρουσιάσει και να συζητήσει τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς που διέπουν την ανάπτυξη της αδενομύωσης, προκειμένου να διευκρινιστεί η σχέση μεταξύ αδενομύωσης και στειρότητας. Μια καλύτερη κατανόηση της παθογένεσης της αδενομύωσης έδειξε ότι η αδενομύωση μπορεί να επηρεάσει τις νέες γυναίκες και μπορεί να έχει μεγάλη επίδραση στη γονιμότητα τους, μέσω διαφόρων μηχανισμών.

Η κατανόηση αυτών των μηχανισμών βοηθά να διευκρινιστεί η δυνητική χρησιμότητα των τρεχουσών θεραπειών.

Biomed Res Int. 2017;2017:5926470.

Myomas and Adenomyosis: Impact on Reproductive Outcome.

Vlahos NF, Theodoridis TD, Partsinevelos GA.

Abstract

Among uterine structural abnormalities, myomas and adenomyosis represent two distinct, though frequently coexistent entities, with a remarkable prevalence in women of reproductive age. Various mechanisms have been proposed to explain the impact of each of them on reproductive outcome. In respect to myomas, current evidence implies that submucosal ones have an adverse effect on conception and early pregnancy. A similar effect yet is not quite clear and has been suggested for intramural myomas. Still, it seems reasonable that intramural myomas greater than 4 cm in diameter may negatively impair reproductive outcome. On the contrary, subserosal myomas do not seem to have a significant impact, if any, on reproduction. The presence of submucosal and/or large intramural myomas has also been linked to adverse pregnancy outcomes. In particular increased risk for miscarriage, fetal malpresentation, placenta previa, preterm birth, placenta abruption, postpartum hemorrhage, and cesarean section has been reported. With regard to adenomyosis, besides the tentative coexistence of adenomyosis and infertility, to date a causal relationship among these conditions has not been fully confirmed. Preterm birth and preterm premature rupture of membranes, uterine rupture, postpartum hemorrhage due to uterine atony, and ectopic pregnancy have all been reported in association with adenomyosis. Further research on the impact of adenomyosis on reproductive outcome is welcome.

Ινομώματα και αδενομύωση: Επιπτώσεις στο αναπαραγωγικό αποτέλεσμα.

Περίληψη

Μεταξύ των διαρθρωτικών ανωμαλιών της μήτρας, τα ινομώματα και η αδενομύωση αντιπροσωπεύουν δύο ξεχωριστές, αν και συχνά συνυπάρχουσες

οντότητες, με αξιοσημείωτη επικράτηση σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Διάφοροι μηχανισμοί έχουν προταθεί για να εξηγήσουν τον αντίκτυπο καθενός από αυτά στην αναπαραγωγική έκβαση. Όσον αφορά τα ινομυώματα, τα σημερινά στοιχεία υποδηλώνουν ότι τα υποβλεννογόνια έχουν αρνητική επίδραση στη σύλληψη και την πρώιμη εγκυμοσύνη. Παρόμοιο αποτέλεσμα ακόμα δεν είναι αρκετά σαφές και έχει προταθεί για ενδομυϊκά ινομυώματα. Ακόμα, φαίνεται λογικό ότι τα ενδομυϊκά μυώματα μεγαλύτερα από 4 εκατοστά σε διάμετρο μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την αναπαραγωγική έκβαση. Αντίθετα, τα υποβλεννογόνια ινομυώματα δεν φαίνεται να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην αναπαραγωγή. Η παρουσία υποβλεννογόνων και / ή μεγάλων ενδομυϊκών ινομυωμάτων έχει επίσης συνδεθεί με τα δυσμενή αποτελέσματα της εγκυμοσύνης. Συγκεκριμένα, έχει αναφερθεί αυξημένος κίνδυνος αποβολής, ανεπάρκειας του εμβρύου, πρόδρομου πλακούντα, πρόωρου τοκετού, αποκοπής του πλακούντα, αιμορραγία μετά τον τοκετό και καισαρική τομή. Όσον αφορά την αδеноμύωση, εκτός από την προσωρινή συνύπαρξη αδеноμύωσης και στειρότητας, μέχρι σήμερα δεν έχει επιβεβαιωθεί πλήρως η αιτιώδης σχέση μεταξύ αυτών των συνθηκών. Η πρόωρη γέννηση και η πρόωρη ρήξη των μεμβρανών, η ρήξη της μήτρας, η αιμορραγία μετά τον τοκετό λόγω ατονίας της μήτρας και η έκτοπη εγκυμοσύνη έχουν αναφερθεί σε συνδυασμό με αδеноμύωση. Περαιτέρω έρευνα για τον αντίκτυπο της αδеноμύωσης στην αναπαραγωγική έκβαση είναι ευπρόσδεκτη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Η διεθνής βιβλιογραφία ασχολείται κυρίως με το θέμα της αδеноμύωσης και των ινομυωμάτων. Οι ασθενείς με αδеноμύωση μπορεί να έχουν μια σειρά από κλινικές παρουσιάσεις. Η πιο κοινή παρουσίαση των αδеноμύωση είναι έντονη έμμηνο ρύση και δυσμηνόρροια. Ωστόσο, οι ασθενείς μπορεί επίσης να είναι ασυμπτωματικοί. Οι γυναίκες με αδеноμύωση συχνά έχουν και άλλα γυναικολογικά προβλήματα ενδομητρίωση ή λειομυώματα, ως εκ τούτου, η διάγνωση και η αξιολόγηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία μπορεί να είναι δύσκολη. Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν τη θεωρία ότι η αδеноμύωση είναι αποτελέσματα εισβολής του ενδομητρίου μέσα στο μυομήτριο, που προκαλεί αλλοιώσεις σε τη συνδετική ζώνη. Η δεύτερη πιο κοινή θεωρία είναι ότι αδеноμύωση είναι αποτέλεσμα εμβρυολογικής άστοχης εξέλιξης κυττάρων. Παραδοσιακά, η αδеноμύωση μπορεί να

διαγνωστεί μόνο μετά από υστερεκτομή. Νεότερα δεδομένα συνιστούν τον εμβολισμό της μητρικής αρτηρίας, με καλά αποτελέσματα.

2.ΛΕΙΟΜΥΩΜΑΤΑ- ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Am Fam Physician. 2017 Jan 15;95(2):100-107.

Uterine Fibroids: Diagnosis and Treatment.

De La Cruz MS., Buchanan EM.

Abstract

Uterine fibroids are common benign neoplasms, with a higher prevalence in older women. Many are discovered incidentally on clinical examination or imaging in asymptomatic women. Fibroids can cause abnormal uterine bleeding, pelvic pressure, bowel dysfunction, urinary frequency and urgency, urinary retention, low back pain, constipation, and dyspareunia. Ultrasonography is the preferred initial imaging modality. Expectant management is recommended for asymptomatic patients because most fibroids decrease in size during menopause. Management should be tailored to the size and location of fibroids; the patient's age, symptoms, desire to maintain fertility, and access to treatment; and the experience of the physician. Medical therapy to reduce heavy menstrual bleeding includes hormonal contraceptives, tranexamic acid, and nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Gonadotropin-releasing hormone agonists or selective progesterone receptor modulators are an option for patients who need symptom relief preoperatively or who are approaching menopause. Surgical treatment includes hysterectomy, myomectomy, uterine artery embolization.

Ινομύωματα της μήτρας: διάγνωση και θεραπεία.

Περίληψη

Τα ινομυώματα της μήτρας είναι κοινά καλοήγη νεοπλάσματα, με υψηλότερο επιπολασμό σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Πολλά ανακαλύπτονται σε τυχαία κλινική εξέταση ή απεικόνιση σε ασυμπτωματικές γυναίκες. Τα ινομυώματα μπορεί να προκαλέσουν μη φυσιολογική αιμορραγία της μήτρας, πυελική πίεση, δυσλειτουργία του εντέρου, συχνουρία και ανάγκη επιτακτικής ούρησης,

κατακράτηση ούρων, πόνο στην πλάτη, δυσκοιλιότητα και δυσπαρευνία. Η υπερηχογραφία είναι η προτιμώμενη αρχική μορφή απεικόνισης. Η συντηρητική αντιμετώπιση συνιστάται για ασυμπτωματικούς ασθενείς, επειδή τα περισσότερα ινομυώματα μειώνονται σε μέγεθος κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης. Η διαχείριση πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στο μέγεθος και τη θέση των ινομυωμάτων, την ηλικία του ασθενούς, τα συμπτώματα, την επιθυμία διατήρησης της γονιμότητας και την πρόσβαση στη θεραπεία καθώς και την εμπειρία του γιατρού. Η ιατρική παρέμβαση για τη μείωση της σοβαρής αιμορραγίας κατά την έμμηνο ρύση περιλαμβάνει ορμονικά αντισυλληπτικά, τρανκεξαμικό οξύ και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα. Οι αγωνιστές απελευθέρωσης γοναδοτροπίνης ή οι εκλεκτικοί ρυθμιστές υποδοχέων προγεστερόνης είναι μια επιλογή για ασθενείς που χρειάζονται ανακούφιση των συμπτωμάτων προεγχειρητικά ή που πλησιάζουν την εμμηνόπαυση. Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει υστερεκτομή, μυομετομή, εμβολισμό της μήτρας.

Int J Fertil Steril. 2016 Jan-Mar;9(4):424-35.

Epidemiology of Uterine Myomas: A Review.

Sparic R, Mirkovic L, Malvasi A, Tinelli A

Abstract

Myomas are the most common benign tumors of the genital organs in women of childbearing age, causing significant morbidity and impairing their quality of life. In our investigation, we have reviewed the epidemiological data related to the development of myomas in order to homogenize the current data. Therefore, a MEDLINE and PubMed search, for the years 1990-2013, was conducted using a combination of keywords, such as "myoma," "leiomyoma," "fibroids," "myomectomy," "lifestyle," "cigarette," "alcohol," "vitamins," "diet," and "hysterectomy". Randomized controlled studies were selected based upon the authors' estimation. Peer-reviewed articles examining myomas were sorted by their relevance and included in this research. Additional articles were also identified from the references of the retrieved papers and included according to authors' estimation. Many epidemiologic factors are linked to the development of myomas; however, many are

not yet fully understood. These factors include age, race, heritage, reproductive factors, sex hormones, obesity, lifestyle (diet, caffeine and alcohol consumption, smoking, physical activity and stress), environmental and other influences, such as hypertension and infection. Some of the epidemiological data is conflicting. Thus, more research is needed to understand all the risk factors that contribute to myoma formation and how they exactly influence their onset and growth.

Η Επιδημιολογία των ινομυωμάτων της μήτρας: Μια ανασκόπηση

Περίληψη

Οι Sparic και συν. (2016) αναφέρουν ότι τα ινομυώματα είναι οι πιο κοινοί καλοήθεις όγκοι των γεννητικών οργάνων στις γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία, προκαλώντας σημαντική νοσηρότητα και επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα της ζωής τους. Στην έρευνά τους, ελέγξαν τα επιδημιολογικά δεδομένα που σχετίζονται με την ανάπτυξη των ινομυωμάτων, προκειμένου να ομογενοποιηθεί το ρεύμα δεδομένων. Πολλοί επιδημιολογικοί παράγοντες συνδέονται με την ανάπτυξη των ινομυωμάτων. Ωστόσο, πολλοί δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητή. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν την ηλικία, τη φυλή, την κληρονομιά, τους αναπαραγωγικούς παράγοντες, τις ορμόνες του φύλου, την παχυσαρκία, τον τρόπο ζωής (διατροφή, καφεΐνη και κατανάλωση αλκοόλ, κάπνισμα, σωματική δραστηριότητα και άγχος), περιβαλλοντικές και άλλες επιρροές, όπως η υπέρταση και η μόλυνση. Μερικά από τα επιδημιολογικά δεδομένα είναι αντικρουόμενα. Έτσι, απαιτείται περισσότερη έρευνα για να κατανοήσουμε τους παράγοντες κινδύνου που συμβάλλουν στο σχηματισμό ινομυωμάτων και πώς ακριβώς επηρεάζουν την έναρξη και την ανάπτυξή τους.

Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2015 Dec 23. 5(21):69-84

Infertility and uterine fibroids.

Zepiridis LI, Grimbizis GF, Tarlatzis BC.

Abstract

Uterine fibroids are the most common tumors in women and their prevalence is higher in patients with infertility. At present, they are classified according to their anatomical

location, as no classification system includes additional parameters such as their size or number. There is a general agreement that submucosal fibroids negatively affect fertility, when compared to women without fibroids. Intramural fibroids above a certain size (>4 cm), even without cavity distortion, may also negatively influence fertility. However, the presence of subserosal myomas has little or no effect on fertility. Many possible theories have been proposed to explain how fibroids impair fertility: mechanisms involving alteration of local anatomical location, others involving functional changes of the myometrium and endometrium, and finally endocrine and paracrine molecular mechanisms. Nevertheless, any of the above mentioned mechanisms can cause reduced reproductive potential, thereby leading to impaired gamete transport, reduced ability for embryo implantation, and creation of a hostile environment. The published experience defines the best practice strategy, as not many large, well-designed, and properly powered studies are available. Myomectomy appears to have an effect in fertility improvement in certain cases. Excision of submucosal myomas seems to restore fertility with pregnancy rates after surgery similar to normal controls. Removal of intramural myomas affecting pregnancy outcome seems to be associated with higher pregnancy rates when compared to non-operated controls, although evidence is still not sufficient. Treatment of subserosal myomas of reasonable size is not necessary for fertility reasons. The results of endoscopic and open myomectomy are similar; thus, endoscopic treatment is the recommended approach due to its advantages in patient's postoperative course.

Στεριότητα και ινομυώματα της μήτρας

Περίληψη

Οι Zepiridis και συνεργάτες (2015) μελετούν τη σχέση ινομυωμάτων και στειρότητας. Τα ινομυώματα της μήτρας είναι οι πιο συχνοί όγκοι στις γυναίκες και ο επιπολασμός τους είναι υψηλότερος σε ασθενείς με υπογονιμότητα. Επί του παρόντος, κατατάσσονται σύμφωνα με την ανατομική θέση τους, καθώς δεν υπάρχει σύστημα ταξινόμησης, που να περιλαμβάνει πρόσθετες παραμέτρους όπως το μέγεθος ή τον αριθμό τους. Υπάρχει μια γενική συμφωνία ότι η υποβλεννογόνια ινομυώματα επηρεάζουν αρνητικά τη γονιμότητα, σε σύγκριση με γυναίκες χωρίς ινομυώματα. Η παρουσία του υπορογογόνια ινομυωμάτων έχει μικρή ή καμία επίδραση στη γονιμότητα. Έχουν προταθεί πολλές πιθανές θεωρίες για να εξηγήσουν

πώς τα ινομυώματα να επηρεάσουν τη γονιμότητα: μηχανισμοί που αφορούν την αλλοίωση της τοπικής ανατομικής θέσης. Άλλες που αφορούν λειτουργικές αλλαγές του μυομητρίου και του ενδομητρίου, και, τέλος, ενδοκρινείς και παρακρινείς μοριακοί μηχανισμοί. Παρ' όλα αυτά, καμία από τις παραπάνω θεωρίες δεν μπορεί να προκαλέσει μειωμένη αναπαραγωγική ηλικία, οδηγώντας σε διαταραχή της μεταφοράς των γαμετών, μειωμένη ικανότητα για την εμφύτευση του εμβρύου, και τη δημιουργία ενός εχθρικού περιβάλλοντος για το έμβρυο. Η ινομυωματεκτομή φαίνεται να έχει επίδραση στη βελτίωση της γονιμότητας σε ορισμένες περιπτώσεις. Εκτομή των υποβλεννογόνιων ινομυωμάτων φαίνεται να αποκαταστεί τη γονιμότητα με τα ποσοστά εγκυμοσύνης μετά από τη χειρουργική επέμβαση παρόμοια με φυσιολογικούς μάρτυρες. Απομάκρυνση των διατοιχωματικών ινομυωμάτων που επηρεάζουν την έκβαση της κύησης φαίνεται να συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά εγκυμοσύνης. Η θεραπεία των υπορογογόνιων ινομυωμάτων σε λογικό μέγεθος δεν είναι απαραίτητη για λόγους γονιμότητας. Τα αποτελέσματα της ενδοσκοπικής και ανοιχτής ινομυωματεκτομής είναι παρόμοια. Έτσι, η ενδοσκοπική θεραπεία είναι η συνιστώμενη προσέγγιση λόγω των πλεονεκτημάτων της στην μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς.

Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2015 Nov 25. 15(2):21-29

Pregnancy outcome and uterine fibroids.

Parazzini F, Tozzi L, Bianchi S

Abstract

Myomas are observed in about 3-12% of pregnant women. Uterine fibroids may affect the outcome of pregnancy. The presence of myomas - in particular of myomas that distort the uterine cavity and larger intramural myomas - has been associated with infertility. In the case of pregnancy, it has been linked to an increased risk of spontaneous abortion, fetal malpresentation, placenta previa, preterm birth, cesarean section, and peripartum hemorrhage. Although fibroids may negatively affect pregnancy outcome, the impact of their treatment, particularly in quantitative terms, is unclear. Hysteroscopic myomectomy is the treatment of choice for submucous fibroids. The comparative efficacy of laparoscopic, laparotomic, or new

modalities of treatment of intramural fibroids is not known. Up to date the choice and modalities of treatment of submucous fibroids should not be based on sound evidence but on clinical concerns and the skill of each center.

Έκβαση της εγκυμοσύνης και ινομυώματα της μήτρας

Περίληψη

Οι Parazzini και συν. (2015) εξετάζουν τη σχέση της έκβασης της εγκυμοσύνης σε ύπαρξη ινομυωμάτων. Τα ινομυώματα παρατηρούνται σε περίπου 3-12% των εγκύων γυναικών. Τα ινομυώματα μπορεί να επηρεάσει την έκβαση της εγκυμοσύνης. Η παρουσία των ινομυωμάτων - ιδίως των ινομυωμάτων που στρεβλώνουν την κοιλότητα της μήτρας έχει συνδεθεί με τη στειρότητα. Στην περίπτωση της εγκυμοσύνης, έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο αυτόματης αποβολής, εμβρυϊκής ανώμαλης προβολής, πρόδρομου πλακούντα, πρόωρου τοκετού, καισαρικής τομής και περιγεννητικής αιμορραγίας. Αν και τα ινομυώματα μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την έκβαση της εγκυμοσύνης, η επίδραση της θεραπείας τους, ιδιαίτερα σε ποσοτικούς όρους, είναι ασαφής. Η υστεροσκοπική ινομυωματεκτομή είναι η θεραπεία επιλογής για υποβλεννογόνια ινομυώματα. Η συγκριτική αποτελεσματικότητα της λαπαροσκοπικής εκτομής ή νέων τρόπων θεραπείας δεν είναι γνωστή. Μέχρι σήμερα, η επιλογή και οι τρόποι θεραπείας δεν θα πρέπει να βασίζεται σε σαφείς αποδείξεις, αλλά στις κλινικές ανησυχίες και την ικανότητα του κάθε κέντρου.

Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2015 Nov 25. 15(2):321-330

Nonsurgical Alternatives for Uterine Fibroids.

Zupi E, Centini G, Sabbioni L, Lazzeri L, Argay IM, Petraglia F.

Abstract

Uterine leiomyomata are the direct cause of a significant health-care burden for women, their families, and society as a whole. Because of the long experience with the mode of treatment, surgical myomectomy remains the gold standard for treating reproductive-age women; however, in the recent years, the wide evolution of less invasive approaches led to a change in the options used by the clinician to treat

symptomatic fibroids. Minimally invasive procedures such as uterine artery embolization (UAE) are increasingly used to treat symptomatic fibroids. Other alternative treatments are becoming more diffuse, such as magnetic resonance-guided high-frequency focused ultrasound surgery (MRgFUS), cryomyolysis, vaginal occlusion, and laparoscopic closure of the uterine arteries. Both advantages and limitations of these techniques under development must be taken into account, but this wider range of choices is being increasingly considered for a tailored treatment. This article aims to enable health-care providers with the tools to provide the latest evidence-based care in the minimally invasive or noninvasive management of this common problem.

Μη χειρουργική εναλλακτική λύση για ινομυώματα μήτρας

Περίληψη

Κατά τους Zupi και συν (2015) τα λειομυώματα της μήτρας είναι η άμεση αιτία της σημαντικής επιβάρυνσης της υγείας για τις γυναίκες, τις οικογένειές τους και την κοινωνία στο σύνολό της. Λόγω της μακράς εμπειρίας για τη θεραπεία, η χειρουργική ινομυωματοεκτομή παραμένει το χρυσό πρότυπο για τη θεραπεία τους σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, η ευρεία εξέλιξη των λιγότερο επεμβατικών προσεγγίσεων οδήγησαν σε μια αλλαγή στις επιλογές που χρησιμοποιούνται από τον κλινικό ιατρό για τη θεραπεία συμπτωματικών ινομυωμάτων. Οι ελάχιστα επεμβατικές διαδικασίες, όπως ο εμβολισμός της μητρικής αρτηρίας όλο και περισσότερο χρησιμοποιείται για τη θεραπεία συμπτωματικών ινομυωμάτων. Άλλες εναλλακτικές θεραπείες εφαρμόζονται όλο και πιο συχνά, όπως η μαγνητική τομογραφία καθοδηγούμενη από υψηλής συχνότητας υπερήχους (MRgFUS), η κρυομολύση, η κολπική απόφραξη, και ο λαπαροσκοπικός αποκλεισμός των αρτηριών της μήτρας. Αυτό το άρθρο έχει ως στόχο να επιτρέψει στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να παρέχουν την πιο πρόσφατη τεκμηριωμένη φροντίδα στην ελάχιστα επεμβατική ή μη επεμβατική διαχείριση του προβλήματος αυτού.

Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2015 Nov 25. 5(2):169-187

Role of Medical Management for Uterine Leiomyomas.

Kashani BN, Centini G, Morelli SS, Weiss G, Petraglia F.

Abstract

Uterine leiomyomas, or fibroids, are the most common benign tumor in reproductive aged women. Affected women may remain asymptomatic or may report symptoms related to abnormal uterine bleeding, infertility, or pelvic pain and pressure. Depending on a patient's symptomatology and reproductive plans, treatment options include expectant management, medical management (hormonal and non-hormonal), or surgical management (myomectomy or hysterectomy). In those wishing to defer surgical management, non-hormonal therapies such as non-steroidal anti-inflammatory drugs and tranexamic acid have been shown to decrease menstrual blood loss. In patients with more symptomatic leiomyomas, hormonal therapies such as gonadotropin-releasing hormone agonists and selective progesterone receptor modulators are effective at reducing leiomyoma volume, uterine size, and menstrual blood loss. This manuscript will detail the available and emerging hormonal and non-hormonal treatments for symptomatic uterine leiomyomas.

Ο ρόλος της φαρμακευτικής διαχείρισης των λειομωμάτων της μήτρας

Περίληψη

Οι Kashani και συν. (2015) αναφέρουν ότι τα λειομώματα της μήτρας, ή ινομώματα, είναι οι πιο κοινός καλοήθης όγκος στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Η πληγείσα γυναίκα μπορεί να παραμείνει ασυμπτωματική ή μπορεί να αναφέρει συμπτώματα που σχετίζονται με την ανώμαλη αιμορραγία της μήτρας, τη στειρότητα, ή τον πυελικό πόνο και την πίεση. Ανάλογα με την συμπτωματολογία της ασθενούς και τα αναπαραγωγικά σχέδια, οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν ιατρική διαχείριση (ορμονικά και μη-ορμονικά), ή χειρουργική αντιμετώπιση

(ινομυωματαεκτομή ή υστερεκτομή). Σε εκείνους που επιθυμούν να αναβάλλει χειρουργική αντιμετώπιση, χορηγούνται μη-ορμονικές θεραπείες, όπως μη-στεροειδή αντι-φλεγμονώδη φάρμακα και τρανεξαμικό οξύ, που μειώνουν την εμμηνορροϊκή απώλεια αίματος. Σε ασθενείς με περισσότερο συμπτωματικά λειομύματα, οι ορμονικές θεραπείες, όπως αγωνιστές ορμόνης απελευθέρωσης γοναδοτροπίνης και εκλεκτικοί ρυθμιστές υποδοχέα προγεστερόνης είναι αποτελεσματικές στη μείωση του όγκου του λειομύματος, του μεγέθους της μήτρας, και της εμμηνορροϊκής απώλειας αίματος.

Minerva Ginecol. 2016 Apr;68(2):154-66.

Hysteroscopic myomectomy: techniques and preoperative assessment.

Casadio P, Guasina F, Morra C, Talamo MT, Leggieri C, Frisoni J, Seracchioli R.

Abstract

Even if usually asymptomatic, uterine myomas have been associated with a number of clinical issues such as abnormal uterine bleeding (AUB), heavy menstrual bleeding (HMB), infertility, recurrent pregnancy loss, especially when these masses are submucous. Golden standard treatment for symptomatic submucous fibroids has long been considered their laparotomic removal or a total hysterectomy. The development of endoscopy has made these fibroids accessible and removable from the inner surface of uterus. Hysteroscopy arose as a diagnostic technique, but then it also became an alternative surgical technique for many diseases, offering therapeutic and irreplaceable possibilities of treatment, avoiding major surgery on the one hand, and allowing the correction of pathologies specifically related to female fertility, on the other hand. Excision by slicing has been described as traditional resectoscopic submucosal myomectomy, but today there are new procedures among which the operator can choose, that allow overcoming the initial limitations of the traditional resectoscopic myomectomy in clinical practice.

Υστεροσκοπική ινομυωματαεκτομή: τεχνικές και προεγχειρητική αξιολόγηση

Περίληψη

Οι Casadio και συν. (2016) θεωρούν ότι τα ινομυώματα της μήτρας έχουν συσχετιστεί με μια σειρά κλινικών ζητημάτων, όπως η ανώμαλη αιμορραγία της μήτρας, η έντονη έμμηνο ρύση, η στειρότητα, οι επαναλαμβανόμενες αποβολές, ειδικά όταν αυτές οι μάζες είναι υποβλεννογόνιες. Το πρότυπο θεραπείας για τα συμπτωματικά υποβλεννογόνια ινομυώματα έχει θεωρηθεί από καιρό η λαπαροσκοπική απομάκρυνσή τους ή ολική υστερεκτομή. Η ανάπτυξη της ενδοσκοπικής έχει καταστήσει αυτά τα ινομυώματα προσβάσιμα και αποσπώμενα από την εσωτερική επιφάνεια της μήτρας. Η υστεροσκοπική προέκυψε ως διαγνωστική τεχνική, αλλά στη συνέχεια έγινε μια εναλλακτική χειρουργική τεχνική για πολλές ασθένειες, που προσφέρουν θεραπευτικές και αναντικατάστατες δυνατότητες θεραπείας, αποφεύγοντας τη μείζονα χειρουργική επέμβαση και επιτρέποντας την διόρθωση των παθολογιών που σχετίζονται ειδικά με τη γυναικεία γονιμότητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Τα ινομυώματα είναι οι πιο κοινοί καλοήθεις όγκοι των γεννητικών οργάνων στις γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία, προκαλώντας σημαντική νοσηρότητα και επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα της ζωής τους. Πολλοί επιδημιολογικοί παράγοντες συνδέονται με την ανάπτυξη των ινομυωμάτων. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν την ηλικία, τη φυλή, την κληρονομιά, τους αναπαραγωγικούς παράγοντες, τις ορμόνες του φύλου, την παχυσαρκία, τον τρόπο ζωής (διατροφή, καφεΐνη και κατανάλωση αλκοόλ, κάπνισμα, σωματική δραστηριότητα και άγχος), περιβαλλοντικές και άλλες επιρροές, όπως η υπέρταση και η μόλυνση. Μερικά από τα επιδημιολογικά δεδομένα είναι αντικρουόμενα. Έχουν προταθεί πολλές πιθανές θεωρίες για να εξηγήσουν πώς τα ινομυώματα να επηρεάσουν τη γονιμότητα: μηχανισμοί που αφορούν την αλλοίωση της τοπικής ανατομικής θέσης, άλλες που αφορούν λειτουργικές αλλαγές του μυομητρίου και του ενδομητρίου, και, τέλος, ενδοκρινείς και παρακρινείς μοριακοί μηχανισμοί. Η ινομυωματεκτομή φαίνεται να έχει επίδραση στη βελτίωση της γονιμότητας σε ορισμένες περιπτώσεις. Σε εκείνες που επιθυμούν να αναβάλλουν χειρουργική αντιμετώπιση, χορηγούνται μη μ-ορμονικές θεραπείες, όπως μη-στεροειδή αντι-φλεγμονώδη φάρμακα και τριανεξαμικό οξύ, που μειώνουν την εμμηνορροϊκή απώλεια αίματος. Σε ασθενείς με περισσότερο συμπτωματικά λειομυώματα, οι ορμονικές θεραπείες, όπως αγωνιστές ορμόνης

απελευθέρωσης γοναδοτροπίνης και εκλεκτικοί ρυθμιστές υποδοχέα προγεστερόνης είναι αποτελεσματικές στη μείωση του όγκου του λειομώματος, του μεγέθους της μήτρας, και της εμμηνορροϊκής απώλειας αίματος.

3.ΚΥΣΤΕΣ ΩΟΘΗΚΩΝ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Adv Clin Exp Med. 2019 Jan 15. doi: 10.17219/acem/90767. [Epub ahead of print]

Treatment of ovarian endometrial cysts in the context of recurrence and fertility.

Nowak-Psiorz I., Ciećwież SM., Brodowska A., Starczewski A.

Abstract

An approach to ovarian endometrial cysts has changed considerably during recent years, especially in regard to treatment of recurrent endometriosis, fertility sparing and infertility management. Surgical treatment is the primary therapeutic option. The most efficient types of treatment are radical procedures involving. However, small asymptomatic cysts should not be treated surgically, especially in patients older than 35 years. Surgical treatment can be considered in infertile women and those who failed to get pregnant despite 1-1.5 years of trials, as well as in cases in which in vitro fertilization is not an option. Also large cysts, with more than 4 cm in diameter, should be treated surgically due to the risk of their rupture or torsion. The most efficient preventive measure for recurrent ovarian endometriosis is unilateral oophorectomy with sparing the contralateral ovary. Such a procedure should be considered in women who are no longer interested in childbearing or present with another endometriotic cyst in the same ovary. The role of pharmacotherapy is fairly limited; it should be considered in patients in whom diffuse endometriosis is associated with pain. Therapeutic agents from the following groups can be used: estrogen-progestin preparation, gestagens, including progesterone-releasing intrauterine systems and gonadotropin-releasing hormone agonists. Women with infertility should get pregnant as soon as possible, and in patients who failed to get pregnant and/or are older than 35 years, in vitro fertilization should be the treatment of choice.

Θεραπεία ενδοθηλιακών κύστεων των ωοθηκών στο πλαίσιο της υποτροπής και της γονιμότητας.

Περίληψη

Η προσέγγιση στις κύστες των ωοθηκών έχει αλλάξει σημαντικά τα τελευταία χρόνια, ειδικά όσον αφορά τη θεραπεία της υποτροπιάζουσας ενδομητρίωσης, της διατήρησης της γονιμότητας και της διαχείρισης της στειρότητας. Η χειρουργική θεραπεία είναι η κύρια θεραπευτική επιλογή. Οι πιο αποτελεσματικοί τύποι θεραπείας είναι οι ριζικές διαδικασίες. Ωστόσο, οι μικρές ασυμπτωματικές κύστεις δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται χειρουργικά, ειδικά σε ασθενείς ηλικίας άνω των 35 ετών. Η χειρουργική θεραπεία μπορεί να ληφθεί υπόψη σε γυναίκες που υποφέρουν από στειρότητα και σε γυναίκες που δεν κατάφεραν να μείνουν έγκυες παρά τα 1-1,5 έτη δοκιμών, καθώς και σε περιπτώσεις όπου η γονιμοποίηση in vitro δεν αποτελεί επιλογή. Επίσης, μεγάλες κύστεις, με διάμετρο μεγαλύτερη από 4 cm, θα πρέπει να υποβάλλονται σε χειρουργική εκτομή λόγω του κινδύνου ρήξης ή στρέψης τους. Το αποτελεσματικότερο προληπτικό μέτρο για τις επαναλαμβανόμενες κύστες των ωοθηκών είναι η μονόπλευρη ωοθηκεκτομή. Μια τέτοια διαδικασία θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε γυναίκες που δεν ενδιαφέρονται πλέον για την τεκνοποίηση ή παρουσιάζουν άλλη κύστη στην ίδια ωοθήκη. Ο ρόλος της φαρμακοθεραπείας είναι αρκετά περιορισμένος. Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε ασθενείς στους οποίους η νόσος σχετίζεται με τον πόνο. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν θεραπευτικοί παράγοντες από τις ακόλουθες ομάδες: παρασκευάσματα οιστρογόνου-προγεστίνης, γεσταγόνα, συμπεριλαμβανομένων των ενδομήτριων συστημάτων με προγεστερόνη και αγωνιστές ορμόνης απελευθέρωσης γοναδοτροπίνης. Οι γυναίκες με στειρότητα πρέπει να μείνουν έγκυες το συντομότερο δυνατό και σε ασθενείς που δεν έχουν μείνει έγκυος ή / και είναι άνω των 35 ετών, η γονιμοποίηση in vitro θα πρέπει να αποτελεί τη θεραπεία επιλογής.

Endocr Dev. 2016;22:101-11.

Ovarian cysts in prepubertal girls.

Pienkowski C, Cartault A, Carfagna L, Ernoult P, Vial J, Lemasson F, Le Mandat A, Galinier P, Tauber M.

Abstract

Visualization of follicles is perfectly physiological during childhood, their diameter generally does not exceed 10 mm. Ovarian cyst in childhood is well defined for a fluid image >20 mm. Generally mild and asymptomatic, ovarian cysts are fluid formations usually discovered incidentally by ultrasound. Some are hormonally active and cause the development of sexual characteristics. The natural history of functional cysts is eventual regression, and persistence is suggestive of organic tumor. The onset of pain is a sign of complication, and an abrupt sharp pain with vomiting is suggestive of ovarian torsion, in which case surgical intervention is urgent. In all cases, the diagnosis is based on pelvic ultrasound. MRI and tumor marker assays are required to determine the nature of an organic cyst before proceeding to surgery. These cysts may appear functional from the fetal period onward and will require management from the first days of life. Certain endocrine disorders such as precocious puberty, hypothyroidism, and aromatase deficiency cause functional cysts in girls. Recurrent bleeding is due to hormonally active cysts and suggests McCune-Albright syndrome. Although the persistence of a cyst suggests a neoplasm, a fluid character indicates benignity.

Κύστες των ωοθηκών σε κορίτσια στην προεφηβεία

Περίληψη

Η απεικόνιση των ωοθυλακίων είναι απόλυτα φυσιολογική κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, η διάμετρος των οποίων δεν υπερβαίνει κατά κανόνα τα 10 mm. Η

[86]

ωοθηκική κύστη στην παιδική ηλικία είναι μια σαφώς καθορισμένη εικόνα με υγρό > 20 mm. Γενικά ήπιες και ασυμπτωματικές κύστεις ωοθηκών είναι υγροί σχηματισμοί οι οποίοι συνήθως ανακαλύπτονται σε τυχαίο έλεγχο με υπερήχους. Ορισμένες από αυτές είναι ορμονικά ενεργές και προκαλούν την ανάπτυξη σεξουαλικών χαρακτηριστικών. Η έναρξη του πόνου είναι ένα σημάδι επιπλοκών και ένας απότομος αιχμηρός πόνος με έμετο υποδηλώνει συστροφή των ωοθηκών, οπότε η χειρουργική επέμβαση είναι επείγουσα. Σε όλες τις περιπτώσεις, η διάγνωση βασίζεται σε πυελικό υπερηχογράφημα. Οι δοκιμασίες μαγνητικής τομογραφίας και καρκινικοί δείκτες για τον προσδιορισμό της φύσης μιας οργανικής κύστης πριν προχωρήσει η χειρουργική επέμβαση. Αυτές οι κύστεις μπορεί να φαίνονται λειτουργικές από την εμβρυϊκή περίοδο και μετά, και θα απαιτήσουν τη διαχείριση από τις πρώτες ημέρες της ζωής. Ορισμένες ενδοκρινικές διαταραχές όπως η πρόωρη εφηβεία, ο υποθυρεοειδισμός και η ανεπάρκεια αρωματάσης προκαλούν λειτουργικές κύστεις σε κορίτσια. Η επαναλαμβανόμενη αιμορραγία οφείλεται σε ορμονικά ενεργές κύστεις και υποδηλώνει σύνδρομο McCune-Albright. Αν και η επιμονή μιας κύστης υποδηλώνει νεοπλάσματα, ένας υγρός χαρακτήρας υποδηλώνει καλοήθεια.

Saudi Med J. 2015 Jul;36(7):834-8.

Review of 244 cases of ovarian cysts.

Abduljabbar HS, Bukhari YA, A Hachim EG, Alshour GS, Amer AA, Shaikhoon MM, Khojah MI.

Abstract

OBJECTIVES:

To review cases of ovarian cysts managed at a University Hospital, and to identify the factors necessitating the use of laparotomy over laparoscopy.

METHODS:

We carried out a retrospective chart review of all cases of ovarian cysts diagnosed and managed at the Department of Obstetrics and Gynecology, King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi Arabia between January 2010 and August 2014. All data collected from medical record charts, patients details, clinical presentations, ovarian

cysts description, and pathology type were recorded, and management by laparoscopy or laparotomy was identified. Ethical approval was obtained from ethical hospital committee.

RESULTS:

There were 244 cases of ovarian cysts during the study period. The age ranged from 3 months to 77 years of age. The height range from 37-180 cm. The weight range from 3-161 kg, and calculated body mass index ranged from 12-47. Out of 244 patients diagnosed, 165 were married (67.4%). Of those, only 16 patients were pregnant (6.6%). The most common presentation was abdominal pain in 142 patients (58.2%). Only 79.9% were ovarian cysts, and 17.5% were either para-ovarian or retroperitoneal. The right ovaries were affected in 63.1%, and only 18.9% were bilateral. The types of ovarian cysts included functional cysts 33.2%, benign cyst-adenoma 19.3%, and dermoid cysts 12.3%.

CONCLUSION:

Factors associated with laparotomy management rather than laparoscopy included older age more than 35, single, pregnant, or patients presenting with abdominal pain, and more than one cyst.

Η ανασκόπηση 244 περιπτώσεων κύστεων ωοθηκών.

Περίληψη

ΣΤΟΧΟΙ:

Να γίνει ανασκόπηση των περιπτώσεως κύστεων των ωοθηκών που αντιμετωπίζονται σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο και να εντοπιστούν οι παράγοντες που απαιτούν τη χρήση της λαπαροτομής στη λαπαροσκόπηση.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Πραγματοποιήθηκε μια αναδρομική ανασκόπηση όλων των περιπτώσεων κύστεων των ωοθηκών που διαγνώστηκαν και αντιμετωπίστηκαν στο Τμήμα Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο King Abdulaziz, Τζέντα, Σαουδική Αραβία, μεταξύ Ιανουαρίου 2010 και Αυγούστου 2014. Όλα τα δεδομένα που

[88]

συλλέχθηκαν από τα ιατρικά αρχεία καταγραφής, οι κλινικές παρουσιάσεις, η περιγραφή των κύστεων των ωοθηκών και ο τύπος παθολογίας καταγράφηκαν και προσδιορίστηκε η διαχείριση με λαπαροσκόπηση ή λαπαροτομία. Ηθική έγκριση δόθηκε από την επιτροπή δεοντολογίας των νοσοκομείων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Βρέθηκαν 244 περιπτώσεις κύστεων των ωοθηκών κατά την περίοδο της μελέτης. Η ηλικία των γυναικών κυμαινόταν από 3 μηνών έως 77 ετών. Το ύψος του δείγματος γυναικών κυμαίνεται από 37-180 cm. Το βάρος του δείγματος κυμαίνεται από 3-161 kg και ο υπολογισμένος δείκτης μάζας σώματος κυμαίνεται από 12-47. Από τις 244 ασθενείς που διαγνώστηκαν, 165 ήταν παντρεμένες (67,4%). Από αυτές, μόνο 16 ασθενείς ήταν έγκυες (6,6%). Η πιο συνηθισμένη εκδήλωση ήταν ο κοιλιακός πόνος σε 142 ασθενείς (58,2%). Μόνο το 79,9% ήταν κύστεις ωοθηκών, και το 17,5% ήταν είτε παρα-ωοθηκική είτε οπισθοπεριτοναϊκή κύστη. Οι δεξιές ωοθήκες επηρεάστηκαν σε 63,1% και μόνο το 18,9% ήταν διμερείς. Οι τύποι κύστεων των ωοθηκών περιλάμβαναν λειτουργικές κύστεις 33,2%, καλοήγη κυσταδένωμα 19,3% και δερματικές κύστεις 12,3%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Παράγοντες που σχετίζονται με τη διαχείριση της λαπαροτομής και όχι με τη λαπαροσκόπηση περιλαμβάνουν μεγαλύτερη ηλικία άνω των 35 ετών, άγαμη γυναίκα, έγκυο γυναίκα ή ασθενείς που παρουσιάζουν κοιλιακό άλγος και έχουν περισσότερες από μία κύστες.

Practitioner. 2014 Mar;258(1769):15-92.

Detecting ovarian disorders in primary care.

Oliver A, Overton C.

Abstract

Ovarian cysts occur more often in premenopausal than postmenopausal women. Most of these cysts will be benign, with the risk of malignancy increasing with age. The risk of a symptomatic ovarian cyst in a premenopausal female being malignant is

approximately 1:1,000 increasing to 3:1,000 at the age of 50. Ovarian cysts may be asymptomatic but presenting symptoms include pelvic pain, pressure symptoms and discomfort and menstrual disturbance. Functional cysts in particular can be linked with irregular vaginal bleeding or menorrhagia. Ovarian torsion is most common in the presence of an ovarian cyst. Dermoid cysts are most likely to tort. Torsion presents with sudden onset of severe colicky unilateral pain radiating from groin to loin. There may be nausea and vomiting. It is often confused with ureteric colic where the pain is similar but radiates loin to groin. Symptoms which may be suggestive of a malignant ovarian cyst, particularly in the over 50 age group, include: weight loss, persistent abdominal distension or bloating, early satiety, pelvic or abdominal pain and increased urinary urgency and frequency. CA125 levels should be checked in women who present with frequent bloating, feeling full quickly, loss of appetite, pelvic or abdominal pain or needing to urinate quickly or urgently. Symptomatic postmenopausal women, those with a cyst $>$ or $=$ 5 cm, or raised CA125 levels, should be referred to secondary care.

Ανίχνευση ωοθηκικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη

Περίληψη

Οι ωοθηκικές κύστεις εμφανίζονται πιο συχνά σε προεμμηνοπαυσιακές από ότι σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Οι περισσότερες από αυτές τις κύστεις θα είναι καλοήθεις, με τον κίνδυνο κακοήθειας να αυξάνεται με την ηλικία. Ο κίνδυνος μιας συμπτωματικής κύστης των ωοθηκών σε μια προεμμηνοπαυσιακή γυναίκα που είναι κακοήθης είναι περίπου 1: 1000 που αυξάνεται σε 3: 1.000 στην ηλικία των 50. Οι κύστεις των ωοθηκών μπορεί να είναι ασυμπτωματικές, αλλά τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πυελικό άλγος, συμπτώματα πίεσης και δυσφορία και διαταραχές της εμμήνου ρύσεως. Οι λειτουργικές κύστεις ειδικότερα μπορούν να συνδεθούν με ακανόνιστη κολπική αιμορραγία ή μηνορραγία. Η σκλήρυνση των ωοθηκών είναι συνηθέστερη παρουσία μιας κύστης των ωοθηκών. Οι δερματοειδείς κύστεις είναι πιο πιθανό να ραγούν. Η συστροφή της κύστης παρουσιάζεται με ξαφνικό πόνο, που εκπέμπει από τη βουβωνική χώρα μέχρι την οσφυϊκή χώρα. Μπορεί να υπάρχει ναυτία και έμετος. Συχνά συγχέεται με τον ουρητηρικό κολικό όπου ο πόνος είναι παρόμοιος. Τα συμπτώματα που μπορεί να υποδηλώνουν μια κακοήγη κύστη των ωοθηκών, ιδιαίτερα στην ηλικιακή ομάδα ηλικίας άνω των 50 ετών, περιλαμβάνουν:

απώλεια βάρους, επίμονη κοιλιακή διάταση ή φούσκωμα, πρόωρο κορεσμό, πυελικό ή κοιλιακό άλγος και αυξημένη και επείγουσα ανάγκη ούρησης. Τα επίπεδα CA125 θα πρέπει να ελέγχονται σε γυναίκες που παρουσιάζουν συχνά μετεωρισμό, αίσθημα πληρότητας, απώλεια όρεξης, πυελικό ή κοιλιακό άλγος ή ανάγκη ούρησης γρήγορα ή επειγόντως. Οι συμπτωματικές μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, εκείνες με κύστη > ή = 5 cm ή αυξημένα επίπεδα CA125, θα πρέπει να παραπέμπονται στη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Minerva Ginecol. 2016 Aug;68(4):450-7.

Treatment strategies for infertile women with polycystic ovary syndrome.

Vitek W, Hoeger K, Legro RS.

Abstract

Polycystic ovary syndrome (PCOS) is a common reproductive disorder that can be diagnosed when two of the following three criteria are present: menstrual irregularity, hyperandrogenism and polycystic ovaries. Factors such as the individual's body weight influence the severity of the phenotype and risk of metabolic comorbidities. While anovulatory infertility is a common issue among lean and obese reproductive-aged women with PCOS, obesity is associated with resistance to oral ovulation induction agents, lower pregnancy rates and a higher risk of pregnancy complications. Lifestyle modification is recommended as first line therapy among obese women with PCOS in order to optimize their outcomes. Among lean and obese women with PCOS, ovulation induction can be achieved with aromatase inhibitors, selective estrogen receptor modulators, insulin sensitizing agents, gonadotropins and ovarian drilling with varying rates of ovulation, live birth and multiple gestations. Assisted reproductive technologies are reserved for women who do not conceive despite restoration of ovulation or couples with additional factors contributing to their infertility. This review will outline treatment strategies for achieving a healthy pregnancy among lean and obese women with PCOS and infertility.

Στρατηγικές θεραπείας για υπογόνιμες γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών.

Περίληψη

Το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών είναι μια κοινή αναπαραγωγική διαταραχή που μπορεί να διαγνωστεί όταν δύο από τα ακόλουθα τρία κριτήρια είναι παρόντα: παρατυπίες εμμηνόρροιας, υπερανδρογοναιμία και πολυκυστικές ωοθήκες. Παράγοντες όπως το σωματικό βάρος του ατόμου επηρεάζουν τη σοβαρότητα του φαινοτύπου και τον κίνδυνο συνύπαρξης μεταβολικών νοσήματων. Ενώ η ανωορρηκτικής υπογονιμότητα είναι ένα κοινό θέμα μεταξύ ελιποβαρών και παχύσαρκων αναπαραγωγικής ηλικίας γυναικών με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, η παχυσαρκία σχετίζεται με την αντίσταση πρόκλησης ωοθυλακιορρηξίας με χορήγηση από του στόματος παράγοντες, με χαμηλότερα ποσοστά εγκυμοσύνης και μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών της κύησης. Η τροποποίηση του τρόπου ζωής συνιστάται ως θεραπεία πρώτης γραμμής μεταξύ παχύσαρκων γυναικών με σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών με σκοπό τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων τους. Μεταξύ ελιποβαρών και παχύσαρκων γυναικών με σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών, η πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας μπορεί να επιτευχθεί με αναστολείς αρωματάσης, εκλεκτικούς ρυθμιστές υποδοχέα οιστρογόνου, παράγοντες ευαισθητοποίησης ινσουλίνης, γοναδοτροπίνες και παρακέντηση των ωοθηκών με διαφορετικά ποσοστά της ωορρηξίας, ζωντανής γέννησης και πολλαπλών κυήσεων. Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι αποκλειστικά για τις γυναίκες που δεν συλλαμβάνουν, παρά την αποκατάσταση της ωορρηξίας ή σε ζευγάρια με πρόσθετους παράγοντες που συμβάλλουν στην υπογονιμότητα τους. Η ανασκόπηση αυτή θα περιγράψει τις στρατηγικές θεραπείας για την επίτευξη μιας υγιούς εγκυμοσύνης μεταξύ ελιποβαρών και παχύσαρκων γυναικών με σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών και υπογονιμότητα.

Womens Health (Lond). 2015 Nov;11(6):901-12.

Treatment strategies for the infertile polycystic ovary syndrome patient.

Tannus S, Burke YZ, Kol S.

Abstract

Polycystic ovary syndrome (PCOS) is the most common endocrine disorder in women of reproductive age. Infertility is a prevalent presenting feature of PCOS, and approximately 75% of these women suffer infertility due to anovulation. Lifestyle modification is considered the first-line treatment and is associated with improved endocrine profile. Clomiphene citrate (CC) should be considered as the first line pharmacologic therapy for ovulation induction. In women who are CC resistant, second-line treatment should be considered, as adding metformin, laparoscopic ovarian drilling or treatment with gonadotropins. In CC treatment failure, Letrozole could be an alternative or treatment with gonadotropins. IVF is considered the third-line treatment; the 'short', antagonist-based protocol is the preferred option for PCOS patients, as it is associated with lower risk of developing ovarian hyperstimulation syndrome, but with comparable outcomes as the long protocol.

Στρατηγικές θεραπείας για την άγονες ασθενείς με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών.

Περίληψη

Το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών είναι η πιο κοινή ενδοκρινική διαταραχή σε γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας. Η υπογονιμότητα είναι ένα διαδεδομένο χαρακτηριστικό του σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών, και περίπου το 75% αυτών των γυναικών πάσχουν από υπογονιμότητα που οφείλεται σε ανωορρηξία. Η τροποποίηση του τρόπου ζωής θεωρείται η θεραπεία πρώτης γραμμής και σχετίζεται με βελτιωμένο ενδοκρινικό προφίλ. Η κιτρική κλομιφαίνη (CC) θα πρέπει να θεωρείται ως η πρώτη γραμμή στη φαρμακολογική θεραπεία για πρόκληση ωορρηξίας. Σε γυναίκες που είναι ανθεκτικές στη θεραπεία με κιτρική κλομιφαίνη, θα πρέπει να εφαρμοστεί μια θεραπεία δεύτερης γραμμής, όπως η προσθήκη

μετφορμίνης, η λαπαροσκοπική διάτρηση των ωοθηκών ή η θεραπεία με γοναδοτροπίνες. Σε αποτυχία της θεραπείας με κιτρική κλομιφαίνη, η λετροζόλη θα μπορούσε να είναι μια εναλλακτική λύση ή θεραπεία με γοναδοτροπίνες. Η εξωσωματική γονιμοποίηση θεωρείται σαν θεραπεία τρίτης γραμμής. Το βραχύ πρωτόκολλο ανταγωνιστών είναι η προτιμώμενη επιλογή για τους ασθενείς με σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών, καθώς συνδέεται με χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης του συνδρόμου υπερδιέγερσης των ωοθηκών, αλλά με παρόμοια αποτελέσματα με το μακρύ πρωτόκολλο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Λίγο πιο ψηλά, στο χώρο των ωοθηκών παρατηρούνται ως καλοήθεις βλάβες οι κύστες των ωοθηκών. Οι ωοθηκικές κύστεις εμφανίζονται πιο συχνά σε προεμμηνοπαυσιακές από ότι σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Οι περισσότερες από αυτές τις κύστεις θα είναι καλοήθεις, με τον κίνδυνο κακοήθειας να αυξάνεται με την ηλικία. Οι κύστεις των ωοθηκών μπορεί να είναι ασυμπτωματικές, αλλά τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πυελικό άλγος, συμπτώματα πίεσης και δυσφορία και διαταραχές της εμμήνου ρύσεως. Η προσέγγιση στις κύστες των ωοθηκών έχει αλλάξει σημαντικά τα τελευταία χρόνια, ειδικά όσον αφορά τη διατήρησης της γονιμότητας και της διαχείρισης της στειρότητας. Η χειρουργική θεραπεία είναι η κύρια θεραπευτική επιλογή. Ωστόσο, οι μικρές ασυμπτωματικές κύστεις δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται χειρουργικά, ειδικά σε ασθενείς ηλικίας άνω των 35 ετών. Ο ρόλος της φαρμακοθεραπείας είναι αρκετά περιορισμένος. Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε ασθενείς στους οποίους η νόσος σχετίζεται με τον πόνο. Η έναρξη του πόνου είναι ένα σημάδι επιπλοκών και ένας οξύς πόνος μπορεί να υποδηλώνει συστροφή των ωοθηκών, οπότε η χειρουργική επέμβαση είναι επείγουσα. Σε όλες τις περιπτώσεις, η διάγνωση βασίζεται σε πυελικό υπερηχογράφημα. Τα συμπτώματα που μπορεί να υποδηλώνουν μια κακοήγη κύστη των ωοθηκών, ιδιαίτερα στην ηλικιακή ομάδα ηλικίας άνω των 50 ετών, περιλαμβάνουν: απώλεια βάρους, επίμονη κοιλιακή διάταση ή φούσκωμα, πρόωρο κορεσμό, πυελικό ή κοιλιακό άλγος και αυξημένη και επείγουσα ανάγκη ούρησης.

4.KΥΣΤΕΣ ΒΑΡΘΟΛΙΝΕΙΩΝ ΑΔΕΝΩΝ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Open Journal of Obstetrics and Gynecology, 2016, 6, 299-305

Incidence, Presentation and Management of Bartholin's Gland Cysts/Abscesses: A Four-Year Review in Federal Teaching Hospital, Abakaliki, South-East Nigeria

Anozie OB., Esike OC., Anozie RO., Mamah E., Eze1 N., Onoh RC.

Abstract

Background: The Bartholin's gland cysts and abscesses are one of the most common vulva cyst or abscesses in gynaecological practice. Symptomatic cases give significant discomfort to sufferers and have a negative impact on their quality of life. Objective: To investigate the incidence, pattern of presentation and management of Bartholin's gland cysts and abscesses in the Federal Teaching Hospital Abakaliki (FETHA) Ebonyi State, Nigeria. Methodology: This was a four-year retrospective study of cases of Bartholin's gland cysts and abscesses in FETHA. We studied all cases of Bartholin's gland cysts and abscesses that were managed at the Federal Teaching Hospital Abakaliki from 1st January 2012 to 31st December 2015. Results: During the study period, there were 1015 gynaecological surgical cases of which 18 were for Bartholin's gland cysts or abscess giving an incidence of 1.78%. The mean age of the patients was 28.8 ± 5.6 years with 61% of the patients within the age range of 21 to 30 years. The commonest risk factor that was found for the occurrence of Bartholin's gland cyst or abscess was previous history of the disease in 14 (77.8%) followed by previous history of sexually transmitted diseases 8 (44.4%). Pain was the commonest presenting symptom in 14 (77.8%) of cases. The left vulva was the commonest site of disease as noted in 15 (83.3%) of patients. Escherichia coli and Staphylococcus aureus were the commonest isolates on swabs with 16 (88.9%) and 14 (77.8%) prevalence respectively. The disease presented commonly in form of abscess as observed in 10 (55.6%) of patients. All the patients had Marsupialization as the modality of treatment. Conclusion: Symptomatic Bartholin's gland cyst and abscess

cause significant morbidity for the sufferers and decreased quality of life. Accurate diagnosis and treatment is advocated to prevent chronicity and complications.

**Παθολογία, Παρουσίαση και Διαχείριση των Κύστων του βαρθολίνειου αδένου:
Μια τετραετής ανασκόπηση στο Ομοσπονδιακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο,
Abakaliki.**

Περίληψη

Ιστορικό: Οι κύστες και τα αποστήματα των αδένων του Bartholin είναι μία από τις πιο συχνές κύστες αιδοίου στη γυναικολογική πρακτική. Οι συμπτωματικές περιπτώσεις προκαλούν σημαντική δυσφορία στους πάσχοντες και έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους. Σκοπός: Διερεύνηση της επίπτωσης, του τρόπου παρουσίασης και διαχείρισης των κύστεων και των αποστημάτων αδένων του Bartholin αδένου. Μεθοδολογία: Αυτή ήταν μια τετραετής αναδρομική μελέτη. Μελετήθηκαν όλες οι περιπτώσεις κύστεων και αποστημάτων του Bartholin αδένου από την 1η Ιανουαρίου 2012 έως την 31η Δεκεμβρίου 2015. Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της μελέτης υπήρξαν 1015 γυναικολογικές χειρουργικές περιπτώσεις, εκ των οποίων οι 18 ήταν για τις κύστες του Bartholin αδένου ή το 1,78%. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $28,8 \pm 5,6$ έτη με 61% των ασθενών ηλικίας 21 έως 30 ετών. Ο συχνότερος παράγοντας κινδύνου που διαπιστώθηκε για την εμφάνιση της κύστης ή του αποστήματος του αδένου του Bartholin ήταν το προηγούμενο ιστορικό της νόσου σε 14 (77,8%) ακολουθούμενο από το προηγούμενο ιστορικό σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων 8 (44,4%). Ο πόνος ήταν το συνηθέστερο σύμπτωμα στο 14 (77,8%) των περιπτώσεων. Η αριστερή περιοχή του αιδοίου ήταν η συνηθέστερη θέση της νόσου όπως σημειώθηκε σε 15 (83,3%) ασθενών. Τα *Escherichia coli* και ο *Staphylococcus aureus* ήταν τα συνηθέστερα μικρόβια που απομονώθηκαν σε επιχρίσματα με 16 (88,9%) και 14 (77,8%) αντίστοιχα. Η ασθένεια παρουσιάζεται συχνά υπό μορφή αποστήματος όπως παρατηρήθηκε σε 10 (55,6%) των ασθενών. Συμπέρασμα: Η συμπτωματική κύστη και το απόστημα των αδένων του Bartholin προκαλούν σημαντική νοσηρότητα για τους πάσχοντες και μειωμένη ποιότητα ζωής. Η ακριβής διάγνωση και θεραπεία υποστηρίζεται για την πρόληψη της χρονιότητας της ασθένειας και των επιπλοκών.

Curr Urol. 2015 May;8(1):22-5.

Clinical Pathology of Bartholin's Glands: A Review of the Literature.

Lee MY, Dalpiaz A, Schwamb R, Miao Y, Waltzer W, Khan A.

Abstract

The Bartholin's glands are located symmetrically at the posterior region of the vaginal opening and play an important role in the female reproductive system. These two pea-sized glands are involved in mucus secretion and vaginal lubrication. Cyst formation in the glands is common and results from mucus build-up in gland ducts. It is important to monitor such cysts because they may occur in the form of carcinomas. Larger cysts and abscesses are found in the lower vestibular region and typically present with erythema and edema. Biopsy is an effective method for distinguishing between Bartholin's gland cysts and differential diagnosis. While smaller cysts may be asymptomatic and may be left untreated, larger cysts require medical attention. Several treatment options are available, including marsupialization and CO2 laser. Healing and recovery depend on the severity of infection and course of treatment.

Κλινική Παθολογία των βαρθολινείων αδένων: Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Περίληψη

Οι βαρθολινείοι αδένες βρίσκονται συμμετρικά στην οπίσθια περιοχή του κολπικού ανοίγματος και παίζουν σημαντικό ρόλο στο αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας. Αυτοί οι δύο αδένες με μεγέθους μπιζελιού εμπλέκονται στην έκκριση βλέννας και στην κολπική λίπανση. Ο σχηματισμός κύστεων στους αδένες είναι κοινός και προκύπτει από τη συγκέντρωση βλέννας στους αγωγούς των αδένων. Είναι σημαντικό να παρακολουθούνται αυτές τις κύστες επειδή μπορεί να εμφανιστούν με τη μορφή καρκινωμάτων. Μεγαλύτερες κύστες και αποστήματα βρίσκονται στην κατώτερη αιθουσαία περιοχή και τυπικά εμφανίζονται με ερύθημα και οίδημα. Η

βιοψία είναι μια αποτελεσματική μέθοδος για τη διάκριση μεταξύ των κύστεων και της διαφορικής διάγνωσης. Ενώ οι μικρότερες κύστεις μπορεί να είναι ασυμπτωματικές και μπορεί να αφεθούν χωρίς θεραπεία, οι μεγαλύτερες κύστες απαιτούν ιατρική φροντίδα. Διατίθενται πολλές επιλογές θεραπείας, όπως εξάχνωση και λέιζερ CO₂. Η θεραπεία και η ανάρρωση εξαρτώνται από τη σοβαρότητα της λοίμωξης και την πορεία της θεραπείας.

Eur Arch Med Res 2018; 34 (3): 179-81

Bartholin Gland Excision:An Evaluation of 149 Cases

Berna Aslan Çetin , Pınar Yalçın Bahat , Nadiye Köroğlu , Hale Çetin , Aysu Akça

Abstract

Objective: The purpose of this retrospective study was to examine cases with Bartholin gland excision due to Bartholin cyst or abscess.

Methods: The files of 149 patients who underwent total excision of the Bartholin gland due to cyst or abscess in Istanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital between January 2011 and December 2016 were retrospectively evaluated for demographic features, obstetric and medical history of the patients, location and size of the Bartholin cyst or abscess, complaints, duration of operation, and postoperative complications.

Results: The mean age of the patients was 33.33±7.126 years. Of the patients, 35 were nulliparous, and 108 had vaginal delivery. The mean diameter of the cyst was found to be 3.18 cm. There were 20 patients with recurrent cases of Bartholin abscesses. The mean duration of operation was 22.42 min. The most common complaint was pain.

Conclusion: Bartholin gland cyst or abscess is more prevalent in sexually active individuals in the reproductive age who has a history of surgical intervention in this region. In recurrent cases, total excision of the Bartholin gland is preferred despite the results, such as scarring and dyspareunia.

Κύστες των βαρθολινείων αδένων: Αξιολόγηση 149 υποθέσεων

Περίληψη

Σκοπός: Σκοπός αυτής της αναδρομικής μελέτης ήταν η εξέταση περιπτώσεων κύστεων των Bartholinίων αδένων ή αποστήματος αυτών.

Μέθοδοι: Τα αρχεία 149 ασθενών που υποβλήθηκαν σε πλήρη εκτομή του Bartholinείου αδένου λόγω κύστης ή αποστήματος στο Istanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital μεταξύ Ιανουαρίου 2011 και Δεκεμβρίου 2016 αξιολογήθηκαν αναδρομικά για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το μαιευτικό και ιατρικό ιστορικό των ασθενών, τη θέση και το μέγεθος της κύστης ή του αποστήματος, τη διάρκεια της επέμβασης και των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $33,33 \pm 7,126$ έτη. Από τις ασθενείς, οι 35 ήταν άτεκνες και οι 108 είχαν κολπικό τοκετό. Η μέση διάμετρος της κύστης βρέθηκε να είναι 3,18 cm. Υπήρχαν 20 ασθενείς με υποτροπιάζουσες περιπτώσεις αποστημάτων. Η μέση διάρκεια επέμβασης ήταν 22,42 λεπτά. Το πιο κοινό σύμπτωμα ήταν ο πόνος.

Συμπέρασμα: Η κύστη ή το απόστημα του Bartholinείου αδένου είναι πιο διαδεδομένα σε σεξουαλικά ενεργά άτομα στην αναπαραγωγική ηλικία, που έχουν ιστορικό χειρουργικής επέμβασης στην περιοχή αυτή. Σε υποτροπιάζουσες περιπτώσεις, προτιμάται η συνολική εκτομή του αδένου παρά τις επιπλοκές, όπως ο σχηματισμός ουλής και η δυσπαρευνία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Στην περιοχή του κόλπου και του αιδοίου, οι πιο συχνές καλοήθειες καταστάσεις είναι οι κύστες και τα αποστήματα των Bartholinίων αδένων. Οι Bartholinίοι αδένες βρίσκονται συμμετρικά στην οπίσθια περιοχή του κολπικού ανοίγματος και παίζουν σημαντικό ρόλο στο αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας. Αυτοί οι δύο αδένες με μεγέθους μπιζελιού εμπλέκονται στην έκκριση βλέννας και στην κολπική λίπανση. Ο σχηματισμός κύστεων στους αδένες είναι κοινός και προκύπτει από τη συγκέντρωση βλέννας στους αγωγούς των αδένων. Οι κύστες και τα αποστήματα του Bartholinείου αδένων συνιστούν τις πιο συχνές καλοήθειες καταστάσεις αιδοίου στη γυναικολογική πρακτική. Η μέση ηλικία των ασθενών με αυτές τις κύστες από 20-30 ετών. Ο συχνότερος παράγοντας κινδύνου που

διαπιστώθηκε για την εμφάνιση της κύστης ή του αποστήματος ήταν το προηγούμενο ιστορικό της νόσου και το προηγούμενο ιστορικό σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Ο πόνος ήταν το συνηθέστερο σύμπτωμα. Η ασθένεια παρουσιάζεται συχνά υπό μορφή αποστήματος. Η βιοψία είναι μια αποτελεσματική μέθοδος για τη διάκριση μεταξύ των κύστεων και της διαφορικής διάγνωσης. Ενώ οι μικρότερες κύστεις μπορεί να είναι ασυμπτωματικές και μπορεί να αφεθούν χωρίς θεραπεία, οι μεγαλύτερες κύστες απαιτούν ιατρική φροντίδα. Διατίθενται πολλές επιλογές θεραπείας, όπως η χρήση λέιζερ.

5.ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΟΙ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Open Journal of Obstetrics and Gynecology, 2015, 5, 592-599

Endometrial Polyps: Which Patients Should Be Selected for Hysteroscopic Surgery? —A Study Using Data from the Swedish National Quality Registry of Gynecological Surgery

Zacharias S., Löfgren M.

Abstract

Objective: To illuminate the findings after hysteroscopic surgery of endometrial polyps. Method: Data were extracted from The Swedish National Quality Registry of Gynecological Surgery. Endometrial polyps were identified in 1934 cases in a total of 4512 hysteroscopic operations. Data on all hysteroscopic procedures registered as surgery of endometrial polyps between 1997 and January 2013 were analyzed with logistic regression analysis and effect size was calculated. Main outcome measure was malignancy in endometrial polyps. Results: The most frequently reported symptoms of endometrial polyps were: postmenopausal bleeding, metrorrhagia, pain, and infertility. Among the registered biopsies, there were: 30 malignancies (1.8%), and 41 dysplasias (2.5%). The remaining polyps were benign. Only 1/30 cancer patients were <52 years old ($p < 0.001$). Among those women with dysplasia, 12/41 (29%) were <52 years old ($p = 0.07$). All cancerpatients at age ≥ 52 had postmenopausal bleeding. The <52-year-old cancer patient had treatment-resistant bleeding. Increasing weight was a risk factor associated with tissue alterations in endometrial polyps ($p = 0.014$), controlling for age as a confounding factor. Conclusion: Hysteroscopic surgery should be recommended for women with postmenopausal bleeding and presence of endometrial polyps according to the findings of this study. The results further indicate a low risk of malignancy in premenopausal women <52 years with endometrial polyps.

Ενδομήτριοι Πολύποδες: Ποιοι Ασθενείς θα πρέπει να επιλέγονται για Υστεροσκοπική Χειρουργική; -Μελέτη που χρησιμοποιεί δεδομένα από το εθνικό σουηδικό μητρώο ποιότητας της γυναικολογικής χειρουργικής

Περίληψη

Στόχος: Να εξεταστούν τα ευρήματα μετά από την υστεροσκοπική χειρουργική επέμβαση εκτομής ενδομητρικών πολύποδων. **Μέθοδος:** Τα δεδομένα εξήχθησαν από το Σουηδικό Εθνικό Μητρώο Ποιότητας της Γυναικολογικής Χειρουργικής. Οι πολύποδων ενδομητρίου εντοπίστηκαν σε 1934 περιπτώσεις σε σύνολο 4512 υστεροσκοπικών επεμβάσεων. Τα δεδομένα για όλες τις υστεροσκοπικές διαδικασίες που καταχωρήθηκαν ως χειρουργική επέμβαση πολύποδων ενδομητρίου μεταξύ 1997 και Ιανουαρίου 2013 αναλύθηκαν με ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης και υπολογίστηκε το μέγεθος της επίδρασης. Κύριο μέτρο έκβασης ήταν η κακοήθεια των πολύποδων του ενδομητρίου. **Αποτελέσματα:** Τα πιο συχνά αναφερόμενα συμπτώματα των πολύποδων ενδομητρίου ήταν: μετεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία, μητρορραγία, πόνος και στειρότητα. Μεταξύ των καταχωρημένων βιοψιών, υπήρξαν: 30 κακοήθειες (1,8%) και 41 δυσπλασίες (2,5%). Οι υπόλοιποι πολύποδες ήταν καλοήθεις. Μόνο 1/30 ασθενείς με καρκίνο ήταν <52 ετών ($p < 0,001$). Μεταξύ αυτών των γυναικών με δυσπλασία, 12/41 (29%) ήταν ηλικίας <52 ετών ($p = 0,07$). Όλοι οι ασθενείς με καρκίνο ηλικίας ≥ 52 είχαν μετεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία. Η ασθενής με καρκίνο <52 ετών είχε ανθεκτική στη θεραπεία αιμορραγία. Η αύξηση του βάρους ήταν ένας παράγοντας κινδύνου που σχετίζεται με τις μεταβολές των ιστών στους πολύποδες του ενδομητρίου ($p = 0,014$), ελέγχοντας την ηλικία ως παράγοντα επικράτησης. **Συμπέρασμα:** Η υστεροσκοπική χειρουργική θα πρέπει να συνιστάται για γυναίκες με μετεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία και παρουσία πολύποδων ενδομητρίου σύμφωνα με τα ευρήματα αυτής της μελέτης. Τα αποτελέσματα δείχνουν περαιτέρω χαμηλό κίνδυνο κακοήθειας σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες <52 ετών με πολύποδων ενδομητρίου.

J Obstet Gynaecol India. 2017 Feb; 67(1): 9–14.

Endometrial Polyps and Subfertility

Chami A., Saridogan E.,

Abstract

Endometrial polyps are frequently seen in subfertile women, and there is some evidence suggesting a detrimental effect on fertility. How polyps contribute to subfertility and pregnancy loss is uncertain and possible mechanisms are poorly understood. It may be related to mechanical interference with sperm transport, embryo implantation or through intrauterine inflammation or altered production of endometrial receptivity factors. Different diagnostic modalities such as two- or three-dimensional transvaginal ultrasound, saline infusion sonography or hysteroscopy are commonly used to evaluate endometrial polyps with good detection rates. The approach of clinicians towards polyps detected during infertility investigations is not clearly known, and it is quite likely that there is wide variation amongst different groups. Most clinicians suggest hysteroscopy and polyp removal if a polyp is suspected before stimulation for in vitro fertilisation or a frozen embryo transfer cycle. However, the clinical evidence and benefit of different management options during assisted reproduction technology cycles are conflicting. Currently, there is insufficient evidence to recommend one particular option over others when a polyp is suspected during stimulation for in vitro fertilisation. A properly designed randomized controlled trial is needed to determine the best treatment option.

Πολύποδες ενδομητρίου και υπογονιμότητα

Περίληψη

Οι πολύποδες του ενδομητρίου παρατηρούνται συχνά σε υπογονιμικές γυναίκες και υπάρχουν αρκετά στοιχεία που υποδηλώνουν αρνητική επίδραση στη γονιμότητα. Ο τρόπος με τον οποίο οι πολύποδες συμβάλλουν στη υπογονιμότητα και η απώλεια εγκυμοσύνης είναι αβέβαιος και οι πιθανοί μηχανισμοί είναι ελάχιστα κατανοητοί. Μπορεί να σχετίζεται με μηχανικές παρεμβολές στη μεταφορά των

σπερματοζωαρίων, στην εμφύτευση εμβρύων ή μέσω ενδομήτριας φλεγμονής ή στην αλλοίωση των παραγόντων ανάπτυξης του ενδομητρίου. Διαφορετικοί διαγνωστικοί τρόποι, όπως ο δισδιάστατος ή τρισδιάστατος υπερηχογράφος, η υπερηχογραφική ανάλυση ή η υστεροσκόπηση, χρησιμοποιούνται συνήθως για την αξιολόγηση των πολυπόδων του ενδομητρίου με καλούς ρυθμούς ανίχνευσης. Η προσέγγιση για τους πολύποδες που εντοπίστηκαν κατά τις έρευνες υπογονιμότητας δεν είναι σαφώς γνωστή και είναι πολύ πιθανό ότι υπάρχει μεγάλη ποικιλία μεταξύ διαφορετικών ομάδων. Οι περισσότεροι κλινικοί γιατροί προτείνουν την αποφυγή της υστεροσκόπησης και της απομάκρυνσης πολύποδων εάν υπάρχει υπόνοια ύποπτου πολύποδα πριν από τη διέγερση για γονιμοποίηση in vitro ή σε προσπάθεια εμφύτευσης εμβρύου. Ωστόσο, τα κλινικά στοιχεία και τα πλεονεκτήματα των διαφόρων επιλογών διαχείρισης κατά τη διάρκεια της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι αντικρουόμενα. Επί του παρόντος, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να προτείνεται μια συγκεκριμένη επιλογή έναντι των άλλων όταν υπάρχει υποψία πολυπόδων κατά τη διάρκεια της διέγερσης για γονιμοποίηση in vitro. Για τον προσδιορισμό της καλύτερης θεραπευτικής επιλογής απαιτείται κατάλληλα σχεδιασμένη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή.

Eur J Gynaecol Oncol. 2016;37(6):827-832.

Endometrial malignancies arising on endometrial polyps and precursor lesions.

Eken MK, Kaygusuz EI, Ilhan G, Devranoglu B, Cogendez E, Keyif B, Karateke A.

Abstract

INTRODUCTION:

Polyps are covered with endometrial epithelium and composed of varying proportions of gland, stroma, and blood vessels. Traditionally, endometrial polyps are accepted as a precursor of cancer. The aim of this study was to evaluate the relationship between malignancies arising on endometrial polyps and precursor lesions of these malignancies.

MATERIALS AND METHODS:

Data of patients who underwent total abdominal hysterectomy because of a malignancy diagnosed on endometrial polyps were obtained retrospectively from pathology archives.

RESULTS:

When all malignancies on endometrial polyp were considered, 37% of cases were Type I, 55% were Type II, and 7% were carcinosarcoma. Endometrial intraepithelial carcinoma (EIC) was detected as tumor-adjacent areas on the polyp in eight of the patients who were diagnosed with serous carcinoma.

CONCLUSION:

The authors found a precursor lesion in 20 (74%) of their patients who showed endometrial malignancy developing on endometrial polyps. Even when an overt malignancy is not detected on polyps in the curettage material, precursor lesions should be carefully searched.

Ανωμαλίες του ενδομητρίου που προκύπτουν από πολύποδες ενδομητρίου και πρόδρομες αλλοιώσεις.

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Οι πολύποδες καλύπτονται με ενδομητρικό επιθήλιο και αποτελούνται σε κάθε περίπτωση από διαφορετικά στρώματα αδένων, σώματος της μήτρας και αιμοφόρων αγγείων. Παραδοσιακά, οι πολύποδες του ενδομητρίου θεωρούνται ως προκαρκινικές αλλοιώσεις. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογηθεί η σχέση μεταξύ κακοηθειών που προκύπτουν από πολύποδες του ενδομητρίου και οι πρόδρομες αλλοιώσεις αυτών ως προκαρκινικές.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:

Τα δεδομένα των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ολική υστερεκτομή εξαιτίας μιας κακοήθειας που διαγνώστηκε σε πολύποδα του ενδομητρίου λήφθηκαν αναδρομικά από ιατρικά αρχεία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Αφού εξετάστηκαν όλες οι κακοήθειες στους ενδομήτριους πολύποδες, φάνηκε ότι το 37% των περιπτώσεων ήταν τύπου I, το 55% ήταν τύπου II και το 7% σάρκωμα. Το ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα του ενδομητρίου (EIC) ανιχνεύθηκε σε γειτονικές περιοχές του όγκου, κοντά στον πολύποδα σε οκτώ από τους ασθενείς που είχαν διαγνωσθεί με καρκίνο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Οι συγγραφείς βρήκαν πρόδρομη βλάβη σε 20 (74%) των ασθενών, που εμφάνισαν ενδομήτρια κακοήθεια αναπτύσσοντας ενδομητρικούς πολύποδες. Ακόμη και όταν δεν διαπιστώνεται εμφανής κακοήθεια, θα πρέπει να αναζητηθούν προσεκτικά οι πολύποδες για την ανίχνευση προδρόμων αλλοιώσεων.

Eur J Gynaecol Oncol. 2015;36(5):551-3.

Human papillomavirus effect on the development of endometrial polyps.

Korucuoglu U, Guler I, Dogan H, Biri A.

Abstract

AIM:

Although the association of human papillomavirus (HPV) with warts arising in different parts of the human body has been well-demonstrated, the association of HPV with endometrial polyps has never been studied in the literature up to now.

MATERIALS AND METHODS:

Detection of the HPV DNA was carried.

RESULTS:

Among 50 endometrial polyp samples, one endometrial polyp sample revealed a positive result for the presence of HPV type 18.

CONCLUSIONS:

This first study in the medical literature investigating the possible effect of HPV on the development of endometrial polyps has demonstrated that HPV might have a role in the development of some of the endometrial polyps. If the present authors' hypothesis that endometrial polyps caused by carcinogenic HPV types are prone to proceed to endometrial cancer if left untreated is correct, HPV vaccine has a potential to prevent development of at least some of the endometrial polyps and endometrial cancers.

Η επίδραση των ιών των ανθρώπινων θηλωμάτων στην ανάπτυξη των πολυπόδων του ενδομητρίου.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ:

Αν και η συσχέτιση των ιών των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) με τα κονδυλώματα, που εμφανίζονται σε διαφορετικά μέρη του ανθρώπινου σώματος έχει αποδειχθεί καλά, η συσχέτιση του HPV με τους πολυπόδων του ενδομητρίου δεν έχει μελετηθεί μέχρι τώρα στη βιβλιογραφία.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:

Διεξήχθη η ανίχνευση του HPV DNA σε ενδομητρικούς πολύποδες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Από τα 50 δείγματα πολυπόδων ενδομητρίου, σε ένα μόνο δείγμα πολυπόδων του ενδομητρίου βρέθηκε θετικό αποτέλεσμα για την παρουσία τύπου HPV 18.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Αυτή η πρώτη μελέτη στην ιατρική βιβλιογραφία που διερευνά την πιθανή επίδραση του HPV στην ανάπτυξη πολυπόδων ενδομητρίου έχει δείξει ότι ο HPV μπορεί να έχει κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη πολυπόδων του ενδομητρίου. Η υπόθεση των παρόντων συγγραφέων είναι ότι οι ενδοθηλιακοί πολύποδες που προκαλούνται από καρκινογόνους τύπους HPV, μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνο του ενδομητρίου εάν αφεθούν χωρίς θεραπεία. Έτσι το εμβόλιο κατά των HPV έχει τη δυνατότητα να

εμποδίζει την ανάπτυξη τουλάχιστον μερικών ενδοθηλιακών πολύποδων και καρκίνων του ενδομητρίου.

Surg Technol Int. 2016 Apr;28:177-84.

"See-and-Treat" Hysteroscopy in the Management of Endometrial Polyps.

Wortman M.

Abstract

Endometrial polyps (EPs) are a common cause of abnormal uterine bleeding (AUB) in perimenopausal and postmenopausal women and are typically suggested by a screening transvaginal ultrasound. In addition, the increasing use of pelvic imaging often discloses asymptomatic EPs. The introduction of small diameter hysteroscopes and resectoscopes-often no larger than a SIS catheter-now allows most women with abnormal ultrasound findings to undergo a single-stage "see-and-treat" hysteroscopy for the management of endometrial polyps. In order to provide optimal management of endometrial polyps, however, a variety of known and unknown factors must be considered prior to "see-and-treat" hysteroscopy. For a woman wishing to preserve or enhance her fertility, hysteroscopic polypectomy-with care to avoid collateral endometrial damage-remains the standard of care. However, the literature reveals three issues that are important to address. First, that many premalignant and malignant lesions are found at the polyp base. Second, that there is a significant recurrence risk following simple polypectomy; this is especially true in tamoxifen-treated women. Third, that polypectomy alone is often insufficient for the satisfactory management of AUB. By offering a variety of options to women undergoing hysteroscopic polypectomy-including partial or total endomyometrial resection-the author addresses many of the limitations of traditional polypectomy.

«Βλέπουμε και θεραπεύουμε» με υστεροσκόπηση στην αντιμετώπιση των ενδομήτριων πολυπόδων

Περίληψη

Οι πολυπόδες του ενδομητρίου είναι μια κοινή αιτία της μη φυσιολογικής αιμορραγίας της μήτρας στις περι-εμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές

γυναίκες και τυπικά ανιχνεύονται με διακολπικό υπερηχογράφημα. Επιπλέον, η αυξανόμενη χρήση της πυελικής απεικόνισης συχνά αποκαλύπτει ασυμπτωματικούς πολυπόδες του ενδομητρίου. Η εισαγωγή υστεροσκοπίων μικρής διαμέτρου επιτρέπει πλέον στις περισσότερες γυναίκες με μη φυσιολογικά ευρήματα υπερηχογραφήματος να υποβληθούν σε μία μονοθεραπεία "βλέπουμε και θεραπεύουμε" κατά την υστεροσκόπηση, για τη διαχείριση των πολυπόδων του ενδομητρίου. Για να εξασφαλιστεί η βέλτιστη διαχείριση των πολυπόδων του ενδομητρίου, ωστόσο, πρέπει να εξεταστεί η ύπαρξη ποικίλων γνωστών και άγνωστων παραγόντων πριν από την υστεροσκόπηση. Για μια γυναίκα που επιθυμεί να διατηρήσει ή να ενισχύσει τη γονιμότητά της, η υστεροσκοπική εκτομή, με μέριμνα να αποφευχθεί η βλάβη του ενδομητρίου, παραμένει το πρότυπο φροντίδας. Ωστόσο, η βιβλιογραφία αποκαλύπτει τρία θέματα που είναι σημαντικά για την αντιμετώπιση. Πρώτον, ότι πολλές προκαρκινικές και καρκινικές βλάβες βρίσκονται στη βάση πολυπόδων. Δεύτερον, ότι υπάρχει ένας σημαντικός κίνδυνος επανεμφάνισης μετά από απλή μητροσκόπηση. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στις γυναίκες που έλαβαν θεραπεία με ταμοξιφαίνη. Τρίτον, η απλή εκτομή του πολύποδα είναι συχνά ανεπαρκής για την ικανοποιητική διαχείριση της συσχετιζόμενη αιμορραγίας. Προσφέροντας μια ποικιλία επιλογών σε γυναίκες που υποβάλλονται σε υστεροσκοπική εκτομή των πολυπόδων, συμπεριλαμβανομένης της μερικής ή ολικής εκτομής του ενδομήτριου, ο συγγραφέας αντιμετωπίζει πολλούς από τους περιορισμούς της παραδοσιακής εκτομής των πολυπόδων.

Gynecol Obstet Invest. 2014;78(1):26-32.

Recurrence of endometrial polyps.

Paradisi R, Rossi S, Scifo MC, Dall'O' F, Battaglia C, Venturoli S.

Abstract

AIMS:

To estimate the recurrence rate of patients with endometrial polyps and to evaluate whether the recurrence can be correlated with the histopathologic features of the polyp.

METHODS:

Two hundred and eighty-two women with endometrial polyps in both pre- or postmenopausal period and suffering from abnormal uterine bleeding or not were treated by resectoscopic surgery in a tertiary university hospital and were subsequently followed to check for polyp recurrence.

RESULTS:

Polyp recurrence rate after hysteroscopic surgery and correlation between recurrence and main demographic, hysteroscopic and histopathologic characteristics were analyzed. During mean $\pm$ SD follow-up period of 26.3 ± 19.7 months, the overall recurrence rate was high (13.3%) and did not vary ($p = \text{NS}$) with age, parity, weight or other demographic characteristics of the patients or with the hysteroscopic appearance. On the contrary, the histopathologic features showed significant differences between patients with and without polyp recurrence. Recurrence rate was higher ($p < 0.001$) in women with histopathologically hyperplastic polyps without atypia and lower ($p < 0.001$) in women with benign polyps.

CONCLUSION:

The study shows that after resectoscopic polypectomy, the recurrence rate of endometrial polyps is high (13.3%). Moreover, the hyperplastic polyps without atypia recur more frequently than benign ones.

Υποτροπή των πολύποδων του ενδομητρίου.

Περίληψη

ΣΤΟΧΟΙ:

Να εκτιμηθεί το ποσοστό υποτροπής των ασθενών με πολύποδες του ενδομητρίου και να αξιολογηθεί εάν η υποτροπή μπορεί να συσχετιστεί με τα ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά του.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Διακόσιες ογδόντα δύο γυναίκες με πολύποδες του ενδομητρίου λίγο πριν και μετά την εμμηνόπαυση, οι οποίοι πάσχουν από μη φυσιολογική αιμορραγία της μήτρας, υποβλήθηκαν σε θεραπεία με ενδοσκοπική χειρουργική επέμβαση σε τριτοβάθμιο πανεπιστημιακό νοσοκομείο και στη συνέχεια παρακολούθηθηκαν για να ελέγχει η υποτροπή της των πολυπόδων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Αναλύθηκαν το ποσοστό επανεμφάνισης πολυπόδων μετά από υστεροσκοπική χειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση μεταξύ υποτροπής και βασικών δημογραφικών, υστεροσκοπικών και ιστοπαθολογικών χαρακτηριστικών. Κατά τη διάρκεια μέσης περιόδου $\pm$ SD παρακολούθησης $26,3 \pm 19,7$ μηνών, το συνολικό ποσοστό υποτροπής ήταν υψηλό (13,3%) και δεν μεταβάλλεται ($p = \text{NS}$) με την ηλικία, το βάρος ή άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών ή με την υστεροσκοπική εμφάνιση. Αντίθετα, τα ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά έδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών με και χωρίς υποτροπή του πολύποδα. Ο ρυθμός υποτροπής ήταν υψηλότερος ($p < 0,001$) σε γυναίκες με ιστοπαθολογικά υπερπλαστικούς πολύποδες χωρίς ατυπία και χαμηλότερος ($p < 0,001$) σε γυναίκες με καλοήθεις πολύποδες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Η μελέτη δείχνει ότι μετά την υστεροσκοπική εκτομή του πολύποδα, το ποσοστό επανεμφάνισης των πολυπόδων ενδομητρίου είναι υψηλό (13,3%). Επιπλέον, οι υπερπλαστικοί πολύποδες χωρίς ατυπία εμφανίζονται συχνότερα από τους καλοήθεις.

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017 Sep;216:138-142.

Risk of malignancy on suspicion of polyps in menopausal women.

Bel S, Billard C, Godet J, Viviani V, Akladios C, Host A, Faller E, Boisrame T, Hummel M, Baldauf JJ, Lecoindre L, Garbin O.

Abstract

Improved performances in gynaecological ultrasonography have enabled an increasing number of often asymptomatic endometrial polyps to be detected. Most of

these polyps are removed surgically, as a precautionary measure, so as not to miss a case of endometrial cancer. Nonetheless, this management strategy is based solely on the sonographer's judgement and a number of these operations, which are probably of no benefit, could be avoided. In order to do so, risk factors for malignancy need to be identified.

OBJECTIVE:

Estimate the prevalence of lesions in menopausal patients with a pre-operative diagnosis of endometrial polyp. Establish risk factors for malignancy.

STUDY DESIGN:

This is a single-centre retrospective study. Enrolment criteria were menopausal patients aged over 45 who had undergone hysteroscopic resection of a polyp. Pre-op diagnosis was made either by ultrasonography or diagnostic hysteroscopy. Malignant lesions included cancers and atypical hyperplasia. Benign lesions consisted of simple polyps, non-atypical simple hyperplasia and non-atypical complex hyperplasia. Risk factors studied were existing abnormal uterine bleeding, endometrial thickness, personal or first-degree family history of gynaecological cancer (breast, cervix, endometrium, ovary) and age on diagnosis.

RESULTS:

631 patients were enrolled of whom 30 presented a malignant disorder (4.75%); 579 patients (91.76%) presented a simple polyp, 11 a non-atypical simple hyperplasia (1.74%) and 11 a non-atypical complex hyperplasia (1.74%). On univariate analysis age alone proved to be statistically significant (OR 1.05; 95%CI=[1.02-1.09] $p<0.01$), with a threshold of 59 years of age on the ROC curve. On multivariate analysis, factors predictive of a malignant lesion were age (OR=1.06; 95%CI [1.02-1.10]), existence of AUB (OR=2.4; 95% CI [1.07-5.42]) and family history (OR=2.88; 95%CI [1.08-7.67]). Neither the univariate nor multivariate model was able to demonstrate a statistically significant relationship with respect to endometrial thickness. The risk of malignancy was 12.3% in patients aged over 59 presenting AUB. For all other subgroups, the risk varied between 2.31 and 3.78%.

CONCLUSION:

The risk of a malignant lesion appears to be high (12%) in menopausal patients aged over 59 presenting an endometrial polyp detected when there is pre-existing AUB. In this situation, hysteroscopic resection of endometrial polyps should therefore be routinely proposed. For other patients, the risk of a malignant lesion is low but not insignificant, standing at about 3%. Each patient record should therefore be discussed on an individual case basis, taking into consideration the patient's pre-existing conditions, after providing clear and appropriate information.

Κίνδυνος κακοήθειας λόγω υποψίας πολυπόδων σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Περίληψη

Οι βελτιωμένες επιδόσεις στην γυναικολογική υπερηχογραφία έχουν επιτρέψει την ανίχνευση ενός αυξανόμενου αριθμού συχνά ασυμπτωματικών πολυπόδων του ενδομητρίου. Οι περισσότεροι από αυτούς τους πολύποδες αφαιρούνται χειρουργικά, ως προληπτικό μέτρο, ώστε προληφθεί μια περίπτωση καρκίνου του ενδομητρίου. Παρ' όλα αυτά, αυτή η στρατηγική διαχείρισης βασίζεται αποκλειστικά στην κρίση του γιατρού που εκτελεί τον υπέρηχο και πολλές από αυτές τις πράξεις, οι οποίες πιθανότατα δεν ωφελούν, θα μπορούσαν να αποφευχθούν. Για να γίνει αυτό, πρέπει να προσδιοριστούν οι παράγοντες κινδύνου για κακοήθεια.

ΣΚΟΠΟΣ:

Να γίνει εκτίμηση του επιπολασμού των βλαβών σε μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς με προεγχειρητική διάγνωση πολυπόδων ενδομητρίου και να γίνει καθορισμός παραγόντων κινδύνου για κακοήθεια.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΩΝ:

Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη ενός κέντρου. Τα κριτήρια επιλογής ήταν ασθενείς σε εμμηνόπαυση, ηλικίας άνω των 45 ετών που είχαν υποβληθεί σε υστεροσκοπική εκτομή πολυπόδων. Η διάγνωση έγινε είτε με υπερηχογραφία είτε με διαγνωστική υστεροσκόπηση. Οι κακοήθειες αλλοιώσεις συμπεριλάμβαναν καρκίνους και άτυπη υπερπλασία. Οι καλοήθειες αλλοιώσεις αποτελούνται από απλούς πολύποδες, μη-άτυπη απλή υπερπλασία και μη-άτυπη σύνθετη υπερπλασία. Οι

παράγοντες κινδύνου που μελετήθηκαν ήταν η μη φυσιολογική αιμορραγία της μήτρας, το πάχος του ενδομητρίου, το ατομικό ή το οικογενειακό ιστορικό του γυναικολογικού καρκίνου (στήθος, τράχηλος, ενδομήτριο, ωοθήκη) και η ηλικία στη διάγνωση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Συμπεριλήφθηκαν 631 ασθενείς από τους οποίους οι 30 εμφάνισαν κακοήγη διαταραχή (4,75%). 579 ασθενείς (91,76%) παρουσίαζαν απλό πολύποδα, 11 μια μη άτυπη απλή υπερπλασία (1,74%) και 11 μια μη-άτυπη σύνθετη υπερπλασία (1,74%). Στην ηλικία μονοπαραγοντικής ανάλυσης αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική (OR 1.05, 95% CI = [1.02-1.09] $p < 0.01$), με κατώτατο όριο 59 ετών στην καμπύλη ROC. Σε πολυπαραγοντική ανάλυση, οι παράγοντες που πρόβλεψαν μια κακοήγη βλάβη ήταν η ηλικία (OR = 1.06, 95% CI [1.02-1.10]), η ύπαρξη αιμορραγίας της μήτρας (OR = 2.4, 95% CI [1.07-5.42] 2,88 · 95% CI [1,08-7,67]). Ούτε η μονοπαραγοντική ανάλυση, ούτε το πολυπαραγοντικό μοντέλο ήταν σε θέση να αποδείξουν μια στατιστικά σημαντική σχέση σε σχέση με το πάχος του ενδομητρίου. Ο κίνδυνος κακοήθειας ήταν 12,3% σε ασθενείς ηλικίας άνω των 59 ετών που παρουσίαζαν αιμορραγία της μήτρας. Για όλες τις άλλες υποομάδες, ο κίνδυνος κυμαινόταν μεταξύ 2,31 και 3,78%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Ο κίνδυνος κακοήθους αλλοίωσης φαίνεται να είναι υψηλός (12%) σε ασθενείς σε εμμηνόπαυση, ηλικίας άνω των 59 ετών, που εμφανίζουν πολύποδα του ενδομητρίου που ανιχνεύεται όταν υπάρχει προϋπάρχουσα αιμορραγία της μήτρας. Σε αυτή την περίπτωση, η υστεροσκοπική εκτομή των πολυπόδων του ενδομητρίου θα πρέπει να προταθεί ως ρουτίνα. Για άλλους ασθενείς, ο κίνδυνος μιας κακοήθους αλλοίωσης είναι χαμηλός αλλά όχι ασήμαντος, που ανέρχεται σε περίπου 3%. Επομένως, κάθε περίπτωση ασθενών θα πρέπει να εξετάζεται μεμονωμένα, λαμβάνοντας υπόψη τις προϋπάρχουσες συνθήκες του ασθενούς, αφού παρέχει σαφείς και κατάλληλες πληροφορίες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Τέλος οι πολύποδες του ενδομητρίου είναι μια κοινή αιτία της μη φυσιολογικής αιμορραγίας της μήτρας στις περι-εμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και τυπικά ανιχνεύονται με διακολπικό υπερηχογραφήμα. Επιπλέον, η αυξανόμενη χρήση της πυελικής απεικόνισης συχνά αποκαλύπτει ασυμπτωματικούς πολυπόδες του ενδομητρίου. Με τη χρήση των υστεροσκοπίων μικρής διαμέτρου επιτρέπεται πλέον στις περισσότερες γυναίκες με μη φυσιολογικά ευρήματα υπερηχογραφήματος να υποβληθούν σε εκτομή των πολυπόδων. Οι πολύποδες του ενδομητρίου παρατηρούνται συχνά σε υπογονιμικές γυναίκες και υπάρχουν αρκετά στοιχεία που υποδηλώνουν αρνητική επίδραση στη γονιμότητα. Ο τρόπος με τον οποίο οι πολύποδες συμβάλλουν στη υπογονιμότητα είναι αβέβαιος καθώς και οι πιθανοί μηχανισμοί είναι ελάχιστα κατανοητοί. Ο κίνδυνος κακοήθους αλλοίωσης των πολυπόδων φαίνεται να είναι υψηλός στην εμμηνόπαυση. Σε αυτή την περίπτωση, η υστεροσκοπική εκτομή των πολυπόδων του ενδομητρίου θα εφαρμοστεί ως ρουτίνα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα εργασία πέτυχε να παρουσιάσει με τρόπο συστηματικό ένα ευρύ πεδίο παθολογικών καταστάσεων, που δεν παρουσιάζονται επαρκώς στη βιβλιογραφία και δεν διδάσκονται με τρόπο συστηματικό και τεκμηριωμένο σε προπτυχιακό επίπεδο. Έτσι μέσα από το συγκεκριμένη εργασία δίνεται η ευκαιρία σε συναδέλφους επαγγελματίες υγείας όλων των ειδικοτήτων και ειδικότερα σε νοσηλευτές-τριες και μαίες να έχουν σε ένα σύγγραμμα όλο το πεδίο των καλοηθών αυτών καταστάσεων και να μπορούν τεκμηριωμένα να λάβουν την επιστημονική πληροφόρηση.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αθανάτου Ε. (2010). *Κλινική νοσηλευτική - Βασικές και ειδικές νοσηλείες*. Ιατρικές Εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, σελ:110-134.
- Αντωνίου Α., Μπουργιώτη Χ., Μουλοπούλου Ε. (2015). *Απεικονιστική προσέγγιση των παθήσεων της γυναικείας πύελου*. 1ο Εργαστήριο Ακτινολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
- Γκριμπίζης Γ., Μίκος Θ., Μπόντης Ι. (2006). Ενδοσκοπική αντιμετώπιση ινομυωμάτων. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*, 18(2):134-138
- Ζαφράκας Μ., Αγοραστός Θ., Μπόντης Ι. (2009). Συντηρητική αντιμετώπιση των λειομυωμάτων της μήτρας. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*, 18(2):142-147
- Ιατράκης Γ. (2015). *Γυναικολογικά Προβλήματα και Λύσεις*. Έκδοση: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών
- Κουβελάς Σ., Σπαλιάρας Δ., Σανούλης Β., Τσαρμακλής Χ., Χαρδαβέλας Θ., Κανελλόπουλος Ν., Κατσούλης Μ. (2012). Ενδείξεις Υστερεκτομής. *Επιστημονικά Χρονικά*, 17(4): 191-199
- Κουτελέκος Ι. (2012). Μία ματιά στην περιεγχειρητική νοσηλευτική. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 1(1):1-2
- Κουτλάκη Ν., Γαλάζιος Γ. (2008). Η συμβολή της Υπερηχοϋστερογραφίας στη Διερεύνηση της Παθολογίας του Ενδομητρίου. *Υπερηχογραφία*, 5(3):141-156
- Μπαλαούρας Δ., Δανηλίδης Α., Ταντανάσης Θ., Χίτζιος Δ., Νασιουτζίκη Μ., Μακρής Β., Λουφόπουλος Π., Ταντανάσης Θ. (2013). Καλοήθεις Παθήσεις Αιδοίου και Κόλπου. *Ελληνικό Περιοδικό Γυναικολογίας & Μαιευτικής*, 12 (1): 25-30,
- Παπαδόπουλος Μ., Γκριμπίζης Γ., Μίκος Θ., Ταρλατζής Β. (2010). Λαπαροσκοπική αντιμετώπιση της αδеноμύωσης. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*, 22(1):52-56
- Παπαδόπουλος Ν. (2011). *Υστεροσκοπική ινομυωματεκτομία*. 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γυναικολογικής Ενδοσκόπησης. Ιωάννινα

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abduljabbar HS., Bukhari YA., Hachim EG., Alshour GS., Amer AA., Shaikhoun MM., Khojah MI. (2015). Review of 244 cases of ovarian cysts. *Saudi Med J*, 36(7):834-8.

- Anozie OB., Esike OC., Anozie RO., Mamah E., Eze1 N., Onoh RC. (2016). Incidence, Presentation and Management of Bartholin's Gland Cysts/Abscesses: A Four-Year Review in Federal Teaching Hospital, Abakaliki, South-East Nigeria. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 6:299-305.
- Ates S, Ozcan P, Aydin S, Karaca N. (2016). Differences in clinical characteristics for the determination of adenomyosis coexisting with leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Res.*;42(3):307-12.
- Bel S., Billard C., Godet J., Viviani V., Akladios C., Host A., Faller E., Boisrame T., Hummel M., Baldauf JJ., Lecointre L., Garbin O. (2017). Risk of malignancy on suspicion of polyps in menopausal women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 216:138-142.
- Buggio L., Monti E., Gattei U., Dridi D., Vercellini P. (2018). Adenomyosis: fertility and obstetric outcome. A comprehensive literature review. *Minerva Ginecol.*,70(3):295-302.
- Casadio P, Guasina F, Morra C, Talamo MT, Leggieri C, Frisoni J, Seracchioli R. (2016). Hysteroscopic myomectomy: techniques and preoperative assessment. *Minerva Ginecol.* ;68(2):154-66.
- Çetin B., Bahat P., Koroğlu N., Çetin H., Akça A. (2018). Bartholin Gland Excision: An Evaluation of 149 Cases. *Eur Arch Med Res*, 34 (3): 179-81.
- Chami A., Saridogan E., (2017). Endometrial Polyps and Subfertility. *J Obstet Gynaecol India*, 67(1): 9–14.
- De La Cruz MS., Buchanan EM. (2017). Uterine Fibroids: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician.*, 15;95(2):100-107.
- Di Spiezio Sardo A., Calagna G., Santangelo F., Zizolfi B., Tanos V., Perino A., De Wilde RL. (2017). The Role of Hysteroscopy in the Diagnosis and Treatment of Adenomyosis. *Biomed Res Int.*,25:18-396.
- Eken MK., Kaygusuz EI., Ilhan G., Devranoglu B., Cogendez E., Keyif B., Karateke A. (2016). Endometrial malignancies arising on endometrial polyps and precursor lesions. *Eur J Gynaecol Oncol.*,37(6):827-832.
- Fritsch H., Kuhnel W. (2009). Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομικής: Εσωτερικά Όργανα. 2η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης. Σελ: 345-357.

- Garavaglia E, Audrey S, Annalisa I, Stefano F, Iacopo T, Laura C, Massimo C. (2015). Adenomyosis and its impact on women fertility. *Iran J Reprod Med.*;13(6):327-36.
- Kashani BN, Centini G, Morelli SS, Weiss G, Petraglia F.(2015). Role of Medical Management for Uterine Leiomyomas. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 5(2):169-187
- Korucuoglu U., Guler I., Dogan H., Biri A. (2015). Human papillomavirus effect on the development of endometrial polyps. *Eur J Gynaecol Oncol*, 36(5):551-3.
- Lee MY., Dalpiaz A., Schwamb R., Miao Y., Waltzer W., Khan A. (2015). Clinical Pathology of Bartholin's Glands: A Review of the Literature. *Curr Urol.*,8(1):22-5.
- Lemone P., Burke K. (2013). Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική, τόμος 4. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός:Σελ:1955-1960.
- Lowdermilk D., Shannon P. (2013). *Νοσηλευτική Μητρότητας*. Μετάφραση – Επιμέλεια Λυκερίδου Α., Δελτσίδου Α. 8η Έκδοση. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός. Σελ:30-41.
- Nowak-Psiorz I., Ciećwież SM., Brodowska A., Starczewski A. (2019). Treatment of ovarian endometrial cysts in the context of recurrence and fertility. *Adv Clin Exp Med.* doi: 10.17219/acem/90767.
- Oliver A., Overton C.(2014). Detecting ovarian disorders in primary care. *Practitioner*, 258(1769):15-9.
- Paradisi R., Rossi S., Scifo MC., Dall'O' F., Battaglia C., Venturoli S. (2016). Recurrence of endometrial polyps. *Gynecol Obstet Invest.*,78(1):26-32.
- Parazzini F, Tozzi L, Bianchi S. (2015). Pregnancy outcome and uterine fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 15(2):21-29
- Pienkowski C., Cartault A., Carfagna L., Ernoult P., Vial J., Lemasson F., Le Mandat A., Galinier P., Tauber M. (2016). Ovarian cysts in prepubertal girls. *Endocr Dev.*, 22:101-11.
- Sparic R, Mirkovic L, Malvasi A, Tinelli A. (2016). Epidemiology of Uterine Myomas: A Review. *Int J Fertil Steril.*;9(4):424-35.
- Struble J, Reid S, Bedaiwy MA. (2016). Adenomyosis: A Clinical Review of a Challenging Gynecologic Condition. *J Minim Invasive Gynecol.* ;23(2):164-85.

- Tannus S., Burke YZ., Kol S. (2015). Treatment strategies for the infertile polycystic ovary syndrome patient. *Womens Health (Lond).*;11(6):901-12.
- Vitek W., Hoeger K., Legro RS. (2016). Treatment strategies for infertile women with polycystic ovary syndrome. *Minerva Ginecol.* ;68(4):450-7.
- Vlahos NF, Theodoridis TD, Partsinevelos GA. (2017). Myomas and Adenomyosis: Impact on Reproductive Outcome. *Biomed Res Int.*;5926470.
- Wang S, Meng X, Dong Y. (2015). The evaluation of uterine artery embolization as a nonsurgical treatment option for adenomyosis. *Int J Gynaecol Obstet.*; 15(1):16-24.
- Wortman M. (2016). "See-and-Treat" Hysteroscopy in the Management of Endometrial Polyps. *Surg Technol Int.*, 28:177-84.
- Zacharias S., Löfgren M. (2015). Endometrial Polyps: Which Patients Should Be Selected for Hysteroscopic Surgery? —A Study Using Data from the Swedish National Quality Registry of Gynecological Surgery. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5:592-599.
- Zepiridis LI, Grimbizis GF, Tarlatzis BC.(2015). Infertility and uterine fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 5(21):69-84
- Zupi E, Centini G, Sabbioni L, Lazzeri L, Argay IM, Petraglia F. (2015). Nonsurgical Alternatives for Uterine Fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 15(2):321-330.