

ΑΣΚΛΗΠΕΙΑΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2022

Τόμος 10, Τεύχος 1

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΟΥ Γ. Ν. "ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΝ ΒΟΥΛΑΣ"

- Η ψυχολογική επιβάρυνση των υγειονομικών κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19
- Επιπολασμός της σιελόρροιας σε άτομα με εγκεφαλική παράλυση: Μελέτη σε ασθενείς που διαβιούν σε Κέντρο Αποκατάστασης
- Η χρήση του Λείζερ στην αντιμετώπιση των ορθοπρωκτικών παθήσεων
- Βασικές επεμβατικές επιλογές για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό
- Ιδιοπαθές χοριοειδικό κοκκίωμα: τυχαίο εύρημα κατά τη διάρκεια οφθαλμικής εξέτασης. Περιγραφή περίπτωσης
- Μαζική ενδοκοιλιακή αιμορραγία από ρήξη έκτοπης ωθηκικής κύστης. Περιγραφή περίπτωσης



ISSN 1109-3587

ANNALS OF ASKLEPEION VOULA'S HOSPITAL

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ

Επιστημονικό Συμβούλιο Γενικού Νοσοκομείου
«Ασκληπιείον Βούλας»

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**Πρόεδρος**

A. Παστρούδης

Αναπλ. Πρόεδρος

K. Ρούμπης

Τακτικά μέλη

Γ. Γεωργιάδης

Θ.Β. Λούφα

E. Χαμόδρακα

A. Σκύρλας

E. Μαρσέλλου

Χ. Δάρα

Γ. Κυρλιγκίτσης

A. Πανά

Αναπληρωματικά μέλη

A. Τσούκας

N. Τζανάκης

Δ. Βαρβιτσιώτης

Γ. Κρεμμύδας

Γ. Γάτος

Π. Σπηλιωτακοπούλου

B. Τασιοπούλου

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Διευθυντής Σύνταξης

Θ. Β. Λούφα

Αναπλ. Διευθυντής Σύνταξης

A. Γιαννοπούλου

Μέλη

E. Θεοχάρη

A. Μακρής

A. Μάρας

A. Πανά

E. Τσαλαμανιός

E. Τσεκούρα

Γ. Χαλμούκη

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΤΥΠΩΣΗΣ

Μυτιληναίος ΑΕ

Παπαστράτου 73Α 18546 Πειραιάς

Τηλ.: 210 42 12 555, e-mail: info@Mytilinaios.com

Το περιοδικό εκδίδεται δις ετησίως

ΕΔΡΑ ΕΚΔΟΣΗΣ Βασ. Παύλου 1, Βούλα ΤΚ 16673

Τηλ. & Fax: 213 216 3760 e-mail: scientific@asklepieio.gr

Διανέμεται δωρεάν

PROPRIETOR - PUBLISHER

Scientific Committee of the General Hospital
"Asklepieion Voula's"

SCIENTIFIC COMMITTEE**President**

A. Pastroudis

Ass. President

K. Roumbis

Members

G. Georgiades

Th.V. Loufa

E. Chamodraka

A. Skyrlas

E. Marsellou

C. Dara

G. Kyrlikitsis

A. Pana

Ass. Members

A. Tsoukas

N. Tzanakis

D. Varvitsiotis

G. Kremmidas

G. Gatos

P. Spiliotakopoulou

V. Tasiopoulou

EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief

Th. V. Loufa

Ass. Editor-in-Chief

A. Giannopoulou

Members

E. Theochari

A. Makris

A. Maras

A. Pana

E. Tsalamaniotis

E. Tsekoura

G. Chalmouki

PRODUCTION - PROMOTION:

Mytilinaios SA

73A, Papastratou str., 18546 Piraeus Greece

Tel.: +30 210 42 12 555, e-mail: info@mytilinaios.com

The journal is published biannually.

ADDRESS 1 Vas. Pavlou str., Voula, 16673

Phone & Fax: 213 216 3760, e-mail: scientific@asklepieio.gr

Free of charge



I. M. ΚΥΡΙΑΚΙΔΗΣ Α.Ε.

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΠΟ ΤΟ 1979

Περιεχόμενα

Οδηγίες για τους Συγγραφείς	5
Σημείωμα Σύνταξης	8
Η ψυχολογική επιβάρυνση των υγειονομικών κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 <i>Ειρήνη Θεοχάρη, Θεοδώρα Β. Λούφα, Δημήτριος Κόντης</i>	9
Επιπολασμός της σιελόρροιας σε άτομα με εγκεφαλική παράλυση: Μελέτη σε ασθενείς που διαβιούν σε Κέντρο Αποκατάστασης <i>Αγγελική Γιαννοπούλου, Νεκτάριος Κορρές, Εμμανουήλ Βάλβης</i>	15
Η χρήση του Λείζερ στην αντιμετώπιση των ορθοπρωκτικών παθήσεων <i>Τζον Κατωγυρίτης, Προκόπης Χριστοδούλου, Αριστοτέλης Νικηταράς, Ευαγγελία Μπάλλα, Ευφροσύνη Γιαλιά, Ιωάννα Γώγουλου, Σωτήρης Αρίδας, Χρήστος Ιωαννίδης, Καλλιόπη Μπιλέρη, Γεώργιος Καπογιαννάτος</i>	23
Βασικές επεμβατικές επιλογές για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό <i>Ευθυμία Ι. Θανασά, Άννα Ι. Θανασά, Ευάγγελος Καμαρέτσος, Ευάγγελος-Εκτορας Γεροκώστας, Ιωάννης Κ. Θανασάς</i>	29
Ιδιοπαθές χοριοειδικό κοκκίωμα: τυχαίο εύρημα κατά τη διάρκεια οφθαλμικής εξέτασης. Περιγραφή περίπτωσης <i>Δημήτριος Τσουρής, Χρήστος Πίτσας, Όλγα Τσουρή</i>	36
Μαζική ενδοκοιλιακή αιμορραγία από ρήξη έκτοπης ωοθηκικής κύησης. Περιγραφή περίπτωσης <i>Άννα Ι. Θανασά, Ευθυμία Ι. Θανασά, Ευάγγελος-Εκτορας Γεροκώστας, Ευάγγελος Καμαρέτσος, Ιωάννης Κ. Θανασάς</i>	39

Οδηγίες για τους Συγγραφείς

Τα ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΑΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ είναι έκδοση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείον Βούλας» Σκοπός του είναι η ενημέρωση και η ανάδειξη του πραγματοποιούμενου επιστημονικού έργου.

Κατηγορίες κειμένων

Το περιοδικό δημοσιεύει κείμενα τα οποία αναφέρονται σε θέματα Επιστημών Υγείας των ακόλουθων κατηγοριών:

1. Άρθρα Σύνταξης: Σύντομα άρθρα ανασκόπησης και σχολιασμού επίκαιρων θεμάτων Υγείας, τα οποία γράφονται με προτροπή της Συντακτικής Επιτροπής. Όταν εκφράζουν συλλογικά την σύνταξη του περιοδικού είναι ανυπόγραφα, άλλως υπογράφονται από τους συγγραφείς.
2. Κύρια άρθρα. Πρόκειται για επίκαιρα θέματα που γράφονται με προτροπή της Συντακτικής Επιτροπής από επιστήμονα υγείας με ειδικές γνώσεις.
3. Θεματικές ενότητες
4. Ανασκοπήσεις
5. Ερευνητικές εργασίες
6. Πρακτικά θέματα
7. Παρουσιάσεις δραστηριοτήτων Τμημάτων του Νοσοκομείου
8. Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις
9. Βραχείες δημοσιεύσεις που έχουν έκταση μέχρι 2.000-2.500 λέξεις. Αυτές θα δημοσιεύονται σύντομα και μετά από αξιολόγηση της Συντακτικής Επιτροπής.
10. Επαγγελματικά θέματα
11. Εκπαιδευτικά θέματα (Στρογγυλά Τραπέζια, Σεμινάρια, Ημερίδες, Διαλέξεις)
12. Γενικά θέματα

13. Βιβλιοπαρουσιάσεις

14. Περιλήψεις άρθρων επιστημόνων υγείας που έχουν δημοσιευθεί πρόσφατα σε επιστημονικά έντυπα του εξωτερικού.

15. Επιστολές προς τη Συντακτική Επιτροπή, οι οποίες αφορούν σε α) κρίσεις για το περιοδικό, β) κρίσεις για δημοσιευμένα άρθρα, γ) κριτικές βιβλίων κ.ά. Οι επιστολές δημοσιεύονται μετά από έγκριση της Συντακτικής Επιτροπής.

Έκταση άρθρων

Τα άρθρα σύνταξης να μη υπερβαίνουν τις 1000 λέξεις. Οι ανασκοπήσεις να μη υπερβαίνουν τις 6000 λέξεις. Οι ερευνητικές εργασίες και τα πρακτικά θέματα να είναι συντομότερες και να μη υπερβαίνουν τις 3000 λέξεις. Τα γενικά θέματα και οι περιγραφές περιπτώσεων ασθενών τις 1000 λέξεις και τα γράμματα προς την σύνταξη τις 400 λέξεις. Η σύνταξη έχει το δικαίωμα δημοσίευσης άρθρων μεγαλύτερης έκτασης.

Προδιαγραφές κειμένων

1. Τα κείμενα υποβάλλονται για δημοσίευση αποκλειστικά ηλεκτρονικά στον Διευθυντή Σύνταξης στην ηλεκτρονική διεύθυνση scientific@asklepieio.gr
2. Πρέπει να είναι γραμμένα στη νεοελληνική δημοτική γλώσσα, με μονοτονικό σύστημα ή στην αγγλική. Ο διορθωτής του περιοδικού έχει το δικαίωμα να τροποποιεί γλωσσικά το κείμενο, χωρίς όμως να αλλοιώνει το ύφος του συγγραφέα.
3. Τα κείμενα πρέπει να είναι πληκτρολογημένα σε πρόγραμμα Word 1997-2003, με χαρακτήρες 12 στιγμών. Επίσης να είναι μορφοποιημένα σε διπλό διάστημα, με γραμματοσειρές Arial ή Times New Roman.

4. Όλες οι κατηγορίες των εργασιών πρέπει να περιλαμβάνουν τις εξής ενότητες: i) Σελίδα τίτλου, ii) περίληψη στην ελληνική και λέξεις - κλειδιά, iii) κείμενο της εργασίας, iv) περίληψη στην αγγλική και λέξεις-κλειδιά στην αγγλική, v) βιβλιογραφικές παραπομπές, vi) λεζάντες, vii) πίνακες και viii) εικόνες. Κάθε ενότητα αρχίζει με ξεχωριστή σελίδα. Η αρίθμηση όλων των σελίδων ακολουθεί την προαναφερόμενη σειρά των εννοιών.

Σελίδα τίτλου Περιλαμβάνει: α) τον τίτλο της εργασίας, β) το ονοματεπώνυμο και τον τίτλο του συγγραφέα ή των συγγραφέων, γ) το ίδρυμα προέλευσης της εργασίας, δ) το συνέδριο στο οποίο έχει ενδεχομένως ανακοινωθεί η εργασία, ε) το όνομα, την διεύθυνση, το τηλέφωνο και το e-mail του συγγραφέα με τον οποίο θα γίνεται η αλληλογραφία, στ) την κατηγορία της εργασίας, ζ) την πηγή χρηματοδότησης της έρευνας, εάν υπάρχει.

Ελληνική περίληψη Περιλαμβάνει τον τίτλο της εργασίας, το κείμενο της περίληψης και 3-5 λέξεις-κλειδιά. Η περίληψη πρέπει να έχει έκταση περίπου 200 λέξεων. Στις ερευνητικές εργασίες, η περίληψη περιλαμβάνει τον σκοπό, το υλικό και την μέθοδο, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα. Στις ανασκοπήσεις περιλαμβάνει στοιχεία από όλα τα κεφάλαια της ανασκόπησης καθώς και τα συμπεράσματα. Στο τέλος αυτής της σελίδας γράφονται οι λέξεις-κλειδιά, οι οποίες είναι μεμονωμένοι όροι ή μικρές φράσεις που αντιστοιχούν στους διεθνείς όρους λεξικογράφησης και αναφέρονται στο Index Medicus και Dental Index.

Κείμενο Οι ανασκοπήσεις πρέπει να περιλαμβάνουν εισαγωγή για το θέμα, όλες τις σύγχρονες βιβλιογραφικά τεκμηριωμένες απόψεις, κριτική ανάλυση των απόψεων αυτών και τα συμπεράσματα. Οι ερευνητικές εργασίες πρέπει να αποτελούνται από τα κεφάλαια: Εισαγωγή, Υλικό και Μέθοδος, Αποτελέσματα, Συζήτηση και Συμπεράσματα. Οι ενδιαφέρουσες περιπτώσεις πρέπει να αποτελούνται από σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, εκτενή παρουσίαση της περίπτωσης και συζήτηση. Στις υπόλοιπες κατηγορίες των άρθρων το κείμενο διαμορφώνεται ανάλογα με τις απαιτήσεις του θέματος.

Βιβλιογραφικές παραπομπές Οι βιβλιογραφικές παραπομπές στο κείμενο, στους πίνακες και στις λεζάντες των εικόνων προσδιορίζονται με αραβικούς αριθμούς ως εκθέτη. Η αρίθμηση των βιβλιογραφικών παραπομπών γίνεται κατ' αύξοντα αριθμό με την σειρά που αυτές εμφανίζονται στο κείμενο. Όλες οι βιβλιογραφικές παραπομπές που αναφέρονται στο κείμενο, αναγράφονται στον βιβλιογραφικό κατάλογο, ο οποίος αρχίζει σε ξεχωριστή σελίδα μετά το κείμενο. Οι συντμήσεις των τίτλων περιοδικών πρέπει να γράφονται σύμφωνα με το Index Medicus και Dental Index. Για τις συντμήσεις των ελληνικών περιοδικών οι συγγρα-

φείς πρέπει να συμβουλευονται τον σχετικό κατάλογο του ΙΑΤΡΟΤΕΚ.

Παραδείγματα γραφής των βιβλιογραφικών παραπομπών: Περιοδικό: Αναφέρονται με την σειρά τα ονόματα και τα επώνυμα των συγγραφέων μέχρι έξη (όταν είναι περισσότεροι ακολουθεί η ένδειξη «et al» προκειμένου για ξενόγλωσσα άρθρα ή «και συν.» προκειμένου για ελληνικά άρθρα), ο τίτλος της εργασίας, η συντομογραφία του περιοδικού, το έτος, ο τόμος, το τεύχος, η πρώτη και η τελευταία σελίδα της δημοσίευσης. Π.χ. Graziani F, Vescovi P, Campisi G, Favia G, Gabriele M, Gaeta GM et al: Resective surgical approach shows a high performance in the management of advanced cases of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws: a retrospective survey of 347 cases. J Oral Maxillofac Surg 2012; 70(11): 2501-7.

Σημειώτεον ότι η συντομογραφία του περιοδικού Ασκληπειακά Χρονικά είναι Ασκληπ Χρον και η αγγλική του συντομογράφηση Annals Asklep Hosp (από το Annals of Asklepieion Hospital). Βιβλίο, εγχειρίδιο, μονογραφία: Αναφέρονται με την σειρά τα επώνυμα και αρχικά των ονομάτων των συγγραφέων, ο τίτλος του βιβλίου, ο αριθμός έκδοσης, η πόλη έκδοσης, ο εκδότης, το έτος, άνω - κάτω τελεία και η σελίδα. Π.χ. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL: Dental Management. 5th ed. St. Louis. Mosby. 1997: 274. Αν η βιβλιογραφική παραπομπή αποτελεί κεφάλαιο ενός βιβλίου που έχει γραφεί από άλλο συγγραφέα, η αναφορά γίνεται ως εξής: Mitchell PF: Pain Management in the Hospital. In: Zambito RF, Black HA, Tesch LB, eds. Hospital Dentistry Practice and Education. St. Louis. Mosby. 1997: 223-242. Πρακτικά Συνεδρίου: Αναφέρονται με την σειρά τα επώνυμα και αρχικά των ονομάτων των συγγραφέων, ο τίτλος της εργασίας, ο τίτλος του συνεδρίου, έτος έκδοσης των πρακτικών, σελίδες, οργανωτής, τόπος Π.χ. Welbury R: The role of the dental team in child protection. Τόμος Πρακτικών 27ου Πανελληνίου Οδοντιατρικού Συνεδρίου, 2007, σελ. 49, Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, Αθήνα. Ιστοσελίδες: <http://www.dentalcare.com/soap/intermed/conhea.htm>, όπως αυτό εμφανίζεται την (ημερομηνία αναζήτησης).

Αγγλική περίληψη Περιλαμβάνει τον τίτλο της εργασίας, το ονοματεπώνυμο των συγγραφέων, το κείμενο της περίληψης και 3-5 λέξεις-κλειδιά. Η έκταση των περιλήψεων θα πρέπει να κυμαίνεται από 300 έως 350 λέξεις. Κατά τα άλλα ισχύουν τα αναφερόμενα στην ελληνική περίληψη.

Πίνακες Δακτυλογραφούνται σε χωριστή σελίδα που περιλαμβάνει και τη λεζάντα. Αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς που αναφέρονται στο κείμενο. Οι επεξηγήσεις των συντομογραφιών και οι τυχόν απαιτούμενες διευκρινίσεις, αναγράφονται στο τέλος του πίνακα.

Εικόνες Τα σχήματα, τα διαγράμματα και οι φωτογραφίες

πρέπει να μην εμπεριέχονται στη ροή του κειμένου της εργασίας αλλά να κατατίθενται ηλεκτρονικά σε μορφή αρχείων JPG το καθένα αποθηκευμένο ξεχωριστά. Οι λεζάντες των εικόνων γράφονται σε ξεχωριστή σελίδα με τον αύξοντα αριθμό τους και υποβάλλονται επίσης ηλεκτρονικά. Επισημαίνεται ότι εάν στις εικόνες εμφανίζεται το πρόσωπο του ασθενούς, η Συντακτική Επιτροπή κατά τη δημοσίευση θα καλύπτει τους οφθαλμούς με μαύρη ταινία για λόγους σεβασμού των προσωπικών δεδομένων.

Κρίση εργασίας

Η κρίση των εργασιών γίνεται από δύο κριτές που επιλέγονται από την Συντακτική Επιτροπή. Η Συντακτική Επιτροπή έχει το δικαίωμα να προτείνει τροποποιήσεις ή να απορρίπτει τα άρθρα που δεν ακολουθούν τις ανωτέρω οδηγίες.

Ειδικές επισημάνσεις

Για την παραλαβή κάθε επιστημονικής εργασίας για δημοσίευση, επισυνάπτεται υποχρεωτικά ενυπόγραφη διαβεβαίωση των συγγραφέων ότι η εργασία δεν έχει κατατεθεί σε άλλο επιστημονικό περιοδικό, ότι δεν περιέχει αυτούσιες προτάσεις από άλλες επιστημονικές δημοσιεύσεις (εκτός από ορισμούς, νόμους, διατάξεις και κανόνες) καθώς και ότι στο φωτογραφικό υλικό αναφέρεται σαφώς η πηγή. Τα δημοσιευμένα άρθρα, των εικόνων συμπεριλαμβανομένων, αποτελούν ιδιοκτησία του περιοδικού. Προκειμένου να αναδημοσιευθούν απαιτείται η άδεια της Συντακτικής Επιτροπής και του συγγραφέα.

Τα δημοσιευμένα άρθρα των Ασκληπειακών Χρονικών εκφράζουν τις απόψεις των συγγραφέων και όχι αναγκαστικά του Επιστημονικού Συμβουλίου ή/και της Συντακτικής Επιτροπής.

Σημείωμα Σύνταξης

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Σας παραδίδουμε τον Τόμο 10, Τεύχος 1, Έτους 2022, του περιοδικού «ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΑΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ».

Περιλαμβάνει 6 σημαντικές επιστημονικές εργασίες: 3 ανασκοπήσεις, η ψυχολογική επιβάρυνση των υγειονομικών κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID -19, η χρήση του Λείζερ στην αντιμετώπιση των ορθοπρωκτικών παθήσεων και βασικές επεμβατικές επιλογές για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό.

1 ερευνητική εργασία που με ιδιαίτερη εμβρίθεια περιγράφει τον επιπολασμό της σιελόρροιας σε άτομα με εγκεφαλική παράλυση: Μελέτη σε ασθενείς που διαβιούν σε Κέντρο Αποκατάστασης.

Ακολουθεί περιγραφή 2 ενδιαφερουσών περιπτώσεων, ιδιοπαθές χοριοειδικό κοκκίωμα: τυχαίο εύρημα κατά τη διάρκεια οφθαλμικής εξέτασης και μαζική ενδοκοιλιακή αιμορραγία από ρήξη έκτοπης ωθηκικής κύησης.

Ευχαριστούμε όλους του συναδέλφους για την συγγραφική τους συμμετοχή.

Μας χαροποιεί το γεγονός, ότι το υλικό αποτελείται από ποικιλία που άπτεται του ευρέως φάσματος των ιατρικών ειδικοτήτων, όπως και η αποστολή εργασιών από άλλα Νοσοκομεία που καταδεικνύει την ευρεία απήχηση του περιοδικού μας.

Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου
Αλέξανδρος Π. Παστρούδης

Η Διευθύντρια Σύνταξης
Δρ. Θεοδώρα Β. Λούφα



Η ψυχολογική επιβάρυνση των υγειονομικών κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19

Ειρήνη Θεοχάρη¹, Θεοδώρα Β. Λούφα², Δημήτριος Κόντης³

¹ Ψυχιατρικό Τμήμα, Γ. Ν. «Ασκληπιείο Βούλας»

² Β' Παθολογική Κλινική & Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ. Ν. «Ασκληπιείο Βούλας»

³ Μονάδα Γνωστικής Αποκατάστασης, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αθήνα

The psychological burden of the COVID-19 pandemic on healthcare workers

E. Theochari¹, Th. V. Loufa², D. Kontis³

¹ Psychiatric Department, "Asklepieion Voula's" General Hospital

² 2nd Department of Internal Medicine & Outpatient diabetes Clinic, "Asklepieion Voula's" General Hospital

³ Cognitive Rehabilitation Unit, Psychiatric Hospital of Attica, Athens

Κατηγορία εργασίας: Ανασκόπηση

Αλληλογραφία: Ειρήνη Θεοχάρη, Ψυχιατρικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας», Βούλα, τηλ: 2132163082

e-mail: drtheochari@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έναρξη της πανδημίας από τον κορωνοϊό SARS-CoV-2 άσκησε σημαντικό βαθμό πίεσης στα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο θέτοντας τους υγειονομικούς σε μια σειρά από επαγγελματικούς κινδύνους, μεταξύ των οποίων ήταν η επιδείνωση της ψυχικής τους υγείας. Η μελέτη αυτή αναδεικνύει τις πολλαπλές επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 στην ψυχική υγεία και στην ποιότητα ζωής των υγειονομικών. Βρέθηκε ότι οι πιθανότερες εμφανίσεις άγχους, κατάθλιψης, μετατραυματικής διαταραχής στρες, διαταραχών ύπνου, χρήσης

ψυχοτρόπων ουσιών, επαγγελματικής εξουθένωσης και στιγματισμού ήταν αυξημένες σε σύγκριση με αυτές στο γενικό πληθυσμό ενώ παρατηρήθηκαν και επεισόδια βίας με θύματα τους υγειονομικούς στο περιβάλλον εργασίας τους κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Οι δυσμενείς αυτές επιπτώσεις αποτελούν απειλή για την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας αλλά και για τη μελλοντική αντιμετώπιση υγειονομικών κρίσεων. Είναι αναγκαίο να ληφθούν μέτρα για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας και ευεξίας των υγειονομικών. Λέξεις κλειδιά: πανδημία COVID-19, υγειονομικοί, ψυχική υγεία.

ABSTRACT

The onset of the COVID-19 pandemic has put significant pressure on health systems around the world, exposing healthcare workers to a number of occupational hazards, including deterioration of mental health. This study highlights the multiple effects of the COVID-19 pandemic on the mental health and quality of life of healthcare workers. It was found that the chances of developing anxiety, depression, post-traumatic stress disorder, sleep

disorders, use of psychotropic substances, burnout syndrome and stigmatization were increased compared to those in the general population, while incidents of violence towards healthcare workers at work were also observed during the pandemic. This kind of conditions are threats to the effective provision of health services and also to the future response to health crises. It is necessary to take measures to improve the mental health and well-being of healthcare workers.

Key words: COVID-19 pandemic; healthcare workers; mental health.

Εισαγωγή

Στις 7 Ιανουαρίου 2020 απομονώθηκε ένας νέος τύπος κορωνοϊού μετά από λοίμωξη αναπνευστικού και θανάτους σε ασθενείς στην πόλη Γουχάν της Κίνας. Δύο μήνες αργότερα και ενώ ο ιός εξαπλωνόταν με ραγδαίους ρυθμούς, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) κήρυξε την πανδημία από τον κορωνοϊό SARS-CoV-2 καλώντας όλες τις χώρες να λάβουν επείγοντα και αυστηρά μέτρα. Η κατάσταση αυτή σήμανε τον συναγερμό στα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο ασκώντας ολοένα και μεγαλύτερη πίεση σύμφωνα με τις αυξανόμενες απαιτήσεις της πανδημίας¹.

Όλοι οι υγειονομικοί ανεξαρτήτου ειδικότητας και βαθμίδας βρέθηκαν στην πρώτη γραμμή της μάχης και εκτέθηκαν σε σημαντικούς κινδύνους με σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις. Ήδη μελέτες από προηγούμενες επιδημίες, όπως αυτή του Ebola και του SARS, είχαν επισημάνει το μεγάλο φορτίο που επωμίζονται οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας σε καταστάσεις ξεσπάσματος ασθενειών, που απειλούν άμεσα την ανθρώπινη ζωή. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις που είχαν επισημανθεί στις παλαιότερες επιδημίες αφορούσαν σε διαταραχή μετατραυματικού στρες, άγχος και κατάθλιψη τόσο κατά τη διάρκεια της επιδημίας όσο και σε διαστήματα 2 μηνών αλλά και 2 και 3 ετών μετά το τέλος της επιδημίας².

Σύμφωνα με έκθεση του Π.Ο.Υ., σχετικά με την εργασιακή ασφάλεια των υγειονομικών από την έκθεση στον κορωνοϊό SARS-CoV-2, μπορεί να προκύψουν μια σειρά από κινδύνους που αφορούν σε αυξημένη πιθανότητα νόσησης από τον ιό, τραυματισμό ή ακόμη και θάνατο. Συγκεκριμένα οι επαγγελματικοί αυτοί κίνδυνοι ταξινομούνται ως εξής: α) λοίμωξη από κορωνοϊό SARS-CoV-2 λόγω επαγγελματικής έκθεσης, β) δερματικές βλάβες και έκθεση σε αυξημένες θερμοκρασίες λόγω παρατεταμένης χρήσης του ειδικού εξοπλισμού προστασίας, γ) έκθεση σε τοξίνες λόγω αυξημένης χρήσης αντισηπτικών μέσων, δ) ψυχολογική επιβάρυνση, ε) χρόνια κόπωση και στ) στιγματισμός, διακρίσεις, σωματική και ψυχολογική βία³.

Πράγματι, ο απολογισμός σε κρούσματα και θανάτους μεταξύ των υγειονομικών αποδείχτηκε βαρύς ήδη από το πρώτο έτος της πανδημίας. Ενδεικτικά, αξίζει να αναφερθεί ότι από την έναρξη της πανδημίας μέχρι τις 8 Μαΐου 2020 σε παγκόσμιο επίπεδο είχαν καταγραφεί 152.000 κρούσματα και 1.413 θάνατοι μεταξύ των υγειονομικών. Το 70% των λοιμώξεων παρατηρήθηκαν σε γυναίκες, εκ των οποίων 40% ήταν νοσηλεύτριες ενώ στους θανάτους υπερτερούσαν οι άνδρες (70,8%) εκ των οποίων 51,4% ήταν ιατροί⁴. Αντίστοιχα, από δεδομένα του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας στην Ιταλία μέχρι τις 26 Φεβρουαρίου 2021, προέκυψε ότι 123.025 υγειονομικοί είχαν προσβληθεί από τον ιό, το οποίο αντιστοιχούσε σε 4,2% επί του συνολικού ποσοστού κρουσμάτων στη χώρα. Μεταξύ αυτών καταγράφηκαν 81 θάνατοι νοσηλευτών και 326 θάνατοι ιατρών από τον ιό⁵.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι ο υπό μελέτη πληθυσμός των υγειονομικών βρισκόταν ήδη επιβαρυνμένος λόγω δύσκολων συνθηκών εργασίας, βεβαρυμμένου εργασιακού ωραρίου, εργασία με εναλλαγή βαρδιών και υψηλά ποσοστά συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης⁶.

Σκοπός της εργασίας

Η παρούσα εργασία επιχειρεί να φωτίσει τις πολυδιάστατες επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 στην ψυχική υγεία και στην ποιότητα ζωής των υγειονομικών.

Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των υγειονομικών

Μεγάλος αριθμός μελετών (συγχρονικές, συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-ανάλυσεις) έχουν δημοσιευτεί από την έναρξη της πανδημίας σχετικά με την ανάπτυξη ψυχικών νοσημάτων στους υγειονομικούς. Δεδομένα από μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση το 2020⁷ υπολόγισε τον συγκεντρωτικό επιπολασμό του άγχους σε 23,2% και της κατάθλιψης 22,8%. Ο συγκεντρωτικός επι-

πολασμός των διαταραχών ύπνου υπολογίστηκε 34,32%. Τα περισσότερα δεδομένα που συμπεριέλαβε η μελέτη αυτή προέρχονταν από την Κίνα (33.062 συμμετέχοντες) και τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια σε σχέση με αυτά στον γενικό πληθυσμό της Κίνας κατά το αντίστοιχο χρονικό διάστημα της πανδημίας.

Σε μεταγενέστερη μετα-ανάλυση με μεγαλύτερο δείγμα υγειονομικών (N=65.706) στην Κίνα βρέθηκε ακόμη μεγαλύτερη επιβάρυνση με συγκεντρωτικό επιπολασμό 31% για μετρίου έως σοβαρού συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες, 37% για άγχος και 39% για κατάθλιψη⁸. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρθηκαν και από άλλους ερευνητές⁹ ενώ οι Aymerich et.al. στη δική τους μετα-ανάλυση σε ακόμη μεγαλύτερο πληθυσμιακό δείγμα επεσήμαναν επιπλέον τα αυξημένα ποσοστά διαταραχών ύπνου (42%) και οξείας αντίδρασης στο στρες (40%) στους υγειονομικούς¹⁰.

Τα υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης παρατηρήθηκαν στο γυναικείο φύλο και στο επάγγελμα του νοσηλεύτη^{7, 8}. Μάλιστα το επάγγελμα του νοσηλεύτη σχετίστηκε με τριπλασιασμό του κινδύνου για εκδήλωση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες και διπλασιασμό του κινδύνου για ανάπτυξη γενικευμένης αγχώδους διαταραχής⁶. Άλλοι παράγοντες κινδύνου για επίταση της ψυχικής δυσφορίας και της ψυχολογικής επιβάρυνσης φαίνεται ότι είναι ο βαθμός εμπειρίας στη διαχείριση ασθενών με COVID-19, ο συνολικός χρόνος εργασίας στους ειδικούς χώρους νοσηλείας για COVID-19 καθώς και οι αυξημένες απαιτήσεις της εργασίας στους χώρους αυτούς⁶.

Αύξηση στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών σε υγειονομικούς στη Λατινική Αμερική παρατηρήθηκε σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση¹¹. Πιο ευάλωτοι ήταν οι άνδρες, ηλικίας 40 έως 49 ετών, που ζούσαν σε αστικές περιοχές και η πιο συνηθισμένη ουσία ήταν κυρίως το αλκοόλ και σε μικρότερο βαθμό το τσιγάρο και η μαριχουάνα. Ένα σημαντικό ποσοστό των υγειονομικών (21-32%) ανέφερε ότι ξεκίνησε τη χρήση μιας ψυχοτρόπου ουσίας, 29,3% πρόσθεσε μια νέα ουσία ενώ 4% αναγκάστηκε να αλλάξει την ουσία λόγω κυρίως δυσκολιών στην πρόσβαση και τη διαθεσιμότητα.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι Bonzini et. al. μελέτησαν την επίδραση του εμβολιασμού σε πληθυσμό υγειονομικών σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο στο Μιλάνο της Ιταλίας (N=990) και βρήκαν ότι τα αυξημένα επίπεδα αγχώδους διαταραχής, που παρατηρήθηκαν στο πρώτο κύμα της πανδημίας, έπαψαν να είναι στατιστικά σημαντικά μετά τον εμβολιασμό του προσωπικού του νοσοκομείου⁶.

Επιπτώσεις στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-out syndrome)

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-out syndrome) αναφέρεται στη βιβλιογραφία ήδη από τη δεκαετία του 1960 και έχει καταλήξει να συμπεριλαμβάνεται

στην ενδέκατη αναθεωρημένη έκδοση του Διεθνούς συστήματος Ταξινόμησης των Ασθενειών (ICD-11)¹². Περιγράφεται ως μια ψυχολογική κατάσταση που προκύπτει λόγω χρόνιου συσσωρευμένου στρες, το οποίο κατακλύζει τον εργαζόμενο και του αποστερεί τα ψυχικά αποθέματα που τον καθιστούν ικανό να ανταπεξέλθει στην πίεση των ειδικών εργασιακών συνθηκών. Χαρακτηρίζεται από τρεις συνιστώσες: α) αίσθημα μειωμένης ενέργειας ή εξάντλησης, β) ψυχική αποστασιοποίηση από το αντικείμενο της εργασίας ή αίσθημα αρνητισμού και κυνισμού που σχετίζεται με την εργασία και γ) μείωση της απόδοσης στην εργασία. Το σύνδρομο αυτό δεν περιγράφεται ως ασθένεια και η περιγραφή των συμπτωμάτων περιορίζεται αποκλειστικά στον εργασιακό χώρο και όχι σε άλλους τομείς της ζωής. Οι υγειονομικοί έχουν επανειλημμένα αποδειχτεί ως μια ομάδα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση των συμπτωμάτων του συνδρόμου αυτού¹³.

Οι δυσμενείς επιπτώσεις των επιδημιών σχετικά με την ανάπτυξη συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους υγειονομικούς είχαν ήδη επισημανθεί από τις παλαιότερες επιδημικές εξάρσεις των MERS και SARS. Σε μια σχετική συστηματική ανασκόπηση οι Magnavita et. al. έδειξαν ότι το ένα τρίτο των υγειονομικών αναπτύσσει συμπτώματα συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία σχετίζονται με τα υψηλά επίπεδα στρες και με τις παρατεταμένες βάρδιες. Παράλληλα είναι πιθανό, ότι οι εργαζόμενοι, που αναπτύσσουν τα συμπτώματα αυτά, βιώνουν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης και ευεξίας στην εργασία τους και υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες για μεγάλο χρονικό διάστημα πριν ακόμα την έναρξη της επιδημίας⁵.

Σύμφωνα με μια πιο πρόσφατη μελέτη που αφορούσε στα δύο πρώτα χρόνια της πανδημίας, βρέθηκαν αυξημένα ποσοστά συμπτωμάτων συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης σε ιατρικό προσωπικό (N=2.440) στις Η.Π.Α. σε σύγκριση με προηγούμενα έτη (2020, 2017, 2014 και 2011). Συνολικά 62,8% των ιατρών εκδήλωσαν τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης μέσα στο 2021 και τα ευρήματα αυτά ήταν παρόντα σε όλες τις ιατρικές ειδικότητες¹⁴. Οι γυναίκες ιατροί εκδήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό τα συμπτώματα σε σχέση με τους άνδρες. Οι συγγραφείς επισημάναν την επικινδυνότητα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και τις δυσμενείς επιπτώσεις του στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Ο συγκεντρωτικός επιπολασμός του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης υπολογίστηκε σε 37% σε μια μετα-ανάλυση που συμπεριέλαβε 25 μελέτες και συνολικό πληθυσμό 30.873 άτομα ενώ συγκριτικά με τις τρεις συνιστώσες του συνδρόμου, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσε μεγάλα ποσοστά συναισθηματικής εξάντλησης¹⁰.

Τα παραπάνω δεδομένα επιβεβαιώθηκαν και από μια ελληνική μελέτη σε ειδικευόμενους ιατρούς (N=117) κατά τη διάρκεια του δεύτερου κύματος της πανδημίας το 2021¹⁵.

Κατά την περίοδο αυτή στην οποία οι κανονικές άδειες των υγειονομικών είχαν ανασταλεί, βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ειδικευόμενων πληρούσε τα κριτήρια της εμφάνισης του συνδρόμου με το αίσθημα της εξάντλησης να καταγράφεται σε υψηλότερα ποσοστά. Επίσης στον πληθυσμό των ειδικευόμενων που εργάζονταν στην «πρώτη γραμμή» εντοπίστηκαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, άγχους και στρες, σε σχέση με τους ειδικευόμενους που δεν εργάζονταν στην επείγουσα αντιμετώπιση των ασθενών. Τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά και με άλλες παρόμοιες μελέτες στη βιβλιογραφία¹⁶⁻¹⁹.

Στιγματισμός και επεισόδια βίας στον εργασιακό χώρο

Συχνά οι υγειονομικοί υπήρξαν θύματα βίαιης συμπεριφοράς εκ μέρους των ασθενών και των συγγενών τους και στιγματισμού, όπως έχει επισημανθεί και από τον Π.Ο.Υ.³. Τα συμβάντα αυτά έλαβαν εκτεταμένες διαστάσεις κατά τη διάρκεια της πανδημίας με αρνητικές επιπτώσεις στη λειτουργία των νοσοκομείων και στην εργασία του προσωπικού, στην ψυχική και σωματική υγεία των υγειονομικών και στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.

Οι κυριότεροι παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται με τέτοια φαινόμενα στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το αυξημένο στρες και η κόπωση, οι μεγάλες περίοδοι αναμονής των ασθενών προκειμένου να εξεταστούν, ο συνωστισμός, η επιβάρυνση από την ανακοίνωση δυσάρεστων πληροφοριών, τα ειδικά μέτρα πρόληψης και ελέγχου της COVID-19, όπως η απομόνωση των πασχόντων, η ιχνηλάτηση των επαφών των πασχόντων και η απαγόρευση της επαφής των συγγενών με τους μολυσμένους θανάτους³.

Ο στιγματισμός αναφέρεται σε μια σειρά κοινωνικών διεργασιών, που οδηγούν σε διακρίσεις και διαχωρισμούς και περιορίζουν τις ευκαιρίες και τις δυνατότητες ενός ατόμου. Εξαιτίας της εγγύτητάς τους με τους πάσχοντες, οι υγειονομικοί υπέστησαν στιγματισμό από τον κοινωνικό τους περίγυρο ως εν δυνάμει απειλή για τη διασπορά του ιού. Σε μια σχετική συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση οι Schubert et.al. αναφέρουν ότι όντως οι υγειονομικοί υπέστησαν τις επιπτώσεις του στίγματος από τις οικογένειές τους και από φιλικά τους πρόσωπα λόγω της εργασίας τους με ασθενείς που πάσχουν από COVID-19²⁰. Συχνά μάλιστα οι υγειονομικοί αναγκάζονταν να αποκρύπτουν πληροφορίες σχετικά με τη φύση της εργασίας τους προκειμένου να αποφύγουν το στιγματισμό και τον επακόλουθο κοινωνικό αποκλεισμό. Στη μόνη μελέτη που έγινε σε παγκόσμιο επίπεδο (173 χώρες) διαδικτυακά με συμμετοχή 7.411 ατόμων βρέθηκε επίσης ότι οι υγειονομικοί βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο για στιγματισμό και επεισόδια εκφοβισμού σε σχέση με την πανδημία COVID-19 σε σύγκριση με άλλες επαγγελματικές ομάδες²¹. Τα φαινόμενα αυτά οδηγούν με τη σειρά

τους σε μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη κατάθλιψης και άγχους, πυροδοτώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο δυσμενών ψυχολογικών καταστάσεων στους υγειονομικούς²⁰.

Συζήτηση

Τα παραπάνω δεδομένα αναδεικνύουν την επιβάρυνση της ψυχικής υγείας των υγειονομικών κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Οι πιθανότητες εμφάνισης άγχους, κατάθλιψης, μετατραυματικής διαταραχής στρες, διαταραχών ύπνου, χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, επαγγελματικής εξουθένωσης και στιγματισμού αποδείχτηκε ότι ήταν αυξημένες σε σύγκριση με αυτές στο γενικό πληθυσμό. Για παράδειγμα τα ποσοστά κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό κατά τη διάρκεια της πανδημίας κυμάνθηκαν μεταξύ 20,9% και 27,8% ενώ παρόμοια ήταν και τα δεδομένα για τις αγχώδεις διαταραχές, τις διαταραχές ύπνου και της οξείας αντίδρασης στο στρες¹⁰. Οι μόνες μετα-αναλύσεις που έδειξαν χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους στους υγειονομικούς ήταν εκείνες που συμπεριέλαβαν δεδομένα μόνο από τις αρχικές μελέτες της πανδημίας ενώ όλες οι μεταγενέστερες μετα-αναλύσεις συνηγορούν υπέρ των αυξημένων ποσοστών άγχους και κατάθλιψης στους υγειονομικούς. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει ότι η επιβάρυνση της ψυχικής υγείας των υγειονομικών δεν προήλθε από τα γενικά μέτρα περιορισμού που εφαρμόστηκαν στο γενικό πληθυσμό αλλά από τις ιδιαίτερες συνθήκες που επικράτησαν στα νοσοκομεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Τα υψηλά ποσοστά συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης επιδείνωσαν μια ήδη επιβαρυμένη κατάσταση στο χώρο των υγειονομικών και σχετίστηκαν με τον αυξημένο φόρτο εργασίας, τον ανεπαρκή προστατευτικό εξοπλισμό, τις μεγάλες βάρδιες και την ανεπαρκή εκπαίδευση και επιτήρηση των νεότερων εργαζομένων²². Τα χρόνια προβλήματα στην υποχρηματοδότηση των υποδομών δημόσιας υγείας, η αυξημένη γραφειοκρατία στους χώρους εργασίας και η αδυναμία προσφοράς των απαιτούμενων υπηρεσιών συνέβαλαν ακόμα περισσότερο στο αίσθημα ματαίωσης.

Στον απόηχο της μεγάλης μάχης απέναντι στην πανδημία COVID-19, πολλοί υγειονομικοί στα νοσοκομεία οδηγούνται πλέον σε σχεδιασμό παραίτησης από την εργασία τους²³. 52% των νοσηλευτών και 20% των ιατρών στις Η.Π.Α. σχεδιάζουν να εγκαταλείψουν την κλινική εργασία ενώ στην ίδια χώρα υπολογίζεται ότι θα προκύψει έλλειψη ενός εκατομμυρίου νοσηλευτών μέχρι το τέλος του τρέχοντος έτους. Όπως γίνεται σαφές, η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών τίθεται σε κίνδυνο ενώ υπονομεύεται και η προσέλκυση νέων εργαζομένων στην υγεία.

Πολλές προτάσεις έχουν γίνει από την αρχή της πανδημίας για την προστασία της ψυχικής υγείας και της ψυχικής ευεξίας των εργαζομένων. Ήδη στις Η.Π.Α. έχουν ληφθεί μέτρα και πρωτοβουλίες σε εθνικό επίπεδο για την αντιμε-

τώπιση της μάστιγας του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους υγειονομικούς με κρατική χρηματοδότηση προγραμμάτων εκπαίδευσης και ενδυνάμωσης της ψυχικής ανθεκτικότητας των υγειονομικών¹⁴, χωρίς βέβαια αυτό να είναι επαρκές για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Μια σειρά από επιπλέον μέτρα σε συστημικό και σε επίπεδο οργανισμών είναι αναγκαία να υιοθετηθούν²³. Καταρχήν η πολιτεία οφείλει να φροντίσει και να υποστηρίξει την αξιοπρεπή εργασία και διαβίωση των υγειονομικών με αύξηση των μισθών, επαρκή ασφάλιση και δικαιώματα στις αναρρωτικές άδειες, πρόσβαση σε προστατευτικό εξοπλισμό εργασίας και ισχυροποίηση της νομοθεσίας ενάντια στα περιστατικά βίας στην εργασία. Επιπλέον χρειάζεται να ελαχιστοποιηθεί η γραφειοκρατική δουλειά στα νοσοκομεία με εξορθολογισμό των ωρών που αφιερώνονται σε διοικητικά καθήκοντα και σε τήρηση λεπτομερών αρχείων ώστε το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να διαθέτει περισσότερο χρόνο στην ουσιαστική φροντίδα των ασθενών. Μια πιλοτική εφαρμογή του μέτρου αυτού στην πολιτεία της Χαβάης στις Η.Π.Α. είχε ως αποτέλεσμα την εξοικονόμηση 1.700 ωρών νοσηλευτικής εργασίας μηνιαίως. Είναι απαραίτητο να βελτιωθεί ο βαθμός και οι όροι πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στους υγειονομικούς, ώστε να αντιμετωπίζονται τα προβλήματα άμεσα στο χώρο εργασίας και με ευέλικτο τρόπο που να καλύπτει τα δύσκολα ωράρια και τις βάρδιες των εργαζομένων. Μεγαλύτερη χρηματοδότηση χρειάζεται από τις κυβερνήσεις σε παγκόσμιο επίπεδο για την εκπαίδευση περισσότερων ατόμων που θα δουλέψουν στους χώρους της υγείας αλλά και δημόσιες επενδύσεις στις υποδομές υγείας. Τέλος, η καλλιέργεια κλίματος συνεργασίας, αποδοχής, ενσωμάτωσης και σεβασμού είναι αναγκαίες προϋποθέσεις για την προώθηση της ψυχικής ευεξίας στους χώρους εργασίας και για τη διακοπή του φαύλου κύκλου της θυματοποίησης των υγειονομικών.

Όλα όσα αναφέρθηκαν δεν είναι εύκολο να εφαρμοστούν και απαιτούν μακροπρόθεσμο σχεδιασμό και εμπλοκή πολλών φορέων. Ήδη όμως κάποιες χώρες έχουν ξεκινήσει την προσπάθεια αυτή ώστε να ενισχυθεί το ανθρώπινο δυναμικό και να θωρακιστούν τα συστήματα υγείας για ενδεχόμενες μελλοντικές υγειονομικές απειλές.

Συμπεράσματα

Η πανδημία COVID-19 επιβάρυνε και δημιούργησε μια σειρά από προβλήματα στην ψυχική υγεία των υγειονομικών, τα οποία αφορούν σε υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους, διαταραχών ύπνου, συμπτωμάτων οξείας αντίδρασης στο στρες και διαταραχής μετατραυματικού στρες ενώ αύξησε τις πιθανότητες για χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Παράλληλα επιδείνωσε το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους στα νοσοκομεία και το ανέδειξε ως μια από τις σιωπηλές μάστιγες της πανδημίας. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας δεν έλ-

λειψαν φαινόμενα στιγματισμού και βίας στα νοσοκομεία, που δημιούργησαν επιπλέον φορτίο στην ψυχική υγεία των εργαζομένων. Μια σειρά από μέτρα προτείνονται, προκειμένου να προστατευτεί η ψυχική υγεία και ευεξία των υγειονομικών αλλά και να βελτιωθεί η ετοιμότητα και η επάρκεια των συστημάτων υγείας.

Βιβλιογραφία

1. Timeline: WHO's COVID-19 response. Εύρεση στις 15 Σεπτεμβρίου 2022, στην ιστοσελίδα : <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#!>. Αναζήτηση στο διαδικτυακό τόπο : <http://www.google.com.gr>
2. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun*. 2020; 89: 531-542.
3. COVID-19: Occupational health and safety for health workers. Interim Guidance 2 February 2021; World Health Organization and International Labour Organization.
4. Bandyopadhyay S, Baticulon RE, Kadhum M, Alser M, Ojuka DK, Badereddin Y, Kamath A, Parepalli SA, Brown G, Iharchane S, et al. Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: a systematic review. *BMJ Glob Health*. 2020; 5(12): e003097.
5. Magnavita N, Chirico F, Garbarino S, Bragazzi NL, Santacroce E, Zaffina S. SARS/MERS/SARS-CoV-2 Outbreaks and Burnout Syndrome among Healthcare Workers. An Umbrella Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(8): 4361.
6. Bonzini M, Comotti A, Fattori A, Cantù F, Colombo E, Tombola V, Myslym E, Gatti M, Stucchi G, Nava C, et al. One Year Facing COVID. Systematic Evaluation of Risk Factors Associated with Mental Distress Among Hospital Workers in Italy. *Front Psychiatry*. 2022; 13:834753.
7. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020; 88:901-907.
8. Xiong N, Fritzsche K, Pan Y, Löhlein J, Leonhart R. The psychological impact of COVID-19 on Chinese healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022; 57(8):1515-1529.
9. Li Y, Scherer N, Felix L, Kuper H. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021; 16(3): e0246454.
10. Aymerich C, Pedruzo B, Pérez JL, Laborda M, Herrero J, Blanco J, Mancebo G, Andrés L, Estévez O, Fernandez M, et al. COVID-19 pandemic effects on health worker's mental health: Systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2022; 65(1): e10.
11. Moya-Salazar J, Nuñez E, Jaime-Quipe A, Zuñiga N, Loaiza-Barboza IL, Balabarca EA, Chicoma-Flores K, Cañari B, Contreras-Pulache H. Substance Use in Healthcare Professionals During the COVID-19 Pandemic in Latin America: A Systematic Review and a Call for Reports. *Subst Abuse*. 2022; 16: 11782218221085592.
12. ICD-11. International classification of disease 11th Revision. Εύρεση στις 15 Σεπτεμβρίου 2022, στην ιστοσελίδα : <https://icd.who.int/en>. Αναζήτηση στο διαδικτυακό τόπο : <http://www.google.com.gr>
13. Molina-Praena J, Ramirez-Baena L, Gómez-Urquiza JL, Cañadas GR, De la Fuente EI, Cañadas-De la Fuente GA. Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(12):2800.
14. Shanafelt TD, West CP, Dyrbye LN, Trockel M, Tutty M, Wang H, Carlasare LE, Sinsky C. Changes in Burnout and Satisfaction With

Work-Life Integration in Physicians During the First 2 Years of the COVID-19 Pandemic. Mayo Clin Proc. 2022;97(12):2248-2258.

15. Karlafti E, Benioudakis ES, Barouxi E, Kaiafa G, Didangelos T, Fountoulakis KN, Pagoni S, Savopoulos C. Exhaustion and burnout in the healthcare system in Greece: A cross-sectional study among internists during the COVID-19 lockdown. *Psychiatriki*. 2022; 33(1):21-30.

16. Firew T, Sano ED, Lee JW, Flores S, Lang K, Salman K, Greene MC, Chang BP. Protecting the front line: a cross-sectional survey analysis of the occupational factors contributing to healthcare workers' infection and psychological distress during the COVID-19 pandemic in the USA. *BMJ Open*. 2020; 10(10): e042752.

17. Tan BYQ, Kanneganti A, Lim LJH, Tan M, Chua YX, Tan L et al. Burnout and Associated Factors Among Health Care Workers in Singapore During the COVID-19 Pandemic. *J Am Med Dir Assoc* 2020; 21:1751-1758, e5

18. Chernoff P, Adedokun C, O'Sullivan I, McManus J, Payne A. Burnout in the emergency Department hospital staff at Cork University

Hospital. *Ir J Med Sci* 2019; 188:667-674.

19. Sheehan O, Sheehan M, Rau RI, Sullivan IO, McMahon G, Payne A. Burnout on the frontline: the impact of COVID-19 on emergency department staff wellbeing. *Ir J Med Sci* 2021; 1-9.

20. Schubert M, Ludwig J, Freiberg A, Hahne TM, Romero Starke K, Girbig M, Faller G, Apfelbacher C, von dem Knesebeck O, Seidler A. Stigmatization from Work-Related COVID-19 Exposure: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(12):6183.

21. Dye TD, Alcantara L, Siddiqi S, Barbosu M, Sharma S, Panko T, Pressman E. Risk of COVID-19-related bullying, harassment and stigma among healthcare workers: an analytical cross-sectional global study. *BMJ Open*. 2020; 10(12): e046620.

22. Iacobucci G. Covid-19: Doctors still at «considerable risk» from lack of PPE, BMA warns. *BMJ*. 2020; 368:m1316.

23. Murthy VH. Confronting Health Worker Burnout and Well-Being. *N Engl J Med*. 2022; 387(7):577-579.

Επιπολασμός της σιελόρροιας σε άτομα με εγκεφαλική παράλυση: Μελέτη σε ασθενείς που διαβιούν σε Κέντρο Αποκατάστασης

Αγγελική Γιαννοπούλου¹, Νεκτάριος Κορρές², Εμμανουήλ Βάλβης³

¹ Οδοντιατρικό Τμήμα – Ειδική Μονάδα ΑΜΕΑ, Γ.Ν. “Ασκληπιείο Βούλας”

² Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν.Α. “ΚΑΤ”

³ 3^ο ΠΕΚΕΣ Αττικής

*Prevalence of drooling in people with cerebral palsy:
study in patients living in a Rehabilitation Center*

A. Giannopoulou¹, N. Korres², E. Valvis¹

¹ Dental Department of “Asklepieion Voula’s” General Hospital

² KAT First Department of Orthopaedics and Trauma

³ 3rd Regional Center of Educational Planning of Attica

Κατηγορία εργασίας: Ερευνητική εργασία

Αλληλογραφία: Αγγελική Γιαννοπούλου, Οδοντιατρικό Τμήμα – Ειδική Μονάδα ΑΜΕΑ Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας» Βούλας,

Β. Παύλου 1, ΤΚ 16673, Βούλα, τηλ. 2132163320

e-mail: a.tsironi@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Σιελόρροια είναι η ακούσια ροή σιέλου από το στόμα. Αποτελεί νοσηρή κατάσταση που σχετίζεται με την εγκεφαλική παράλυση και άλλες νευροεκφυλιστικές διαταραχές. Προκαλεί μια σειρά από ιατρικές και ψυχοκοινωνικές επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένης της αφυδάτωσης, της κακοσμίας και του ερεθισμού της περιστοματικής περιοχής.

Σκοπός: Η αξιολόγηση του επιπολασμού της σιελόρροιας καθώς και η διερεύνηση των παραγόντων και των κλινικών χαρακτηριστικών που συνδέονται με αυτήν, σε ομάδα ασθενών με εγκεφαλική παράλυση που διαβιούν σε Κέντρο Αποκατάστασης.

Υλικό-Μέθοδος: Μελέτη των ιατρικών αρχείων των περιθαλπομένων που πάσχουν από εγκεφαλική

παράλυση. Η κατάταξη Thomas-Stonell και Greenberg χρησιμοποιήθηκε για να εκτιμηθεί η παρουσία και η σοβαρότητα της σιελόρροιας. Για την ανάλυση των συγκλεισιακών στοιχείων του δείγματος χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN). Για τη μέτρηση της λειτουργικής ανεξαρτησίας και του τρόπου σίτισης εφαρμόσθηκε η μέθοδος Functional Independence Measure (FIM). Για τη στατιστική επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε το πακέτο SPSS v. 21 για Windows.

Αποτελέσματα: Αξιολογήθηκαν 41 ασθενείς, 54% άνδρες και 46% γυναίκες, ηλικίας 4-39 ετών (μ.ό. ηλικίας 22 έτη). Το 68,3% των ασθενών παρουσίαζε σιελόρροια διαφόρου βαθμού. Ο τύπος και η κατανομή της εγκεφαλικής παράλυσης ήταν 92,68% σπαστική, 7,32%

αθετωσική και ως προς την προσβολή των άκρων: 68,29% τετραπληγία, 17,07% ημιπληγία, 9,76% παραπληγία, 4,88% διπληγία. Το 78,05% είχε μέτρια ως βαριά νοητική υστέρηση. Το 56,10% είχε ιστορικό επιληπτικών κρίσεων και λάμβανε αντιεπιληπτική αγωγή. Το 49% είχε συνοδές νόσους. Η κατανομή της λειτουργικής ανεξαρτησίας των ασθενών κατά φθίνουσα βαρύτητα ήταν 36,58%, 7,32%, 12,19%, 7,32%, 24,39%, 7,32%, 4,88%. Μόλις το 9,76% είχε ανεξαρτησία στη σίτιση. Το ποσοστό των συγκλειακών ανωμαλιών διαφόρου βαθμού ήταν ιδιαίτερα υψηλό 90,24%. Συμπεράσματα: Τα άτομα που πάσχουν από εγκε-

φαλική παράλυση παρουσιάζουν σε μεγάλο ποσοστό σιελόρροια διαφόρου βαθμού. Πρόσθετοι παράγοντες όπως οι συγκλειακές ανωμαλίες, ο βαθμός λειτουργικής ανεξαρτησίας, ο τρόπος σίτισης, η επιληψία, η φαρμακευτική αγωγή και η νοητική υστέρηση συνδέονται με την σιελόρροια στα άτομα αυτά. Η συνεργασία των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων για την αντιμετώπιση τους συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και στη διευκόλυνση της φροντίδας τους. Λέξεις κλειδιά: Εγκεφαλική παράλυση, σιελόρροια, διαχείριση σιελόρροιας.

ABSTRACT

Introduction: Neuromuscular impairment makes individuals with cerebral palsy (CP) more prone to drooling. Drooling occurs when excess saliva flows out of mouth involuntarily. Drooling causes a number of medical and psychosocial complications, including dehydration, halitosis and irritation of the peripheral area.

Purpose: To estimate a drooling prevalence estimate and to investigate the factors and clinical features related to excess of saliva flow in a population of sample patients with cerebral palsy (CP) living in a Rehabilitation Center.

Material-Method: Study of medical records of patients treasury suffering from cerebral palsy. The Thomas-Steenell and Greenberg ranking was used to assess the presence and severity of drooling. The IOTN index was used to analyze the sample assets of the sample. The FIM method was applied to measure functional independence and method of feeding. The SPSS V package was used for statistical treatment. 21 for Windows.

Results: 41 patients, 54% men and 46% women, 4 to 39 years (mean age 22), were evaluated. The clinical type and distribution of cerebral palsy were 92.68% spastic CP, 7.32% athetosis. Classification of topographical pattern: 68.29% quadriplegia, 17.07% hemiplegia, 9.76% paraplegia, 4.88% diplegia. 78.05% were moderate as severe intellectual disability. 56.10% had a history of seizure and was receiving anti-seizure medication, 49% had accompanying diseases. The distribution of functional independence of patients by declining gravity was 36.58%, 7.32%, 12.19%, 7.32%, 24.39%, 7.32%, 4.88%. feeding independence had 9.76%. jaw abnormality disorder had 90.24%.

Conclusions: People with cerebral palsy have a large proportion of drooling of different degree. Additional factors such as jaw abnormality disorder, the degree of functional independence, the method of feeding and the intellectual disability are associated with drooling in these individuals. The cooperation of the specialties involved helps these patients to improve the quality of their life.

Key words: Cerebral palsy; drooling; prevalence; management of drooling.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολλοί ασθενείς που πάσχουν από εγκεφαλική παράλυση (CP) αντιμετωπίζουν δυσκολίες στον έλεγχο της έκκρισης σιέλου, μία κατάσταση που εγκυμονεί σημαντικούς κινδύνους για την υγεία του ασθενούς¹.

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η αξιολόγηση του επιπολασμού της σιελόρροιας, καθώς και η διερεύνηση των παραγόντων και των κλινικών χαρακτηριστικών που συνδέονται με αυτήν, σε ομάδα ασθενών με εγκεφαλική παράλυση που διαβιούν σε Κέντρο Αποκατάστασης

ΣΙΕΛΟΡΡΟΙΑ

Είναι η ακούσια ροή σιέλου από το στόμα. Αποτελεί νοσηρή κατάσταση που σχετίζεται με την εγκεφαλική παράλυση και άλλες νευροεμφυλιστικές διαταραχές. Πιο σπάνια παρατηρείται στο σύνδρομο Dravet, στο σύνδρομο Rett, στο Goldenhar και στο σύνδρομο Angelman^{2,3}. Η ακούσια εκροή σιέλου είναι φυσιολογική μέχρι 18 μηνών (χρόνος ωρίμανσης των μαστήριων μυών), ανεκτή μέχρι την ηλικία των 4 ετών, αλλά θεωρείται παθολογική πέρα από αυτή την ηλικία^{4,5}. Λειτουργ-

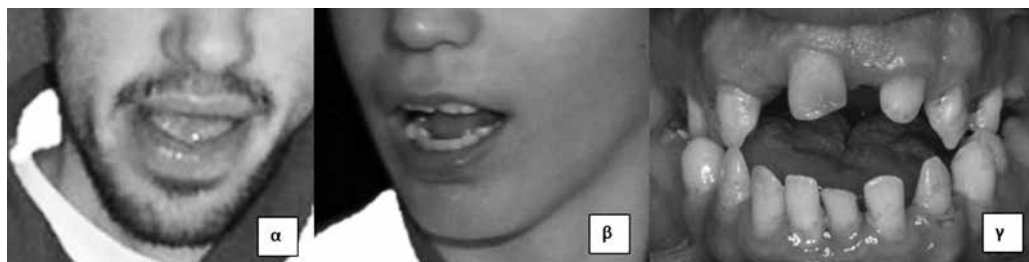
γικές διαταραχές των μασητηρίων μυών, λανθασμένη κατάποση, χείλη που δεν κλείνουν, ανεωγμένη δήξη συμβάλουν στην εμφάνιση σιελόρροιας (εικ. 1α,β,γ). Σε σπάνιες περιπτώσεις αυτή μπορεί να οφείλεται σε φαρμακευτική αγωγή (αντισπασμωδικά ή ψυχοδραστικές ουσίες). Πρόσθετοι παράγοντες που επηρεάζουν είναι η συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς, η στάση της κεφαλής, η ικανότητα συγκέντρωσης, οι ορθοδοντικές ανωμαλίες, ο έλεγχος μεγέθους της γλώσσας και η ανεπαρκής ρινική αναπνοή⁶. Υπάρχουν πολλές διαφορετικές κλίμακες αξιολόγησης που είναι διαθέσιμες για τη μέτρηση του βαθμού και των επιπτώσεων της σιελόρροιας⁷. Η κατάταξη των Thomas-Stonell και Greenberg το 1988 ποσοτικοποιεί τη σοβαρότητα (κλίμακα πέντε βαθμών) και τη συχνότητα της σιελόρροιας (κλίμακα τεσσάρων βαθμών) (Πίν 1)⁸.

Η σιελόρροια προκαλεί μία σειρά από ιατρικές και ψυχοκοινωνικές επιπλοκές, επηρεάζοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών⁹. Μπορεί να παρατηρηθεί κακοσμία, ερεθισμός περιστοματικής περιοχής, αφυδάτωση, δυσκολία στην ομιλία και στην υγιεινή¹⁰. Επιπλέον, οι υπολογιστές, τα βοηθήματα επικοινωνίας, τα βιβλία και τα έπιπλα μπορεί να καταστραφούν από την ακατάσχετη σιελόρροια. Ο σίελος περιέχει βακτήρια και μύκητες που μπορεί να προκαλέσουν, υποτροπιάζοντα συμπτώματα από το αναπνευστικό, συριγμό, χρόνιο βήχα, κίνδυνο πνιγμού, προβλήματα στην ανάπτυξη, ακτινογραφικά ευρήματα χρόνιας πνευμονοπάθειας, ουλίτιδα και τερη-

δόνα. Όλα αυτά τα στοιχεία μειώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών, την αυτοεκτίμησή τους και οδηγούν σε κοινωνική απομόνωση¹¹⁻¹³. Παρά αυτές τις σημαντικές συνέπειες, η σιελόρροια παραμένει ένα υπο-αναγνωρισμένο σύμπτωμα και υποθεραπευμένο σύμπτωμα σε ασθενείς με νευρολογικές διαταραχές. Επιπλέον η πιο σωστή προσέγγιση στη διαχείρισή του στην κλινική πρακτική παραμένει απροσδιόριστη².

Θεραπευτική αντιμετώπιση σιελόρροιας

Για τη διαχείριση της σιελόρροιας υπάρχει μια σειρά από κλιμακούμενες θεραπευτικές επιλογές^{7,14}. Η θεραπεία περιλαμβάνει αποκατάσταση με στοματοκινητική θεραπεία και συμπεριφορικές παρεμβάσεις. Η φαρμακευτική αγωγή (ανταγωνιστές των μουςκαρινικών χολινεργικών υποδοχέων) μπορεί να είναι από του στόματος, δερματική ή υπογλώσσια. Ωστόσο η χρήση της αγωγής περιορίζεται από παρενέργειες και έλλειψη στοιχείων σχετικά με την αποτελεσματικότητά της¹⁵. Η ενδοαδενική έγχυση βοτουλινικής τοξίνης, αλλαντικής τοξίνης Α (Botox) είναι μία από τις διαθέσιμες θεραπείες για τον περιορισμό αυτού του φαινομένου¹⁶⁻¹⁸. Τα οφέλη από την χειρουργική παρέμβαση πρέπει να συναξιολογούνται με τους πιθανούς κινδύνους. Ειδικότερα, οι καταλληλότερες μέθοδοι αξιολόγησης και η σωστή θεραπευτική στρατηγική χρειάζονται διευκρινίσεις, καθώς οι μελέτες για αυτά τα θέματα παραμένουν ελάχιστες¹⁰.



Εικόνα 1α,β,γ:

Λειτουργικές διαταραχές των μασητηρίων μυών, λανθασμένη κατάποση, χείλη που δεν κλείνουν, ανεωγμένη δήξη συμβάλουν στην εμφάνιση σιελόρροιας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Κατάταξη Thomas – Stonell και Greenberg Thomas-Stonell and Greenberg Drooling Rating Scale		
Σοβαρότητα	Σοβαρότητα	Συχνότητα
1. Άνευ σιελόρροιας		Ποτέ
2. Ήπια έκκριση	Μόνο ήπια υγρά χείλη	
3. Μέτρια	Χείλη, πώγωνας	Περιστασιακά
4. Σοβαρή	Υγρανση ενδυμάτων	Συχνά κατά τη διάρκεια της ημέρας
5. Ακατάσχετη	Ενδυμάτων, χέρια, αντικείμενα	Συνεχώς
Κλίμακα (5 βαθμίδων) σοβαρότητας και συχνότητας σιελόρροιας (DSFS) <i>Thomas-Stonell N, Greenberg J. Three treatment approaches and clinical factors in the reduction of drooling. Dysphagia. 1988;3(2):73-8.</i> <i>Τροποποιημένος/μετασχεδιασμένος από Α. Γιαννοπούλου</i>		

Πίνακας 1: Κατάταξη Thomas – Stonell και Greenberg. Thomas-Stonell and Greenberg Drooling Rating Scale.

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ (CP)

Είναι σοβαρή νευροαναπτυξιακή διαταραχή, που οφείλεται σε βλάβη ή ατελή ανάπτυξη περιοχών του εγκεφάλου που ρυθμίζουν, ελέγχουν και συντονίζουν τις κινήσεις και την ισορροπία του σώματος. Οι κινητικές διαταραχές της εγκεφαλικής παράλυσης συνοδεύονται συχνά από επιληψία, δευτερογενή μυοσκελετικά προβλήματα και διαταραχές αισθητηριακές, συμπεριφορικές, νοητικές¹⁹. Η στοματοκινητική δυσλειτουργία, η διαταραχή της επικοινωνίας και η υπερβολική σιελόρροια αναφέρονται επίσης συχνά σε παιδιά με εγκεφαλική παράλυση^{20,21}.

Επιδημιολογία: Οι διεθνείς στατιστικές αναφέρουν συχνότητα εμφάνισης σε ποσοστά 1,2-2,11% επί των ζώντων γεννήσεων. Στην Ελλάδα γεννιούνται 100-120 παιδιά με εγκεφαλική παράλυση κάθε χρόνο. Ο αριθμός των προσβεβλημένων ατόμων παραμένει σχετικά σταθερός ή ακόμη και αυξήθηκε ελαφρώς κατά τα τελευταία 30 χρόνια. Παρά την πρόοδο στην πρόληψη, περισσότερα αδύναμα βρέφη επιβιώνουν χάρις στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας^{1,22}.

Τύποι εγκεφαλικής παράλυσης: Πολλά συστήματα ταξινόμησης της εγκεφαλικής παράλυσης υπάρχουν σήμερα για να καθορίσουν τον τύπο και τη μορφή της εγκεφαλικής παράλυσης που έχει ένα άτομο. Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα συστήματα ταξινόμησης αφορούν το επίπεδο σοβαρότητας, την τοπογραφική κατανομή, την κινητική λειτουργία.

Ο τύπος της κινητικής διαταραχής στην εγκεφαλική παράλυση συνήθως ταξινομείται σε σπαστική (αυξημένος μυϊκός τόνος), αθετωσική (ανεξέλεγκτες κινήσεις), αταξική (διαταραχή της ισορροπίας), δυσκαμπτική, ατονική, μικτή²³. Η σπαστικότητα μπορεί να περιγραφεί περαιτέρω ανάλογα με την προσβολή των άκρων σε τετραπληγία, ημιπληγία, παραπληγία, μονοπληγία, διπληγία²⁴.

Για τη μέτρηση του επιπέδου των λειτουργικών ικανοτήτων του ατόμου στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων έχουν προταθεί διάφορες κλίμακες αξιολόγησης. Η κλίμακα λειτουργικής ανεξαρτησίας Functional Independence Measure (FIM) αξιολογεί τη σωματική και γνωστική ανικανότητα. Περιλαμβάνει 18 θέματα που αξιολογούν τη βοήθεια που απαιτείται για ένα άτομο με αναπηρία, ώστε να εκτελέσει βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα. Συγκεκριμένα αξιολογείται η ανεξαρτησία στην αυτοφροντίδα, ο έλεγχος των σφιγκτήρων, η κινητικότητα, η μετακίνηση, η επικοινωνία και η γνωστική λειτουργία. Ακόμη αξιολογείται η κοινωνική αλληλεπίδραση, η επίλυση προβλημάτων και η μνήμη. Καθώς, οι κινητικές και οι γνωστικές διαστάσεις που αξιολογούνται, ισχύουν για ένα ευρύ φάσμα διαταραχών, παρέχουν έτσι ένα μέσο για να συγκριθούν οι μορφές αναπηρίας ανάμεσα σε ετερογενείς ομάδες ασθενών²⁵.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

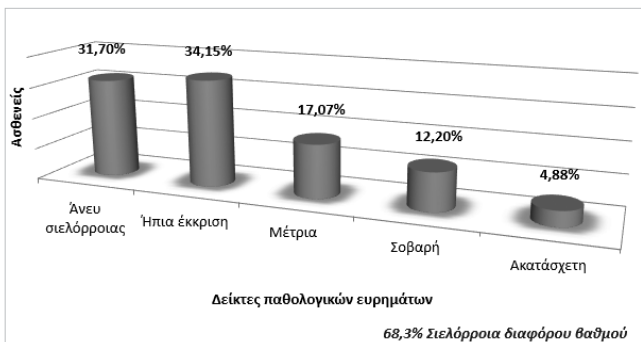
Μελετήθηκαν τα ιατρικά αρχεία 41 περιθαλπομένων που πάσχουν από εγκεφαλική παράλυση που διαβιούν σε Κέντρο Αποκατάστασης. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν περιλαμβάνουν δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία γέννησης, κλινικά χαρακτηριστικά όπως μορφή εγκεφαλικής παράλυσης, προσβολή άκρων, βαθμός λειτουργικής ανεξαρτησίας, δραστηριότητα ασθενούς. Για τη μέτρηση της λειτουργικής ανεξαρτησίας και του τρόπου σίτισης εφαρμόστηκε η μέθοδος FIM. Καταχωρήθηκε ο βαθμός της νοητικής βλάβης, η ύπαρξη επιληψίας και λοιπών συνοδών νόσων. Η κατάταξη Thomas-Stonell και Greenberg χρησιμοποιήθηκε για να εκτιμηθεί η παρούσα και η σοβαρότητα της σιελόρροιας. Λήφθηκαν υπόψη ανατομικές ανωμαλίες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της σιελόρροιας και έγινε ανάλυση των συγκλεισιακών χαρακτηριστικών με τον Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN), ο οποίος αντιστοιχεί σε μία βαθμίδα της κλίμακας 1-5 και προσδιορίζει την ανάγκη για ορθοδοντική θεραπεία²⁶. Η αξιολόγηση των οδοντιατρικών χαρακτηριστικών πραγματοποιήθηκε από τον οδοντίατρο του Κέντρου ενώ η ταξινόμηση με τη μέθοδο FIM έγινε στα πλαίσια των ομάδων αποκατάστασης.

Για τη στατιστική επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε το πακέτο SPSS v. 21 για Windows.

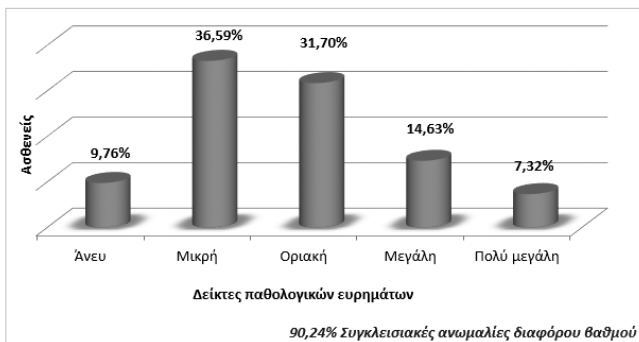
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 41 ασθενείς με εγκεφαλική παράλυση που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη, οι 22 ήταν άνδρες (54%) και οι 19 γυναίκες (46%), με ηλικιακό εύρος 4-39 ετών (μέσος όρος 22 έτη). Παρουσίαζαν:

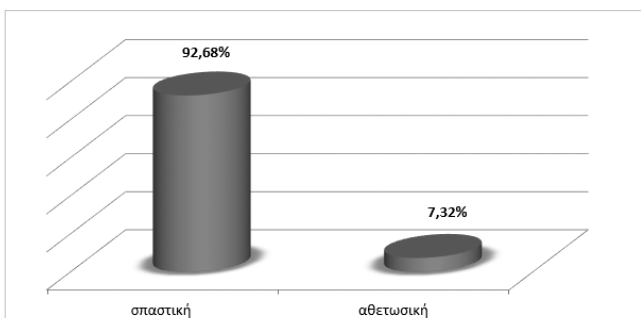
1. Σιελόρροια διαφόρου βαθμού 68,3%. Η κατανομή ασθενών κατά βαρύτητα σιελόρροιας αναφέρεται στην εικόνα 2. Το 17,08% των ασθενών με σιελόρροια 4^{ου} και 5^{ου} βαθμού βαρύτητας έπασχαν στο σύνολό τους από εγκεφαλική παράλυση σπαστικού τύπου και μέτρια ή βαριά νοητική υστέρηση. Επίσης σε ποσοστό 71,43% είχαν συγκλεισιακές ανωμαλίες μεγάλης και πολύ μεγάλης βαρύτητας
2. Συγκλεισιακές ανωμαλίες διαφόρου βαθμού παρουσίαζε το 90,24%. Η κατανομή ασθενών κατά βαρύτητα συγκλεισιακών ανωμαλιών καταγράφεται στην εικόνα 3
3. Μορφή εγκεφαλικής παράλυσης: 92,68% σπαστική, 7,32% αθετωσική (εικ. 4) και ως προς την προσβολή των άκρων: 68,29% τετραπληγία, 17,07% ημιπληγία, 9,76% παραπληγία, 4,88% διπληγία (εικ. 5)
4. Λειτουργική ανεξαρτησία κατά φθίνουσα βαρύτητα: 36,58%, 7,32%, 12,19%, 7,32%, 24,39%, 7,32%, 4,88% (εικ. 6)
5. Τρόπος σίτισης κατά φθίνουσα βαρύτητα: 29,27%, 4,88%, 19,51%, 2,44%, 24,38%, 9,76%, 9,76% (εικ. 7)
6. Νοητική υστέρηση: 2,44% οριακή, 19,51% ελαφρά, 46,34% μέτρια, 31,71% βαριά (εικ. 8)



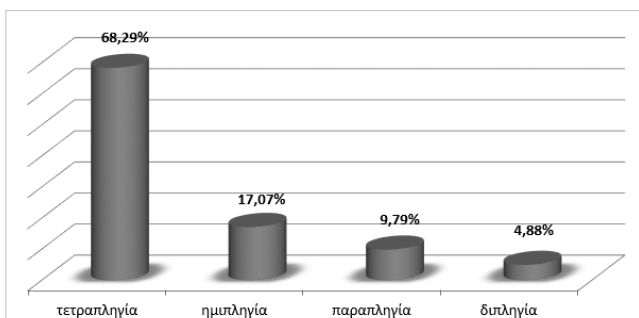
Εικόνα 2: Κατανομή ασθενών κατά βαρύτητα σιελόρροιας.



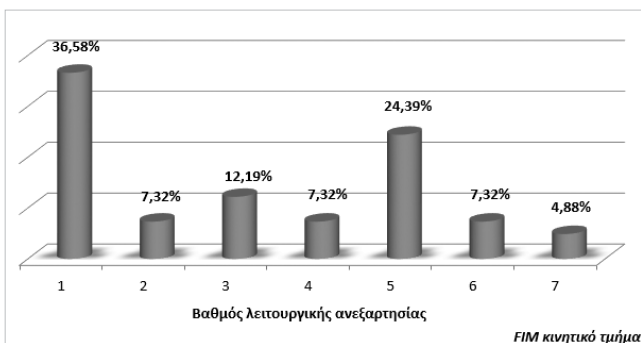
Εικόνα 3: Κατανομή ασθενών κατά βαρύτητα συγκλεισιακών ανωμαλιών.



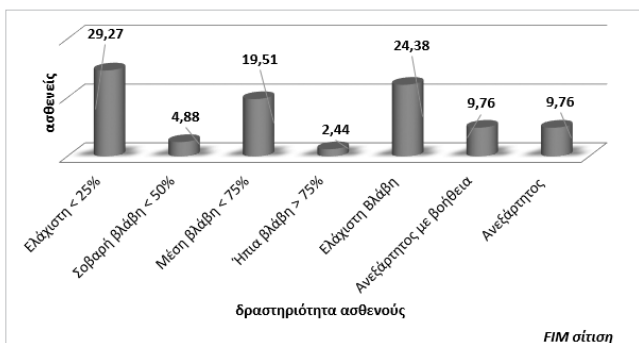
Εικόνα 4: Κατανομή ασθενών ανάλογα με τη μορφή εγκεφαλκή παράλυσης.



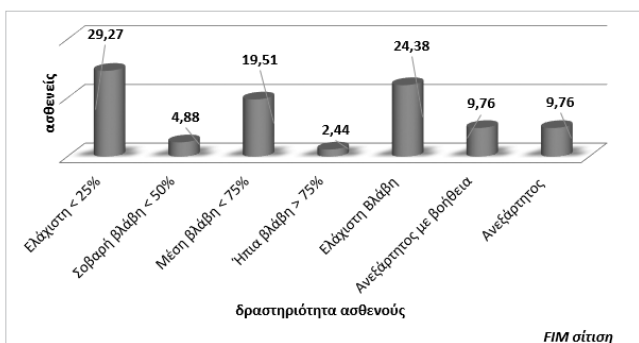
Εικόνα 5: Κατανομή ασθενών ανάλογα με το είδος προσβολής άκρων.



Εικόνα 6: Κατανομή ασθενών ανάλογα με το βαθμό λειτουργικής ανεξαρτησίας.



Εικόνα 7: Κατανομή ασθενών ανάλογα με τη δραστηριότητα στη σίτιση.



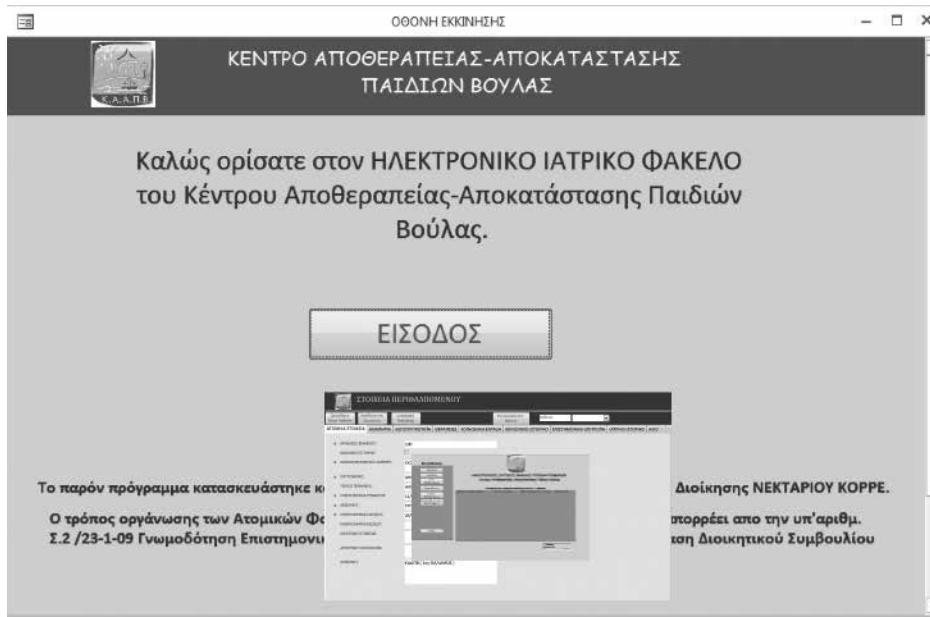
Εικόνα 8: Κατανομή ασθενών κατά βαρύτητα νοητικής υστέρησης.

7. Ποσοστό 56,10% είχε ιστορικό επιληψίας και λάμβανε αντιεπιληπτική αγωγή.
8. Ποσοστό 49% είχε συνοδές νόσους.
1. Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ σιελόρροιας και:
 2. α. συγκλεισιακών ανωμαλιών $r\ 0.750^{**}$ $p < 0.0009$,
 3. β. λειτουργικής ανεξαρτησίας $r\ -0.381$ $p < 0.014$,
 4. γ. τρόπου σίτισης $r\ -0.459^{**}$ $p < 0.003$, και
 5. δ. νοητικής υστέρησης $r\ 0.398^{**}$ $p < 0.01$ (Πίν.2)

Συσχέτιση μεταξύ σιελόρροιας και:

▪ Συγκλεισιακών ανωμαλιών	$r\ 0.750^{**}$	$p < 0.0009$
▪ Λειτουργικής ανεξαρτησίας	$r\ -0.381$	$p < 0.014$
▪ Τρόπου σίτισης	$r\ -0.459^{**}$	$p < 0.003$
▪ Νοητικής υστέρησης	$r\ 0.398^{**}$	$p < 0.01$

Πίνακας 2: Βαθμός συσχέτισης μεταξύ σιελόρροιας και συγκλεισιακών ανωμαλιών, λειτουργικής ανεξαρτησίας, τρόπου σίτισης, νοητικής υστέρησης.



Εικόνα 9: Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος Περιθαλπομένων του Κέντρου Αποκατάστασης.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η σιελόρροια αποτελεί ένα κοινό πρόβλημα της παιδικής ηλικίας, με ιδιαίτερη συχνότητα εμφάνισης σε ασθενείς με νευρολογικά προβλήματα ως αποτέλεσμα εγκεφαλικής παράλυσης. Από την ηλικία άνω των τεσσάρων ετών θεωρείται παθολογική κατάσταση²⁷. Η σιελόρροια μπορεί να αυξήσει την αναπηρία, να μειώσει την ποιότητα ζωής και να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση. Ωστόσο, λίγοι επαγγελματίες που διαχειρίζονται ασθενείς με αυτή την πάθηση την αντιμετωπίζουν συνολικά, ίσως λόγω της πολυπλοκότητας και της βαρύτητας των προβλημάτων που χρήζουν θεραπείας αυτοί οι ασθενείς¹⁴.

Η παρούσα έρευνα συμβάλει στο σύνολο των γνώσεων σχετικά με τον επιπολασμό της σιελόρροιας σε ασθενείς με εγκεφαλική παράλυση, των παραγόντων και των κλινικών χαρακτηριστικών που συνδέονται με αυτήν. Η αξιολόγηση έγινε σε ομάδα ασθενών με ηλικιακό εύρος 4-39 ετών (μέσος όρος 22 έτη) που διαβιούν σε Κέντρο Αποκατάστασης. Στοιχεία της μελέτης μας είναι αποτέλεσμα διεπιστημονικής προσέγγισης με τη συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων στα πλαίσια λειτουργίας των Ομάδων Αποκατάστασης και του Επιστημονικού Συμβουλίου. Το σύνολο αυτών των στοιχείων, καθώς και

τα ιατρικά δεδομένα που καθορίζουν την πορεία κάθε περιθαλπόμενου είναι καταχωρημένα στον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας Ασθενούς (εικ. 9). Η μελέτη των ιατρικών αρχείων από την τότε οδοντίατρο του Κέντρου και Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου (1η συγγραφέας), μας επέτρεψε να αξιολογήσουμε τις συσχετίσεις μεταξύ της έκκρισης σιέλου και πολλών άλλων δημογραφικών και κλινικών μεταβλητών. Σύμφωνα με μελέτες η εκτίμηση των στοιχείων που συμπεριλαμβάνονται στον ιατρικό φάκελο ασθενούς, όπως πραγματοποιήθηκε και στην παρούσα έρευνα, δίνει τη δυνατότητα της αξιολόγησης για μεγαλύτερο διάστημα, συμπεριλαμβανομένης της πληρότητας, εγκυρότητας και της αξιοπιστίας των δεδομένων³. Ο Reddihough et al (2010) υποστηρίζουν ότι η αξιολόγηση του βαθμού της σιελόρροιας επίσης πρέπει να πραγματοποιείται συστηματικά, να προηγείται της θεραπείας και να είναι διεπιστημονική, προκειμένου να εκτιμηθεί πλήρως το συνολικό πρόβλημα¹⁸.

Ο επιπολασμός της σιελόρροιας σε ασθενείς με εγκεφαλική παράλυση παρουσιάζει ιδιαίτερα μεγάλο εύρος μεταξύ των διαφόρων μελετών^{1,28,29}. Αυτή η διαφορά μεταξύ των κλινικών αναφορών προκαλεί έκπληξη. Μπορεί να σχετίζεται σε υποκειμενική αντίληψη ή μπορεί να αντικατοπτρίζει μια υποτίμηση του προβλήματος από

τους επαγγελματίες. Μελέτες οι οποίες βασίζονται σε ερωτηματολόγια και αναφορές γονέων και φροντιστών μπορεί να έχουν χαμηλότερες εκτιμήσεις επιπολασμού, ενδεχομένως λόγω έλλειψης συνειδητοποίησης, όπως αναφέρθηκε, των δυσμενών συνεπειών της σιελορροίας. Εάν υπήρχε μεγαλύτερη ομοιογένεια στα δεδομένα μεταξύ των ερευνών, θα ήταν περισσότερο πιθανόν να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού εφόσον η αξιολόγηση πραγματοποιείται από κλινικούς ιατρούς³. Επιπρόσθετα αυτές οι διακυμάνσεις μπορεί να αντικατοπτρίζουν διαφορές στη βαρύτητα της σιελορροίας αλλά και στη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε. Η έλλειψη τυποποίησης των πρακτικών διαχείρισης είναι ένας περιοριστικός παράγοντας. Επιπλέον ένας μεγάλος αριθμός δείγματος μας επιτρέπει να αξιολογήσουμε με μεγαλύτερη ακρίβεια της συσχετίσεις μεταξύ σιελορροίας και πολλών άλλων δημογραφικών και κλινικών μεταβλητών¹. Στην ομάδα των περιθαλπομένων που μελετήσαμε διαπιστώθηκε ότι αντιμετωπίζουν μεγάλης βαρύτητας προβλήματα νευρολογικά, είχαν ιστορικό επιληψίας (56,10%), αυξημένο ποσοστό συνοδών νόσων (49%) και ορθοδοντικές/ορθογναθικές ανωμαλίες (90,24%). Αυτό συνέβαλε στο υψηλό ποσοστό σιελορροίας (68,3%) που καταγράφηκε σε αυτούς τους ασθενείς σε σύγκριση με άλλες μελέτες που εμφανίζουν σχετικά χαμηλότερα ποσοστά σιελορροίας^{20,30,31}.

Η στατιστική επεξεργασία της παρούσης μελέτης έδειξε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ σιελορροίας και λειτουργικής ανεξαρτησίας $p < 0.014$, τρόπου σίτισης $p < 0.003$, συγκλεισιακών ανωμαλιών $p < 0.0009$ και νοητικής υστέρησης $p < 0.01$. Μελέτες αναφέρουν ότι οι ασθενείς με τετραπληγία έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν σιελορροία σε σύγκριση με αυτούς που πάσχουν από διπληγία, λόγω της πιο εκτεταμένης εγκεφαλικής δυσλειτουργίας, της κακής στοματικής κινητικής και της αισθητηριακής λειτουργίας τους^{29,32}. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας έδειξαν ιδιαίτερα αυξημένο το ποσοστό των ασθενών που έπασχαν από τετραπληγία 68,29% σε σύγκριση με το ποσοστό 4,88% των ασθενών που έπασχαν από διπληγία. Επιπλέον το 17,08% των ασθενών μας με σιελορροία 4^{ου} και 5^{ου} βαθμού βαρύτητας έπασχαν στο σύνολό τους από εγκεφαλική παράλυση σπαστικού τύπου και μέτρια ή βαριά νοητική υστέρηση. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σε συμφωνία με άλλες μελέτες που αναφέρουν ότι ασθενείς με σπαστική εγκεφαλική παράλυση εμφανίζουν υψηλό ποσοστό σιελορροίας μεγάλης βαρύτητας¹. Ορισμένες μελέτες αναφέρουν ισχυρή συσχέτιση της σιελορροίας με το βαθμό της νοητικής υστέρησης, όπως παρατηρήθηκε και στην παρούσα έρευνα ($p < 0.01$)^{1,33}. Αντιθέτως άλλες μελέτες δεν έδειξαν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ σιελορροίας και νοητικής υστέρησης^{8,13}. Η παρουσία νοητικής αναπηρίας μπορεί να επηρεάσει τις θεραπευτικές επιλογές και θα πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά κατά την ανάπτυξη ενός θεραπευτικού σχήματος¹.

Έχει παρατηρηθεί ότι ασθενείς με εγκεφαλική παράλυση έχουν ιστορικό επιληπτικών κρίσεων σε υψηλά ποσοστά, όπως ακριβώς έχει καταγραφεί και στη μελέτη μας 56,10%²⁹. Η αντιμετώπιση των επιληπτικών κρίσεων απαιτεί τη λήψη αντιεπιληπτικών φαρμάκων τα οποία μπορεί να συμβάλλουν στην υπερέκκριση σιέλου και ως εκ τούτου στην αύξηση του επιπολασμού της σιελορροίας⁶.

Το εξαιρετικά μεγάλο ποσοστό 90,24% συγκλεισιακών ανωμαλιών που καταγράφηκε στην παρούσα μελέτη, είναι μία μεταβλητή που έχει αναφερθεί σε πολλές μελέτες^{34,35}. Επισημαίνεται δε ότι το 21,95% από αυτό το ποσοστό αναφέρεται σε ευρήματα που αφορούν συγκλεισιακές διαταραχές μεγάλης και πολύ μεγάλης βαρύτητας. Σύμφωνα με αποτελέσματα μελετών η μεταβλητή αυτή είναι ένας προγνωστικός παράγοντας που θα πρέπει να συμπεριληφθεί στο θεραπευτικό σχήμα^{34,35}. Προβλήματα ομιλίας επίσης μπορεί να σχετίζονται επίσης με την έντονη σιελορροία^{1,36}.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αλλά και τα αποτελέσματα της έρευνάς μας υποστηρίζουν ότι η προσέγγιση του ρυθμού έκκρισης του σιέλου πρέπει να είναι πολυπαραγοντική και τονίζουν τη σημασία της εστίασης στη βελτίωση του ελέγχου της σιελορροίας σε άτομα με σοβαρή στοματοκινητική δυσλειτουργία, καθώς η υπερέκκριση σιέλου μπορεί να αυξήσει την αναπηρία. Η Riva et al (2022) υποστηρίζουν ότι η διεπιστημονική προσέγγιση για τη διαχείριση της σιελορροίας είναι υψίστης σημασίας. Οι ειδικοί συμφωνούν ότι η προσοδευτική θεραπεία μπορεί να μειώσει τη συχνότητα των επιπλοκών, να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των φροντιστών και να εξοικονομήσει πόρους υγειονομικής περίθαλψης¹⁰.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα άτομα που πάσχουν από εγκεφαλική παράλυση παρουσιάζουν σε μεγάλο ποσοστό σιελορροία διαφόρου βαθμού. Πρόσθετοι παράγοντες όπως οι συγκλεισιακές ανωμαλίες, ο βαθμός λειτουργικής ανεξαρτησίας, ο τρόπος σίτισης, η επιληψία, η φαρμακευτική αγωγή και η νοητική υστέρηση συνδέονται με την σιελορροία στα άτομα αυτά. Η συνεργασία των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων για την αντιμετώπισή τους συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, στη διευκόλυνση της φροντίδας τους και στην εξοικονόμηση πόρων υγειονομικής περίθαλψης.

Βιβλιογραφία

1. Reid S. M, McCutcheon J, Reddihough D. S, Johnson H: Prevalence and predictors of drooling in 7-to 14-year-old children with cerebral palsy: a population study. *Dev Med Child Neurol*. 2012;54(11):1032-6.
2. Riva A, Federici C, Piccolo G, Amadori E, Verrotti A, Striano P: Exploring treatments for drooling in children with neurological disorders. *Expert Rev Neurother*. 2021;21(2):179–87.
3. Speyer R, Cordier R, Hyun Kim J, Cocks N, Michou E,

- Wilkes-Gillan S: Prevalence of drooling, swallowing, and feeding problems in cerebral palsy across the lifespan: a systematic review and metaanalyses. *Dev Med Child Neurol*. 2019;61(11):1249-1258.
4. 4. Blasco P. A: Drooling. In: *Feeding the Disabled Child* eds P. B. Sullivan & L. Rosenbloom, Mac Keith Press, London, UK, 1996:92-105.
 5. 5. Fairhurst C.R, Cockerill H: Management of drooling in children *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2011;96(1): 25-30.
 6. 6. Sochaniwskyj AE, Koheil RM, Bablich K, Milner M, Kenny DJ: Oral motor functioning, frequency of swallowing and drooling in normal children and in children with cerebral palsy. *Arch Phys Med Rehabil*. 1986;67(12):866-74.
 7. 7. Collins A, Burton A, Fairhurst C: Management of drooling in children with cerebral palsy. *Paediatr Child Health*. 2020;30(12):425-429.
 8. 8. Thomas-Stonell N, Greenberg J: Three treatment approaches and clinical factors in the reduction of drooling. *Dysphagia*. 1988;3(2):73-8.
 9. 9. Meningaud J.P, Pitak-Arnnop P, Chikhani L, Bertrand J.C: Drooling of saliva: a review of the etiology and management options. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006;101:48-57.
 10. 10. Riva A, Amadori E, Vari M, Spalice A, Belcastro V, Viri M et al: Impact and management of drooling in children with neurological disorders: an Italian Delphi consensus. *Ital J Pediatr*. 2022;48(1):118.
 11. 11. Chang S. C, Lin C. K, Tung L. C, Chang N. Y: The association of drooling and health-related quality of life in children with cerebral palsy. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2012;8:599.
 12. 12. Reid S. M, Johnson S. M, Hilary M, Reddihough D. S: The Drooling Impact Scale: a measure of the impact of drooling in children with developmental disabilities. *Dev Med Child Neurol*. 2010;52.2: e23-e28.
 13. 13. Van der Burg J. J, Jongerius P. H, Van Hulst K, Van Limbeek J, Rotteveel J. J: Drooling in children with cerebral palsy: effect of salivary flow reduction on daily life and care. *Dev Med Child Neurol*. 2006;48(2):103-107.
 14. 14. Chaléat-Valayer E, Porte M, Buchet-Poyau K, Roumenoff-Turcant F, D'Anjou M C, Boulay C et al: Management of drooling in children with cerebral palsy: A French survey. *Eur J Paediatr Neurol*. 2016;20(4):524-31.
 15. 15. Jongerius P. H, Van Tiel P, Van Limbeek J, Gabreels F. J. M, Rotteveel J. J: A systematic review for evidence of efficacy of anticholinergic drugs to treat drooling. *Arch Dis Child*. 2003;88(10):911-4.
 16. 16. Porte M, Chaléat-Valayer E, Patte K, D' Anjou M. C, Boulay C, Laffont I: Relevance of intraglandular injections of Botulinum toxin for the treatment of sialorrhea in children with cerebral palsy: a review. *Eur J Paediatr Neurol*. 2014;8(6):649-657.
 17. 17. Rodwell K, Edwards P, Ware R. S, Boyd R: Salivary gland botulinum toxin injections for drooling in children with cerebral palsy and neurodevelopmental disability: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*. 2012;54(11):977-987.
 18. 18. Reddihough D, Erasmus C. E, Johnson H, McKellar G. M. W, Jongerius P. H: Botulinum toxin assessment, intervention and aftercare for paediatric and adult drooling: international consensus statement. *Eur J Neurol*. 2010;17 Suppl 2:109-21.
 19. 19. Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A., Paneth N, Dan B et al: Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. *Dev Med Child Neurol*. 2005;47(8):571-6.
 20. 20. Erasmus CE, Van Hulst K, Rotteveel LJ.C, Jongerius PH, Van Den Hoogen F, Roeleveld N et al: Drooling in cerebral palsy: hypersalivation or dysfunctional oral motor control? *Dev Med Child Neurol* 2009;51(6):454-459.
 21. 21. Reilly S, Skuse D, Poblete X: Prevalence of feeding problems and oral motor dysfunction in children with cerebral palsy: a community survey. *J Pediatr*. 1996;129:877-82.
 22. 22. Oskoui M, Coutinho F, Dykeman J, Jette N, Pringsheim T: An update on the prevalence of cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol*. 2013;55(6):509-19.
 23. 23. Reid SM, Carlin JB, Reddihough DS: Distribution of motor types in cerebral palsy: how do registry data compare? *Dev Med Child Neurol*. 2011; 53: 233-8.
 24. 24. Reid SM, Carlin JB, Reddihough DS: Classification of topographical pattern of spasticity in cerebral palsy: a registry perspective. *Res Dev Disabil*. 2011; 32: 2909-15.
 25. 25. Ottenbacher K. J, Hsu Y, Granger C. V, Fiedler R. C: The reliability of the functional independence measure: a quantitative review. *Arch Phys Med Rehabil*. 1996;77(12):1226-32.
 26. 26. Brook P H, Shaw W C: The development of an index of orthodontic treatment priority. *Eur J Orthod*. 1989;11(3):309-20.
 27. 27. Chang CJ, May-Kuen Wong AA: Intraductal laser photocoagulation of the bilateral parotid ducts for reduction of drooling in patients with cerebral palsy. *Plast Reconstr Surg*. 2001; 107(4):907-13.
 28. 28. Job A, Naina P, Asif Syed K, Thomas M, John M, Varghese A: Validation of a drooling questionnaire in Indian children with cerebral palsy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2018;112:55-60.
 29. 29. Tahmassebi F, Curzon J: Prevalence of drooling in children with cerebral palsy attending special schools. *Dev Med Child Neurol*. 2003;45(9):613-7.
 30. 30. Hegde A, Pani S: Drooling of saliva in children with cerebral palsy-etiology, prevalence, and relationship to salivary flow rate in an Indian population. *Spec Care Dentist*. 2009;29(4):163-8.
 31. 31. Montgomery J, McCusker S, Lang K, Grosse S, Mace A, Lumley R et al: Managing children with sialorrhoea (drooling): experience from the first 301 children in our saliva control clinic. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2016; 85: 33-39 85.
 32. 32. Shih-Chung Chang, Chin-Kai Lin, Li-Chen Tung, Nai-Yin Chang: The association of drooling and health-related quality of life in children with cerebral palsy. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2012;8:599-604.
 33. 33. Parkes J, Hill N, Platt M.J, Donnelly C: Oromotor dysfunction and communication impairments in children with cerebral palsy: a register study. *Dev Med Child Neurol*. 2010;52(12):1113-9.
 34. 34. Lespargot A, Langevin MF, Muller S, Guillemont S: Swallowing disturbances associated with drooling in cerebral-palsied children. *Dev Med Child Neurol*. 1993;35:298-304.
 35. 35. Tahmassebi JF, Luther F: Relationship between lip position and drooling in children with cerebral palsy. *Eur J Paediatr Dent*. 2004;5:151-6.
 36. 36. Senner J. E, Logemann, J, Zecker, S, Gaebler-Spira D: Drooling, saliva production, and swallowing in cerebral palsy. *Developmental medicine and child neurology*. *Dev Med Child Neurol*. 2004;46(12):801-6.

Η χρήση του Λείζερ στην αντιμετώπιση των ορθοπρωκτικών παθήσεων

Τζον Κατωγυρίτης, Προκόπης Χριστοδούλου, Αριστοτέλης Νικηταράς, Ευαγγελία Μπάλλα, Ευφροσύνη Γιαλία, Ιωάννα Γώγουλου, Σωτήρης Αρίδας, Χρήστος Ιωαννίδης, Καλλιόπη Μπιλίρη, Γεώργιος Καπογιαννάτος.
Α' Γενική Χειρουργική Κλινική Γ. Ν. «Ασκληπιείο Βούλας».

The use of laser for treatment of colorectal diseases

J. Katogiritis, P. Christodoulou, A. Nikitaras, E. Mpalla, E. Gialia, I. Gogoulou, S. Aridas, Ch. Ioannidis, K. Biliri, G. Kapogiannatos
First Surgical Department, "Asklepieion Voula's" General Hospital

Κατηγορία εργασίας: Ανασκόπηση

Αλληλογραφία: Τζον Κατωγυρίτης, Ίωνος Δραγούμη 15, Γλυφάδα, Κιν. 6993073738

e-mail: johnkatogiritis@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι παθήσεις της περιπρωκτικής χώρας αποτελούν μια συχνή νοσολογική οντότητα η οποία αφορά ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών και οι οποίες μπορεί να εμφανιστούν είτε πρωτογενώς είτε δευτερογενώς στα πλαίσια συστηματικών παθήσεων. Στην κατηγορία αυτών των παθήσεων περιλαμβάνονται η αιμορροϊδοπάθεια, η πρωκτική ραγάδα, η κύστη κόκκυγος, τα περιεδρικά συρίγγια, και τα περιπρωκτικά κονδυλώματα. Η αντιμετώπιση των παθήσεων αυτών ήταν και εξακολουθεί να είναι χειρουργική. Ωστόσο με την συνεχή πρόοδο και εξέλιξη στον τομέα της χειρουργικής νέες τεχνικές αντιμετώπισης προκύπτουν οι οποίες στοχεύουν την μείωση του μετεγχειρητικού πόνου και επιπλοκών, την μείωση των υποτροπών, και την ελαχιστοποίηση

του χρόνου νοσηλείας. Μία από αυτές τις τεχνικές που πληροί τα πιο πάνω κριτήρια για την αντιμετώπιση των περιπρωκτικών παθήσεων είναι η εφαρμογή του λείζερ η οποία αποτελεί μια ελάχιστα επεμβατική τεχνική. Η χρήση των λείζερ βρίσκει ευρεία εφαρμογή πλέον σε πολλούς τομείς της ιατρικής όπως στην αγγειοχειρουργική, στην ουρολογία, στην οφθαλμολογία και πλέον και στην γενική χειρουργική καθώς προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα έναντι της συμβατικής χειρουργικής αντιμετώπισης. Στο παρούσα εργασία παρουσιάζουμε την χρησιμοποίηση του λείζερ για την αντιμετώπιση των πρωκτολογικών παθήσεων, τεχνική η οποία εφαρμόζεται και από το τμήμα μας με πολύ υποσχόμενα αποτελέσματα.

Λέξεις κλειδιά: Λείζερ, ελάχιστα επεμβατική χειρουργική, πρωκτολογία, χειρουργική καινοτομία

ABSTRACT

Diseases of the perianal region are a frequent nosological entity which concerns a large percentage of patients and which can appear either primarily or secondarily in the context of systemic diseases. The category of these conditions includes hemorrhoids, anal fissures, coccyx cysts, perianal fistulas, and perianal warts. The treatment of these diseases was and still is surgical. However, with the continuous progress and development in the field of surgery, new treatment techniques are emerging which aim to reduce postoperative pain and complications, reduce recurrences, and minimize hospitalization time. One of

these techniques that meets the above criteria for the treatment of perianal diseases is the application of the laser, which is a minimally invasive technique. The use of lasers is now widely used in many fields of medicine such as vascular surgery, urology, ophthalmology and now also in general surgery as it offers significant advantages over conventional surgical treatment. In this work, we present the use of the laser for the treatment of proctological diseases, a technique that is also applied by our department with very promising results.

Key words: Laser; Minimally Invasive Surgery; Proctology; Surgical Innovation

Εισαγωγή

Οι καλοήθεις ορθοπρωκτικές παθήσεις αποτελούν μια συχνή κλινική οντότητα παγκοσμίως, η οποία επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής του ασθενούς και τον οδηγεί στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Σε αυτή την ομάδα παθήσεων ανήκουν η αιμορροϊδοπάθεια, η πρωκτική ραγάδα, τα περιεδρικά συρίγγια και αποστήματα, τα κονδυλώματα και η κύστη κόκκυγος ή αλλιώς τριχοφυλεακό συρίγγιο. Η χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί την κατ' εξοχήν θεραπεία τους. Ποικίλες χειρουργικές τεχνικές και μέθοδοι έχουν περιγραφεί και εφαρμοσθεί για την αντιμετώπιση τους, με διαφορετικά αποτελέσματα και χωρίς σαφή απόλυτη υπεροχή κάποιας μεθόδου έναντι άλλης. Η συμβατική χειρουργική αντιμετώπιση τους ενδέχεται να οδηγήσει σε σημαντικό μετεγχειρητικό πόνο και ταυτόχρονα παράταση της νοσηλείας των ασθενών, καθυστέρηση της επούλωσης του τραύματος και κάκωση του σφιγκτηριακού μηχανισμού¹. Στο πλαίσιο της συνεχούς εξέλιξης, η εφαρμογή της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής, αποτελεί σήμερα gold standard. Μια μέθοδος η οποία ασπάζεται τη φιλοσοφία της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής είναι κι η εφαρμογή του λέιζερ, όσον αφορά στην αντιμετώπιση των ορθοπρωκτικών παθήσεων. Η επίδραση του λέιζερ σε έναν ιστό εξαρτάται από τις ιδιότητες του: πυκνότητα, ισχύς, μήκος κύματος, χρωμοφόρο απορρόφησης, αλλά και από τα χαρακτηριστικά του ιστού όπου θα εφαρμοστεί, όπως είναι η δομή, η περιεκτικότητα του ιστού σε νερό, η θερμική αγωγιμότητα του, η πυκνότητα και η απορροφητικότητα του, κι από την ικανότητα του ιστού να αντανάκλα τις προπίπτουσες ακτίνες λέιζερ². Στη χειρουργική χρησιμοποιούνται κυρίως το διοδικό λέιζερ, το CO₂ λέιζερ και το Argon λέιζερ, όπου το κάθε ένα εκ των οποίων, έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά. Όλα έχουν ως χρωμοφόρο την αιμοσφαιρίνη και την μελανίνη, εκτός από το CO₂ λέιζερ το οποίο έχει το νερό. Ο ρόλος των χρωμοφόρων είναι σημαντικός, καθώς για συγκεκριμένα μήκη κύματος επιτυγχάνουν θερμοπηξία των

ιστών-στόχων, προστατεύοντας έτσι τους γύρω ιστούς, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό αν αναλογιστεί κανείς πως στην αντιμετώπιση των ορθοπρωκτικών παθήσεων με τις συμβατικές μεθόδους υπάρχει κίνδυνος κάκωσης του σφιγκτηριακού μηχανισμού με αποτέλεσμα ακράτεια. Το CO₂ λέιζερ, λόγω του ότι έχει ως χρωμοφόρο το νερό, το οποίο ανευρίσκεται σε όλους τους ιστούς, δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για εκλεκτική θερμοπηξία.

Η εμπειρία της κλινικής μας αφορά στην εφαρμογή του διοδικού λέιζερ για την αντιμετώπιση των ορθοπρωκτικών παθήσεων. Το διοδικό λέιζερ με μήκος κύματος από 630 έως 980nm έχει πολλές εφαρμογές σε διάφορες χειρουργικές ειδικότητες όπως στην αγγειοχειρουργική, ουρολογία, πλαστική χειρουργική κ.α. Παρακάτω παρατίθενται αναλυτικά οι παθήσεις του πρωκτού και η αντιμετώπιση τους με τη χρήση λέιζερ.

1) ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΟΠΑΘΕΙΑ

Οι αιμορροΐδες αποτελούν φυσιολογικά συμπλέγματα αιμοφόρων αγγείων, λείων μυϊκών ινών και συνδετικού ιστού κι εντοπίζονται συνήθως στην αριστερή πλάγια, δεξιά πρόσθια και δεξιά οπίσθια θέση του πρωκτικού καναλιού και συμβάλλουν στην εγκράτεια των κοπράνων³. Με τον όρο αιμορροϊδοπάθεια ή αιμορροϊδική νόσος, ορίζεται η παθολογική διεργασία του φυσιολογικού αιμορροϊδικού ιστού, η οποία οδηγεί στην μεγέθυνση του και την μετατόπιση του, με αποτέλεσμα την πρόπτωση του αιμορροϊδικού ιστού και την περαιτέρω εμφάνιση κλινικής συμπτωματολογίας⁴. Οι αιμορροΐδες διαχωρίζονται σε σχέση με την οδοντωτή γραμμή σε:

Α) Εσωτερικές αιμορροΐδες

Οι εσωτερικές αιμορροΐδες προέρχονται από το έσω αιμορροϊδικό πλέγμα και βρίσκονται άνωθεν της οδοντωτής γραμμής. Παροχετεύουν το φλεβικό αίμα μέσω της άνω αιμορροϊδικής φλέβας στο πυλαίο σύστημα⁵.

B) Εξωτερικές αιμορροΐδες

Οι εξωτερικές αιμορροΐδες προέρχονται από το έξω αιμορροϊδικό πλέγμα και ανευρίσκονται περιφερικότερα της οδοντωτής γραμμής. Παροχετεύουν το αίμα μέσω των κάτω αιμορροϊδικών φλεβών στη συστηματική κυκλοφορία⁶.

Για την ταξινόμηση της αιμορροϊδοπάθειας η πιο ευρέως διαδεδομένη κλίμακα που χρησιμοποιείται είναι η ταξινόμηση κατά Goligher, η οποία αξιολογεί τον βαθμό πρόπτωσης και την δυνατότητα ανάταξης των αιμορροΐδων, και διαχωρίζει την νόσο σε 4 βαθμούς⁷:

1^{ου} βαθμού: Μη προπίπτουσες αιμορροΐδες

2^{ου} βαθμού: Προπίπτουν μόνο κατά την κένωση και ανατάσσονται αυτόματα

3^{ου} βαθμού: Προπίπτουν κατά την κένωση και ανατάσσονται μηχανικά

4^{ου} βαθμού: Μόνιμα προπίπτουσες αιμορροΐδες, οι οποίες δεν ανατάσσονται ούτε αυτόματα ούτε μηχανικά.

Πιο συχνό σύμπτωμα της αιμορροϊδοπάθειας αποτελεί η ανώδυνη αιμορραγία, η οποία επισυμβαίνει κατά την κένωση ή με το πέρας αυτής. Λόγω αυτού, σε κάθε ασθενή με αιμορροϊδοπάθεια, πρέπει να διενεργείται κολονοσκόπηση, προς αποκλεισμό άλλων σοβαρότερων αιτιών αιμορραγίας και κυρίως προς αποκλεισμό του ορθοκολικού καρκίνου. Άλλα συμπτώματα που εμφανίζονται σε ασθενείς με αιμορροϊδοπάθεια είναι: πρωκτική δυσφορία, αίσθηση ατελούς κένωσης, πρωκτικό άλγος ιδίως σε θρομβωμένες αιμορροΐδες, τοπικός ερεθισμός, δερματικά ράκη, εκροή βλέννης, κνησμός, πρόπτωση και διόγκωση⁸.

Θεραπεία αιμορροϊδοπάθειας

Με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Κολοπρωκτολογίας, σε όλα τα στάδια της αιμορροϊδοπάθειας προτείνεται ως αρχική αντιμετώπιση η συντηρητική προσέγγιση, η οποία περιλαμβάνει διατροφικές αλλαγές, ρύθμιση των κενώσεων, αλλαγές στον τρόπο ζωής των ασθενών και την εφαρμογή τοπικών παραγόντων⁹. Επί αποτυχίας της συντηρητικής προσέγγισης σε 1^{ου} και 2^{ου} βαθμού αιμορροϊδοπάθειας, προτείνεται η εφαρμογή λιγότερο επεμβατικών τεχνικών, όπως είναι η απολίνωση με ελαστικούς δακτυλίους, ενώ σε 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού, επί αποτυχίας της μη επεμβατικής αντιμετώπισης, προτείνεται ως χειρουργική επέμβαση εκλογής η αιμορροϊδεκτομή¹⁰.

Η χρήση λέιζερ στην θεραπεία της αιμορροϊδοπάθειας περιλαμβάνει μεθόδους χωρίς εκτομή, λιγότερο επεμβατικές, με μειωμένο μετεγχειρητικό πόνο και γρήγορη επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες. Έχουν επιτυχία κατά της αιμορροϊδοπάθειας 2^{ου} και 3^{ου} βαθμού κι έχουν αναπτυχθεί δύο μέθοδοι αντιμετώπισης: η HeLP και αιμορροϊδοπλαστική LHP.

Η συχνότερα χρησιμοποιημένη μέθοδος HeLP (Hemorrhoid Laser Procedure) αποτελεί μια ελάχιστη

επεμβατική χειρουργική τεχνική, η οποία ακολουθεί την ίδια φιλοσοφία με τη μέθοδο HAL, σχετικά με την αιμορροϊδική αρτηριακή απαγγείωση. Βασίζεται στη μείωση της αρτηριακής ροής στο αιμορροϊδικό πλέγμα, η οποία επιτυγχάνεται με την απόφραξη των τελικών κλάδων των άνω αιμορροϊδικών αρτηριών με διοδικό laser και τη χρήση αισθητήρα Doppler. Με τη χρήση αισθητήρα Doppler εντοπίζεται η αρτηριακή ροή και με τη χρήση της οπτικής ίνας laser με παλμική λειτουργία επιτυγχάνεται η απόφραξη των τελικών κλάδων της άνω αιμορροϊδικής αρτηρίας, η οποία προκαλεί τη σταδιακή μείωση της ροής του αίματος στις αιμορροΐδες, ακολουθούμενη από συρρίκνωση των αιμορροϊδικών πλεγμάτων και τη βελτίωση της συμπτωματολογίας. Με αυτή τη μέθοδο ο τραυματισμός του βλεννογόνου και του δέρματος είναι εξαιρετικά μειωμένος, προκαλώντας λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο, ταχεία ανάρρωση και μικρότερης διάρκειας νοσηλείας του ασθενή.

2) ΡΑΓΑΔΑ ΠΡΩΚΤΟΥ Ή ΠΡΩΚΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Η ραγάδα πρωκτού αποτελεί ένα γραμμοειδές έλκος στο κατώτερο τριτημόριο του πρωκτικού σωλήνα και συνήθως εντοπίζεται στην οπίσθια μέση γραμμή (6η ώρα σε γυναικολογική θέση), ενώ σπανιότερα σε γυναίκες μπορεί να εντοπιστεί και στην πρόσθια μέση γραμμή (12η ώρα). Μπορεί να είναι πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής και να εμφανίζεται και σε άλλες άτυπες θέσεις όπως συμβαίνει σε ασθενείς με νόσο Crohn, ελκώδη κολίτιδα ή και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η ραγάδα διαχωρίζεται σε οξεία, εάν επουλωθεί εντός 6 εβδομάδων και χρόνια εάν παραμένει για πάνω από 6 εβδομάδες. Οι κυριότεροι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί δημιουργίας της ραγάδας είναι η υπερτονία του έσω σφιγκτήρα, σε συνδυασμό με την μειωμένη αιμάτωση στην οπίσθια μέση γραμμή, με αποτέλεσμα το δημιουργηθέν έλκος να μην μπορεί να επουλωθεί¹¹. Το κύριο σύμπτωμα της ραγάδας είναι το οξύ άλγος κατά την κένωση, ενώ μπορεί να συνοδεύεται με παρουσία αίματος.

Θεραπεία πρωκτικής ραγάδας

Η συντηρητική αντιμετώπιση που αφορά στην οξεία ραγάδα περιλαμβάνει την αλλαγή των διατροφικών συνθηκών, φαρμακευτικά σκευάσματα και κρέμες που περιέχουν κυρίως νιτρώδη ή ανταγωνιστές ασβεστίου, αναλγητικά και εδρόλουτρα για την ρύθμιση των κενώσεων¹².

Με την έγχυση της τοξίνης της αλλαντιάσης (μπότοξ) στον πρωκτικό σφιγκτήρα, υφίεται το άλγος και η υπερτονία του σφιγκτήρα που βοηθάει στην επούλωση της ραγάδας. Γίνεται με τη μορφή ένεσης, χωρίς ανάγκη γενικής αναισθησίας, μόνο με χρήση τοπικής αναισθητικής αλοιφής. Η συγκεκριμένη μέθοδος μπορεί να προκαλέσει παροδική ακράτεια έως την απορρόφηση της τοξίνης, που μπορεί να διαρκέσει μέχρι έξι μήνες.

Η χειρουργική αντιμετώπιση που αφορά τη χρόνια ραγάδα περιλαμβάνει επεμβάσεις όπως η κλειστή ή ανοικτή πλάγια έσω σφιγκτηροτομή, η πρόσθια έσω σφιγκτηροτομή ή η χειρουργική εκτομή της ραγάδας. Η ανοικτή πλάγια έσω σφιγκτηροτομή αποτελεί την επέμβαση εκλογής, με μεγάλα ποσοστά επιτυχίας και με μικρά ποσοστά επιπλοκών, και πιο συγκεκριμένα μεταξύ των τύπων σφιγκτηροτομής, συνοδεύεται από τα μικρότερα ποσοστά μετεγχειρητικής ακράτειας.

Η θεραπεία της πρωκτικής ραγάδας με τη χρήση laser περιλαμβάνει την νεαροποίηση του έλκους με εξαχνωση, χωρίς τραυματισμό του σφιγκτήρα. Αφαιρείται ο ουλώδης ιστός στο πλάγια και στον πυθμένα της ραγάδας, με αποτέλεσμα τη δημιουργία νεαροποιημένων ινών που έχουν τη δυνατότητα να επουλωθούν.

3) ΠΕΡΙΕΔΡΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ Ή ΑΠΟΣΤΗΜΑ

Τα περιεδρικά συρίγγια αποτελούν την χρόνια φάση κι εξέλιξη μίας ορθοπρωκτικής λοίμωξης και αφορούν 8.6/100000 άτομα του πληθυσμού. Μεταξύ των φύλων υπερέχει η εμφάνιση της νόσου στους άντρες με αναλογία 2:1. Η αιτιολογία της νόσου κατά 90% είναι μη ειδική, ενώ μπορεί να εμφανιστεί μετεγχειρητικά σε ποσοστό 3.3% και σε πάσχοντες από ελκώδη κολίτιδα και νόσο Crohn σε ποσοστά 1.5% και 1.3% αντίστοιχα. Η μέση ηλικία εμφάνισης είναι τα 38.3 έτη και παθοφυσιολογικά οφείλονται σε φλεγμονή της κρύπτης των πρωκτικών αδένων, λόγω απόφραξης των εκφορητικών πόρων τους από βακτήρια, κόπρανα ή ξένα σώματα.

Τα περιεδρικά συρίγγια ανάλογα με την σχέση τους με τον έσω και έξω σφιγκτήρα διαχωρίζονται σύμφωνα με την ταξινόμηση Parks σε¹³ :

- Επιπολής
- Ενδο-σφιγκτηριακά
- Δια-σφιγκτηριακά
- Υπερ-ανεκκτηριακά
- Εξω-σφιγκτηριακά

Επίσης ο καθορισμός της πορείας τους γίνεται μέσω του κανόνα του Goodsall, σύμφωνα με τον οποίο συρίγγια στο πρόσθιο ήμισυ του πρωκτικού δακτυλίου έχουν ευθεία πορεία ενώ συρίγγια στο οπίσθιο ήμισυ έχουν, συνήθως, πεταλοειδή πορεία προς την 6^η ώρα. Εξαίρεση αποτελούν συρίγγια, των οποίων το έξω στόμιο έχει απόσταση >3cm από τον πρωκτικό δακτύλιο.

Τα συμπτώματα που δύναται να παρουσιάσει ο ασθενής με ένα περιεδρικό συρίγγιο ή απόστημα είναι σοβαρό άλγος, εκροή αίματος, πύου ή βλέννης που μπορεί να σχετιστεί με την ύφεση του άλγους, περιστασιακά εμπύρετο, περιοχικό οίδημα, ερυθρότητα ή/και σκληρία, αλλά ακόμη και παρουσία περιπρωκτικής μάζας¹⁴.

Θεραπεία περιεδρικού συριγγίου

Η κύρια, μέχρι στιγμής, κοινή αποδεκτή χειρουργική τεχνική για την αντιμετώπιση του περιεδρικού συριγγίου είναι ο περιβρογχισμός του με seton . Παρά την ευρεία εφαρμογή της μεθόδου αυτής, εξακολουθούν να υφίστανται ερωτηματικά σχετικά με το πόσο χαλαρός ή μη θα είναι ο περιβρογχισμός του συριγγίου, με τα αποτελέσματα μελετών να δείχνουν μια ελαφριά υπεροχή του περιβρογχισμού με χαλαρά seton. Η τεχνική αυτή ωστόσο αναγκάζει τους ασθενείς να υπόκεινται σε ιατρικούς επανελέγχους ανά τακτά χρονικά διαστήματα για τους επόμενους 2 με 3 μήνες¹⁵. Η ανάγκη για εφαρμογή άλλων μεθόδων με ελάχιστη μετεγχειρητική παρακολούθηση και με ελάχιστη επιβάρυνση του ασθενούς, οδήγησε στην ανάπτυξη και άλλων μεθόδων αντιμετώπισης όπως είναι τα υλικά έμφραξης στα οποία περιλαμβάνονται οι κόλλες ινικής, τα εμβολώματα είτε βιολογικά (από χοίρειο υποβλεννογόνο ιστό λεπτού εντέρου) είτε συνθετικά, τα stem-cells, η μέθοδος VAAFT και το λείζερ (FilaC)¹⁶.

Πιο συγκεκριμένα με την εφαρμογή της μεθόδου FilaC χρησιμοποιείται μια πηγή λείζερ (diode laser) και μια οπτική ίνα, η οποία εκπέμπει ακτινωτά, με αποτέλεσμα την καταστροφή του ψευδοεπιθηλίου του συριγγίου και την ρίκνωση των πέριξ ιστών. Αυτή η μέθοδος προσφέρει στον ασθενή σύντομη αποκατάσταση και μικρότερο χρόνο νοσηλείας, λιγότερο ποσοστό επιπλοκών, σύντομη επούλωση του τραύματος που μειώνει αισθητά το μετεγχειρητικό άλγος και ανώδυνη περιποίηση του.

4) ΚΥΣΤΗ ΚΟΚΚΥΓΟΣ Ή ΤΡΙΧΟΦΩΛΕΑΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ

Η κύστη κόκκυγος αποτελεί μια κλινική οντότητα η οποία προσβάλλει το 0,7% του πληθυσμού με επίπτωση: 25/100000. Εμφανίζεται κυρίως στους άντρες με αναλογία ανδρών/ γυναικών: 4/1 και κυρίως στην ηλικιακή ομάδα 15-30 ετών¹⁷. Η αιτιολογία της νόσου δεν έχει καθοριστεί πλήρως, ωστόσο υπάρχουν 2 θεωρίες:

Η θεωρία της Συγγενούς Προέλευσης: Αναφέρει ότι η κύστη κόκκυγος αποτελεί ουριαίο υπόλειμμα του νευρικού καναλιού που δημιουργεί κύστεις.

Η θεωρία της Επίκτητης Προέλευσης: Σύμφωνα με την οποία η κύστη κόκκυγος είναι το αποτέλεσμα της φλεγμονής των θύλακων των τριχών, οι οποίοι επιμολύνονται και δημιουργούν αποστήματα έως το υποδόριο λίπος. Ακολουθώντας, μέσω της βαρύτητας και των κινήσεων των γλουτών, δημιουργούν κενό το οποίο έλκει τρίχες, οι οποίες εισέρχονται στην κοιλότητα και δημιουργούν αντίδραση ξένου σώματος, με αποτέλεσμα τη δημιουργία αποστημάτων και συριγγίων. Η είσοδος των τριχών εξαρτάται από 3 παράγοντες : το είδος των τριχών, την δύναμη που προκαλεί την είσοδο και την ευαισθησία του δέρματος.

Η νόσος έχει οξεία και χρόνια φάση. Κατά την οξεία φάση, η κλινική εικόνα είναι συμβατή με απόστημα με συνοδό άλγος, οίδημα, ερυθρότητα και ευαισθησία στην μεσογλουτιαία χώρα. Με την μετάπτωση της νόσου σε χρόνια φάση οι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί, με παρουσία στομιών κατά το μήκος της μεσογλουτιαίας γραμμής, εκ των οποίων παρατηρείται εκροή πύου ή και αίματος, ενώ μπορεί να προκαλέσουν στον ασθενή αίσθημα δυσφορίας και πόνου. Τα στόμια εντοπίζονται κατά 93% κεφαλικά και 7% ουραία. Άλλες πιο σπάνιες θέσεις εντόπισης τριχοφωλεακού συριγγίου είναι οι ονυχοφόρες φάλλαγες των δακτύλων, το πέος και οι μεσοδακτύλιες σχισμές^{15,16}.

Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της νόσου είναι:

- Παχυσαρκία (BMI >25kg/m²)
- Πυκνή τριχοφυΐα
- Βαθιά μεσογλουτιαία πτυχή
- Κακή υγιεινή της περιοχής
- Καθιστική ζωή
- Οικογενειακό ιστορικό
- Τραύμα ή ερεθισμός στη μεσογλουτιαία πτυχή

Θεραπεία κύστης κόκκυγος

Η θεραπεία σε οξεία φάση έχει ως στόχο την παροχέτευση του αποστήματος, ενώ σε χρόνια φάση την επούλωση τραύματος, το συντομότερο δυνατό, και τον περιορισμό της νοσηρότητας καθώς και της υποτροπής.

Η θεραπεία περιλαμβάνει:

α) Συντηρητικά μέτρα όπως η υγιεινή της περιοχής και εξάλειψη της τριχοφυΐας της περιοχής

β) Ελάχιστη επεμβατική θεραπεία η οποία περιλαμβάνει την έγχυση φαινόλης και κόλλας ινικής εντός της κύστης.

γ) Χειρουργικές τεχνικές

Διαχωρίζονται σε ανοικτές, κλειστές και ελάχιστη επεμβατικές.

Οι ανοικτές περιλαμβάνουν την:

- i) Συριγγοτομή και απόξεση
- ii) Ευρεία εκτομή
- iii) Μαρσιποποίηση
- Οι κλειστές:
 - Σύγκλειση στη μέση γραμμή
 - Σύγκλειση εκτός μέσης γραμμής
 - Άλλες πλαστικές
- Οι ελάχιστες:
 - EPSiT
 - FiLaC

Η θεραπευτική αντιμετώπιση με τη χρήση λέιζερ απο-

σκοπεί στην καταστροφή του επιθηλίου και του κοκκιώδους ιστού. Με τοπική αναισθησία, γίνεται εκτενής καθαρισμός του πόρου, και καθετηριασμός των τοιχωμάτων του, με την οπτική ίνα FilaC. Με αυτή τη μέθοδο πραγματοποιείται εξάχνωση, που επιτρέπει την επούλωση υγιών ιστών. Το μετεγχειρητικό άλγος είναι ήπιο και σύντομο στη διάρκεια, η νοσηλεία που χρειάζεται ο ασθενής είναι λίγων ωρών και έχει τη δυνατότητα να επιστρέψει σύντομα στις καθημερινές του δραστηριότητες.

5) ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ ΠΡΩΚΤΟΥ

Τα κονδυλώματα πρωκτού, ονομάζονται επίσης οξυτενή κονδυλώματα και αποτελούν πάθηση που επηρεάζει την περιοχή γύρω και μέσα από τον πρωκτό. Προκαλούνται από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), ο οποίος μεταδίδεται από άτομο σε άτομο με άμεση επαφή και θεωρείται σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα (ΣΜΝ).

Ορισμένοι ασθενείς θα εμφανίσουν συμπτώματα, όπως κνησμό, αιμορραγία, κένωση με βλέννα και ίσως ένα αίσθημα μάζας στην περιοχή του πρωκτού.

Θεραπεία

Όταν η συντηρητική θεραπεία δεν επαρκεί, χρησιμοποιούνται επεμβατικές μέθοδοι για εκτομή ή καυτηριασμό, με λέιζερ και τη μέθοδο photodynamic therapy (PDT).

Συμπεράσματα

Η εφαρμογή του λέιζερ στις πρωκτολογικές παθήσεις αποτελεί μια καινοτόμο ελάχιστη επεμβατική μέθοδο αντιμετώπισης, που έχει ως στόχο την βελτίωση των μετεγχειρητικών αποτελεσμάτων. Μέσα από την εμπειρία της κλινικής μας με την συγκεκριμένη μέθοδο παρατηρούμε πως οι ασθενείς βιώνουν ελάχιστο μετεγχειρητικό πόνο, πιο γρήγορη επιστροφή στις καθημερινές τους συνήθειες, μειώνεται ο χρόνος νοσηλείας τους αλλά και ο χειρουργικός χρόνος και γενικά το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα. Βεβαίως, καμία μέθοδος δεν μπορεί να αντικαταστήσει ριζικά την συμβατική χειρουργική των παθήσεων αυτών, ωστόσο λαμβάνοντας υπόψη την ανάγκη βελτίωσης της μετεγχειρητικής ποιότητας ζωής των ασθενών, αδιαμφισβήτητα, η χρήση του λέιζερ στις συγκεκριμένες παθήσεις, μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό εργαλείο για τον χειρουργό και για την ιατρική κοινότητα, που λειτουργεί προς όφελος του ασθενούς.

Βιβλιογραφία

1. Elfallal AH, Fathy M, Elbaz SA, Emile SH. Comprehensive literature review of the applications of surgical laser in benign anal conditions. *Lasers Med Sci* 2022; 37:2775–2789.
2. Azadgoli B, Baker RY. Laser applications in surgery. *Ann Transl Med* 2016; 4:452–452.
3. Sandler RS, Peery AF Rethinking What We Know About

Hemorrhoids. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2019; 17:8–15.

4. Ivy H, Gardner V, Ragavan V, Siddharthan, Vassiliki Liana Tsikitis. Benign anorectal disease: hemorrhoids, fissures, and fistulas. *Annals of Gastroenterology* 2020; 33 (1) 9-18

5. Lohsiriwat V Treatment of hemorrhoids: A coloproctologist's view. *World J Gastroenterol* 2015; 21:9245.

6. Toll RR, Kleijnen J, Watson AJM, Jongen, J, Altomare, D. F, Qvist, N. et al. European Society of ColoProctology: guideline for haemorrhoidal disease. *Color Dis* 2020; 22:650–662.

7. Beaty J, Shashidharan M. Anal Fissure. *Clin Colon Rectal Surg* 2016; 29:030–037.

8. Boland PA, Kelly ME, Donlon NE, Bolger JC, Larkin JO, Mehigan BJ, McCormick PH. Management options for chronic anal fissure: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Colorectal Dis* 2020;35: 1807–1815.

9. de Parades V, Zeitoun J-D, Atienza P. Cryptoglandular anal fistula. *J Visc Surg* 2010; 147: e203–e215.

10. F. Litta, A. Parello, L. Ferri, N. O. Torrecilla, A. A. Marra, · R. Orefce et al. Simple fistula-in-ano: is it all simple? A systematic review. *Tech Coloproctol*.2021; 25:385–399

11. Fox A, Tietze PH, Ramakrishnan K. Anorectal conditions: anal fissure and anorectal fistula. *FP Essent* 2014; 419:20–7.

12. Min Young Park, Yong Sik Yoon, Jong Lyul Lee, Sang Hyoung Park, Byong Duk Ye, Suk-Kyun Yang and Chang Sik Yu. Comparative

perianal fistula closure rates following autologous adipose tissue-derived stem cell transplantation or treatment with anti-tumor necrosis factor agents after seton placement in patients with Crohn's disease: a retrospective observational stud. *Stem Cell Res Ther* 2021; 12:401.

13. Cirocco WC, Reilly JC It is time to retire Goodsall's Rule: The Midline Rule is a more accurate predictor of the true and natural course of anal fistulas. *Tech Coloproctol* 2020; 24:317–321.

14. Vogel Jon D, Johnson Eric K, Morris Arden M, Paquette Ian M. Saclarides Theodore J, Feingold Daniel L. Clinical Practice Guideline for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. 2016; *Dis Colon Rectum* 59:1117–1133.

15. Sondenaa K, Andersen E, Nesvik I, Soreide JA. Patient characteristics and symptoms in chronic pilonidal sinus disease. *Int J Colorectal Dis* 1995; 10:39–42.

16. Dietrich Doll, Jan Friederichs, Heidi Dettmann, Anne-Laure Boulesteix, Wolfgang Duesel, Sven Petersen. Time and rate of sinus formation in pilonidal sinus disease. *Int J Colorectal Dis* 2008; 23:359–364.

17. Iesalnieks I, Ommer A, Herold A, Doll D German National Guideline on the management of pilonidal disease: update 2020; *Langenbeck's Arch Surg*; 406:2569–2580.

Βασικές επεμβατικές επιλογές για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό

Ευθυμία Ι. Θανασά¹, Άννα Ι. Θανασά¹, Ευάγγελος Καμαρέτσος², Ευάγγελος-Έκτορας Γεροκώστας²,
Ιωάννης Κ. Θανασάς²

¹ Τμήμα Επιστημών Υγείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

² Μαιευτική – Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα, Ελλάδα

Basic interventional options for the management of postpartum bleeding hemorrhage

E. I. Thanasa¹, A. I. Thanasa¹, E. Kamaretsos², E.-E. Gerokostas², I. K. Thanasas²

¹ Department of Health Sciences, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

² Department of Obstetrics and Gynecology, General Hospital of Trikala, Trikala, Greece

Κατηγορία εργασίας: Ανασκόπηση

Αλληλογραφία: Δρ. Ιωάννης Κ. Θανασάς, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Ευκλή 33, 42100 Τρίκαλα, Ελλάδα τηλ.: 2431029103 / 6944766469

e-mail: thanasasg@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ατονία της μήτρας είναι η κύρια αιτία αιμορραγίας μετά τον τοκετό. Ο αιτιοπαθογενετικός μηχανισμός δεν έχει απόλυτα διευκρινισθεί. Διάφοροι προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου, είτε προϋπάρχοντες της εγκυμοσύνης, είτε εμφανιζόμενοι στη διάρκεια της κύησης έχουν ενοχοποιηθεί μέχρι σήμερα για την πρόκληση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό. Η πολυεπιστημονική αντιμετώπιση, μετά την έγκαιρη αναγνώριση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό, χρήσιμο είναι να επικεντρωθεί στην επίτευξη ικανοποιητικής σύσπασης της μήτρας με τη χορήγηση μητροσυσπαστικών φαρμάκων και στη διατήρηση της αιμοδυναμικής σταθερότητας της λεχωϊδας με τη χρήση συντηρητικών και χειρουργικών μέσων. Το μπαλόνι επιπωματισμού

Bakri, η συσκευασία από γάζες, οι διαφόρου τύπων αιμοστατικές ραφές, η απολίνωση των έσω λαγονίων αρτηριών, ο εμβολισμός των μητριάων αρτηριών και η μαιευτική υστερεκτομή αποτελούν παλαιότερες και νεότερες τεχνικές που συμπεριλαμβάνονται στην σύγχρονη επεμβατική αντιμετώπιση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό. Στο παρόν άρθρο με βάση την πρόσφατη βιβλιογραφία επιχειρείται η ανασκόπηση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό, αναφορικά με τις βασικές θεραπευτικές χειρουργικές επιλογές, η έγκαιρη και ορθή εφαρμογή των οποίων μπορεί να αποφέρει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα και να εξασφαλίσει την καλύτερη υγεία της μητέρας.

Λέξεις κλειδιά: Ατονία μήτρας, μπαλόνι Bakri, συσκευασία από γάζες, αιμοστατικές ραφές, απολίνωση έσω λαγονίων, εμβολισμός, υστερεκτομία.

ABSTRACT

Uterine atony is the main cause of postpartum hemorrhage. The etiological mechanism has not been fully clarified. Various predisposing risk factors have been implicated to date in causing postpartum hemorrhage. Multidisciplinary management, after early recognition of postpartum hemorrhage, is useful to focus on achieving satisfactory uterine contraction with the administration of uterine contraction drugs and maintaining hemodynamic stability of the placenta using conservative and surgical means. Bakri tamponade balloon, gauze packing, various

types of hemostatic sutures, internal iliac artery ligation, uterine artery embolization, and obstetric hysterectomy are older and newer techniques included in the modern interventional management of postpartum hemorrhage. In this article, based on the recent literature, an attempt is made to review postpartum hemorrhage, regarding the basic therapeutic surgical options, the timely and correct application of which can yield the best possible result and ensure the best health of the mother.

Key words: Uterine atony; Bakri balloon; gauze packing; hemostatic sutures; pelvic ligation; embolization; hysterectomy.

Εισαγωγή

Η απώλεια αίματος μετά τον τοκετό σε ποσότητα μικρότερη από 500 ml είναι μία φυσιολογική διαδικασία. Ως αιμορραγία μετά τον τοκετό ορίζεται απώλεια αίματος ίση ή μεγαλύτερη από 500 ml εντός των πρώτων 24 ωρών μετά την υστεροτοκία¹. Η αιμορραγία μετά τον τοκετό αφορά περίπου στο 6% έως 10% του συνόλου των κυήσεων, με τη σοβαρή μορφή της (απώλεια αίματος - 1000 ml) να εκτιμάται ότι αφορά περίπου στο 1.8% – 3% μετά από οποιαδήποτε μορφή τοκετού και να ποικίλλει ανά περιοχή στον κόσμο². Η αιμορραγία μετά τον τοκετό είναι μία από τις κύριες αιτίες μητρικού θανάτου και σοβαρής μητρικής νοσηρότητας παγκοσμίως^{3,4}. Εκτιμάται σήμερα ότι αποτελεί την πρωτογενή αιτία της μητρικής θνησιμότητας, τόσο στις αναπτυσσόμενες, όσο και στις ανεπτυγμένες χώρες⁵ και αντιπροσωπεύει περίπου το 20% των μητρικών θανάτων παγκοσμίως⁶.

Η αντιμετώπιση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό πρέπει να είναι άμεση. Αν και στην πλειονότητα των περιπτώσεων η απώλεια αίματος μπορεί να είναι μικρή και να μην προκαλεί ανησυχία, σε κάποιες περιπτώσεις η απώλεια αίματος μπορεί να είναι σοβαρή και να φτάσει να είναι ακόμα και απειλητική για τη ζωή της γυναίκας. Σε κάθε περίπτωση ο μαιευτήρας παρά τις δυσκολίες πρέπει να είναι σε θέση να εκτιμά την ποσότητα του αίματος που χάνεται μετά τον τοκετό και να αντιμετωπίζει την κατάσταση ανάλογα με τη σοβαρότητά της.⁷ Είναι επίσης πολύ σημαντικό σε κάθε περίπτωση να μπορεί να αναγνωρίζει την αιτία της αιμορραγίας, έτσι ώστε η παρέμβασή του να είναι άμεση και αποτελεσματική⁸. Το πιο συνηθισμένο αίτιο της αιμορραγίας μετά τον τοκετό είναι η αδυναμία της μήτρας να συσπαστεί αμέσως μετά την υστεροτοκία (ατονία της μήτρας) και ακολουθούν η τραυματική αιτιολογία αιμορραγία από τη μήτρα, τον τράχηλο ή τον κόλπο, η παραμονή τμήματος του πλακούντα εντός της μητριαίας κοιλότητας και οι διαταραχές της πηκτικότητας του αίματος^{9,10}.

Θεραπευτική προσέγγιση

Η αδυναμία αξιοπιστίας πρόβλεψης των εγκύων με υψηλό κίνδυνο για μαιευτική αιμορραγία οδηγεί στη θεώρηση σήμερα ότι όλες οι έγκυες πρέπει να θεωρούνται ευαίσθητες και πρέπει να ασκείται ακραία επαγρύπνηση κατά την εκτίμηση της απώλειας αίματος και της αιμοδυναμικής σταθερότητας στην άμεση περίοδο της λοχείας¹¹. Η έγκαιρη αναγνώριση της απώλειας αίματος, η αναγνώριση της πηγής της αιμορραγίας και η αναζωογόνηση του όγκου, συμπεριλαμβανομένων των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των προϊόντων αίματος, όταν απαιτείται εκτιμάται ότι μπορεί να οδηγήσουν σε εξαιρετικά αποτελέσματα¹². Αμέσως μετά την αναγνώριση της αιμορραγίας, η αντιμετώπιση, της οποίας πρέπει να είναι πολυεπιστημονική και να απαιτεί τη συνεργασία πολλών ιατρικών ειδικοτήτων, χρήσιμο είναι να επικεντρωθεί στην επίτευξη επαρκούς σύσπασης της μήτρας με τη χορήγηση μητροσυσπαστικών φαρμάκων και στη διατήρηση της αιμοδυναμικής σταθερότητας της λεχωίδας με τη χρήση συντηρητικών μη φαρμακευτικών μηχανικών μέσων ή χειρουργικών παρεμβάσεων¹³⁻¹⁵, όπως φαίνεται στον Πίνακα 1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Θεραπευτικές επιλογές επεμβατικής προσέγγισης της ατονίας της αιμορραγίας μετά τον τοκετό

Μπαλόνι επιπωματισμού Bakri
Επιπωματισμός μήτρας με συσκευασία από γάζες
Αιμοστατικές ραφές συμπίεσης της μήτρας
Απολίνωση έσω λαγονίων αρτηριών
Απολίνωση έσω λαγονίων αρτηριών
Μαιευτική υστερεκτομή

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Επιπωματισμός της μήτρας – Μπαλόνι Bakri

Οι τεχνικές επιπωματισμού της ενδομήτριας κοιλότητας για τη διαχείριση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό και της ατονίας της μήτρας έχουν ήδη αναφερθεί από το 1856¹⁶. Οι γάζες από βαμβάκι που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς, λόγω του αυξημένου κινδύνου τραύματος στο τοίχωμα της μήτρας που είναι δυνατόν να προκληθεί κατά την τοποθέτησή τους, λόγω του αυξημένου κινδύνου ενδομήτριας λοίμωξης και του αυξημένου κινδύνου αναποτελεσματικότητας των μητροσυσπαστικών φαρμάκων στις αναπτυγμένες οικονομικά ανεξάρτητες χώρες έχουν σχεδόν εγκαταλειφθεί, δίνοντας τη θέση τους στο μπαλόνι επιπωματισμού της μήτρας^{17,18}. Το μπαλόνι επιπωματισμού Bakri συνιστάται από το Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων (American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG) και την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (World Health Organization – WHO) ως κατευθυντήρια γραμμή για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό και της ατονίας της μήτρας που δεν ανταποκρίνεται στη χορήγηση μητροσυσπαστικών φαρμάκων¹⁹. Το μπαλόνι επιπωματισμού Bakri κατασκευασμένο από σιλικόνη κατά την είσοδό του προσαρμόζεται ακριβώς στην ενδομήτρια κοιλότητα. Το μπαλόνι γεμίζει σταδιακά με υγρό μέχρι να σταματήσει η αιμορραγία, επιτυγχάνοντας δημιουργία ενδομήτριας πίεσης η οποία είναι μεγαλύτερη από τη συστηματική αρτηριακή πίεση^{20,21}.

Πολλές μελέτες μέχρι σήμερα έχουν σχεδιασθεί για την αξιολόγηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της μεθόδου στον έλεγχο της αιμορραγίας μετά τον τοκετό. Το 2014 ο Wright και οι συνεργάτες του αναλύοντας τα αποτελέσματα της μελέτης τους, σκοπός της οποίας ήταν να εξακριβωθούν οι ενδείξεις, οι τεχνικές και η σχετιζόμενη νοσηρότητα με τη χρήση του μπαλονιού Bakri έδειξαν ότι σε περιπτώσεις ατονίας της μήτρας μετατόπιση του μπαλονιού διαπιστώθηκε στο 10% των περιπτώσεων, ανάγκη μετάγγισης αίματος στο 43%, ενώ μαιευτική υστερεκτομή απαιτήθηκε στο 6% των ασθενών²². Πιο πρόσφατα το 2017, ο Lo και συν. με τη δική τους μελέτη, σκοπός της οποίας ήταν η αξιολόγηση του επιπωματισμού της μήτρας με μπαλόνι Bakri σε περιπτώσεις ατονίας έδειξαν ότι η χρήση του μπαλονιού Bakri σχετίζεται με μειωμένα ποσοστά μαιευτικής υστερεκτομής²³.

Παρόμοια, πρόσφατη μελέτη προερχόμενη από την Κίνα έδειξε ότι η έγκαιρη διάγνωση της αιμορραγίας, σε συνδυασμό με την πρώιμη χρήση του μπαλονιού Bakri είναι πιο αποτελεσματική στη διαχείριση της αιμορραγίας²⁴. Αντίθετα, ο Said Ali και συν. τονίζουν ότι το μπαλόνι Bakri φαίνεται να είναι ένα λιγότερο αποτελεσματικό μέσο στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό, είτε αυτή προέρχεται μετά από κολπικό τοκετό, είτε μετά από καισαρική τομή¹⁹.

Παρόλα αυτά όμως, έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία επιτυχής διαχείριση αιμορραγίας μετά τον τοκετό με κατάλληλη τοποθέτηση μπαλονιού Bakri σε δίκερη μήτρα²⁵.

Επιπωματισμός της μήτρας με συσκευασία από γάζες

Ο επιπωματισμός της μήτρας με συσκευασία από γάζες για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό είναι μια κοινή πρακτική η οποία έχει χρησιμοποιηθεί από δεκαετίες και εξακολουθεί να χρησιμοποιείται σε χώρες με περιορισμένους για την υγεία και την περίθαλψη πόρους^{26,27}. Η γνώση για την τοποθέτηση της συσκευασίας από γάζες στην ενδομήτρια κοιλότητα είναι σημαντική, επειδή ο διαθέσιμος χρόνος στις περισσότερες των περιπτώσεων είναι περιορισμένος. Η από 8 έως 10 μέτρα μήκους συσκευασία γάζας με τη βοήθεια λαβίδας ή με το χέρι τοποθετείται στην ενδομήτρια κοιλότητα από τον πυθμένα μέχρι τον τράχηλο και ακολουθεί επιπωματισμός του κόλπου, προκειμένου να επιτευχθεί πρόσθετη πίεση στην ενδομήτρια κοιλότητα για τη διασφάλιση καλύτερης αιμόστασης. Η συσκευασία αφαιρείται σε 12 – 24 ώρες μετά την τοποθέτηση²⁸. Σήμερα, ο επιπωματισμός της μήτρας με συσκευασία από γάζες, παρά τις ανεπαρκείς αναλυτικές μελέτες συνιστάται σε ορισμένες κατευθυντήριες γραμμές^{29,30} και χρησιμοποιείται ευρέως τόσο σε πλούσιες αναπτυγμένες, όσο και σε φτωχές περιοχές της Κίνας³¹.

Με μελέτη του 2010 ο Wei και συν. μετά από την συγκριτική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας του επιπωματισμού της μήτρας με μπαλόνι και συσκευασία από γάζες για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας μετά από καισαρική τομή διαπίστωσαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην επιτυχή αντιμετώπιση της αιμορραγίας ανάμεσα στις ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με μπαλόνι επιπωματισμού και σε εκείνες στις οποίες χρησιμοποιήθηκε συσκευασία από γάζες (93.1% έναντι 91.2%, $p = 0.80$). Ταυτόχρονα οι συγγραφείς έδειξαν ότι οι γυναίκες της ομάδας επιπωματισμού της μήτρας με μπαλόνι είχαν σημαντικά λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως αναιμία, πυρετό, μετεγχειρητικό πόνο, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι ο επιπωματισμός της μήτρας με γάζες είναι εξίσου αποτελεσματικός με τη χρήση ενδομήτριου μπαλονιού για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό, το οποίο όμως θα πρέπει να αποτελεί την προτιμότερη εναλλακτική λύση για την ελαχιστοποίηση της μητρικής νοσηρότητας³². Παρόμοια, ο Dueckelmann και συν. έδειξαν ότι η συσκευασία από γάζες επικαλυμμένες με chitosan αποτελεί μια εξαιρετική επιλογή για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό, παρόμοιας αποτελεσματικότητας με το μπαλόνι επιπωματισμού της μήτρας³³.

Αιμοστατικές ραφές

Τα τελευταία χρόνια πολλές είναι οι έγκυες με αιμορραγία

μετά από καισαρική τομή οι οποίες αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με εφαρμογή αιμοστατικών ραφών οι οποίες εφάπτονται στο πρόσθιο και το οπίσθιο τοίχωμα της μήτρας με αποτέλεσμα τη συμπίεση της ενδομήτριας κοιλότητας – «ράμματα συμπίεσης». Η δημοφιλέστερη τεχνική είναι το «ράμμα B – Lynch» η οποία περιγράφηκε το 1997 από τον B – Lynch και τους συν. Αφορά σε τεχνική συρραφής της μήτρας η οποία έχει ένδειξη στην αντιμετώπιση της ατονίας της μήτρας μετά από καισαρική τομή, καθώς και σε περιπτώσεις υψηλού κινδύνου για διεγχειρητική αιμορραγία, όπως είναι η χοριοαμνιονίτιδα, η προεκλαμψία, η πολύδυμη εγκυμοσύνη και η εκτέλεση καισαρικής τομής μετά από παρατεταμένη και εργώδη προσπάθεια επίτευξης κολπικού τοκετού. Κατά την εκτέλεση της τεχνικής ευθύγραμμη βελόνα διέρχεται από το πρόσθιο προς το οπίσθιο τοίχωμα της μήτρας σε απόσταση 2 – 3 εκατοστά πάνω από την εγκάρσια τομή της καισαρικής τομής. Στη συνέχεια το ράμμα δένεται σφικτά στο ύψος περίπου του πυθμένα της μήτρας. Η ίδια διαδικασία επαναλαμβάνεται και στην αντίθετη πλευρά. Στο επάνω μέρος της μήτρας τα δύο ράμματα δένονται μεταξύ τους στη μέση γραμμή για να αποφευχθεί ολίσθηση^{34,35}.

Τα μέχρι σήμερα βιβλιογραφικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι το ράμμα B – Lynch μπορεί να αποτελέσει αποτελεσματική μέθοδο στην αντιμετώπιση της ατονίας της μήτρας πριν από την απόφαση για την εκτέλεση μαιευτικής υστερεκτομής. Το 2016 ο Kaya και συν. κατά την ερευνητική τους προσπάθεια συγκριτικής αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας μεταξύ του ράμματος συμπίεσης B – Lynch και του μπαλονιού επιπωματισμού Bakri για την αντιμετώπιση της ατονίας της μήτρας κατά τη διάρκεια καισαρικής τομής έδειξαν ότι τα ποσοστά επιτυχίας των δύο μεθόδων ήταν παρόμοια (79.1% και 80%, αντίστοιχα). Στα πλεονεκτήματα του ράμματος B – Lynch περιλαμβάνονται η γρήγορη εφαρμογή χωρίς να απαιτείται θέση λιθοτομής της ασθενούς και το χαμηλό κόστος, έχοντας όμως το μειονέκτημα ότι σε σύγκριση με το μπαλόνι Bakri πρόκειται για μια περισσότερο επεμβατική και δυσκολότερη στην εκμάθηση μέθοδο η οποία θα πρέπει να αποτελεί θεραπευτική επιλογή πρώτης γραμμής για την αντιμετώπιση της ατονίας της μήτρας κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής στις αναπτυσσόμενες χώρες οι οποίες στερούνται αυξημένων πόρων υγειονομικής περίθαλψης³⁶.

Πιο πρόσφατα το 2018, ο ahin και συν. αναλύοντας τα αποτελέσματα της μελέτης τους, σκοπός της οποίας ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας από την τοποθέτηση διπλού ράμματος B – Lynch για την αντιμετώπιση της σοβαρής αιμορραγίας κατά τη διάρκεια καισαρικής τομής έδειξαν ότι η τροποποιημένη τεχνική με εφαρμογή διπλού ράμματος φαίνεται να είναι μια αποτελεσματική και αξιόπιστη λύση για την αντιμετώπιση της ατονίας της μήτρας, παρέχοντας ταυτόχρονα

το πλεονέκτημα διατήρησης της γονιμότητας και επίτευξης μελλοντικής εγκυμοσύνης³⁷. Σε προγενέστερη μελέτη ο El – Sokkary και συν. στην προσπάθειά τους να εκτιμήσουν την αποτελεσματικότητα της νέας τροποποιημένης τεχνικής στον έλεγχο της αιμορραγίας μετά από ατονία της μήτρας έδειξαν ότι η τροποποιημένη νέα τεχνική φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική από την κλασσική τεχνική, με ποσοστό επιτυχίας 95% έναντι 85%³⁸.

Παρόμοια, ο Kaya και συν. από τη δικής τους ερευνητική εμπειρία, προκειμένου να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα και τις επιπλοκές του ράμματος συμπίεσης B – Lynch σε περιπτώσεις ατονίας της μήτρας μη ανταποκρινόμενες στη συντηρητική αγωγή έδειξαν ότι το ποσοστό επιτυχίας του ράμματος ήταν 75%, ενώ η αποτελεσματικότητα της μεθόδου συνδυαζόμενη με αμφοτερόπλευρη απολίνωση των έσω λαγονίων αρτηριών ανερχόταν στο 94.4%. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η συνδυαστική μέθοδος δεν αύξησε τον κίνδυνο βραχυπρόθεσμων επιπλοκών, όπως είναι η νέκρωση της μήτρας, ενώ σε περίπτωση αποτυχίας του ράμματος συμπίεσης B – Lynch η αμφοτερόπλευρη απολίνωση των έσω λαγονίων αρτηριών μπορεί να αποτελέσει εναλλακτική επιλογή για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας και τη διατήρηση της γονιμότητας της γυναίκας³⁹.

Απολίνωση έσω λαγονίων αρτηριών

Η απολίνωση των έσω λαγονίων αρτηριών αποτελεί μία επιπλέον χειρουργική επιλογή για την αντιμετώπιση της ατονίας της μήτρας και της αιμορραγίας μετά τον τοκετό με διατήρηση της αναπαραγωγικής ικανότητας της γυναίκας. Απολίνωση των έσω λαγονίων αρτηριών εκτελέστηκε για πρώτη φορά από τον Sir Kelly το 1893 για τον έλεγχο σοβαρής αιμορραγίας κατά τη διάρκεια υστερεκτομής σε γυναίκα με προχωρημένο καρκίνο της μήτρας⁴⁰. Αργότερα το 1960, η απολίνωση των έσω λαγονίων αρτηριών εισήχθη για πρώτη φορά προκειμένου να ελέγξει αιμορραγία μετά τον τοκετό, και έκτοτε χρησιμοποιήθηκε ευρέως στον έλεγχο της σοβαρής πυελικής αιμορραγίας σε γυναίκες που υποβάλλονταν σε γυναικολογικές και μαιευτικές επεμβάσεις⁴¹. Σήμερα, η απολίνωση των έσω λαγονίων αρτηριών σπάνια εφαρμόζεται, κυρίως λόγω της έλλειψης επαρκούς εκπαίδευσης, των πιθανών δυσκολιών στη χειρουργική προσπάθεια και της περιορισμένης αποτελεσματικότητας στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας μετά από ατονία της μήτρας⁴². Παρά ταύτα, η απολίνωση των έσω λαγονίων αρτηριών πρέπει να θεωρηθεί η πρώτη γραμμή αντιμετώπισης σε σοβαρές περιπτώσεις αιμορραγίας μετά τον τοκετό, με μεταβλητό όμως ποσοστό επιτυχίας που κυμαίνεται από 40% έως 100%⁴³. Πρόσφατα το 2017, ο Kaya και οι συν. αξιολογώντας τα ποσοστά της επιτυχίας και των επακόλουθων αποτελεσμάτων γονιμότητας μετά από την εκτέλεση απολίνωσης των έσω λαγονίων αρτηριών για τον έλεγχο

της αιμορραγίας μετά από ατονία της μήτρας έδειξαν ότι η μέθοδος δεν επηρεάζει τη γονιμότητα, ενώ μπορεί να συνδυασθεί και με άλλες τεχνικές, όπως είναι το μπαλόνι επιπωματισμού Bakri και το ράμμα B – Lynch. Ταυτόχρονα έδειξαν ότι με την προσθήκη της απολίνωσης των έσω λαγονίων αρτηριών τα ποσοστά μαιευτικής υστερεκτομής μπορεί να μειωθούν σημαντικά, ενώ σε περίπτωση σοβαρού οπισθοπεριτοναϊκού αιματώματος η μέθοδος ενδέχεται να είναι η μόνη που μπορεί να σώσει τη ζωή της ασθενούς⁴⁴. Παρόμοια ο Wang και συν. το 2019 αναλύοντας τα αποτελέσματα της μελέτης τους, σκοπός της οποίας ήταν η αξιολόγηση της διαχείρισης της σοβαρής αιμορραγίας μετά τον τοκετό με εκτέλεση αμφοτερόπλευρης απολίνωσης των έσω λαγονίων αρτηριών έδειξαν ότι η αιμορραγία ελέγχθηκε αποτελεσματικά σε 8 από τους 9 ασθενείς (ποσοστό επιτυχίας 88.9%), παρόλο που οι αρχικές τους συνθήκες ήταν ανεπαρκείς. Κανένας από τους ασθενείς δεν υποβλήθηκε σε μαιευτική υστερεκτομή, ούτε εμφάνισε σοβαρές άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές⁴⁵.

Εμβολισμός μητριάων αρτηριών

Εναλλακτική επιλογή επεμβατικής ακτινολογίας για την αντιμετώπιση της μαζικής μαιευτικής αιμορραγίας, ανεξάρτητα από την αιτιολογία ή τον τρόπο τοκετού είναι ο εμβολισμός των μητριάων αρτηριών ο οποίος ταυτόχρονα επιτρέπει τη διατήρηση της γονιμότητας της γυναίκας⁴⁶. Αντίθετα, ο εμβολισμός των ωοθηκικών αρτηριών πέραν των πολλών τεχνικών δυσκολιών που παρουσιάζει σε συνδυασμό με τον εμβολισμό των μητριάων αρτηριών θεωρείται μια αμφιλεγόμενη θεραπευτική επιλογή, καθώς εκτιμάται ότι θα μπορούσε να αυξήσει σημαντικά τον κίνδυνο μελλοντικής δυσλειτουργίας των ωοθηκών⁴⁷. Ο εμβολισμός των μητριάων αρτηριών αποτελεί σήμερα βασική θεραπευτική επιλογή στη σοβαρή μη ανταποκρινόμενη στη συντηρητική θεραπεία αιμορραγία μετά τον τοκετό, λόγω της χαμηλής επιθετικότητας και της καλής παρεχόμενης αποτελεσματικότητας στο σύνολο των περιπτώσεων⁴⁸⁻⁵⁰. Περιπτώσεις στις οποίες παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά αποτυχίας της μεθόδου εκτιμάται ότι είναι εκείνες που εκδηλώνονται με διάχυτη ενδαγγειακή πήξη και απαιτούνται μαζικές μεταγγίσεις αίματος για τον έλεγχο της αιμορραγίας^{51,52}. Πρόσφατα το 2018, ο Aoki και η ομάδα του αναλύοντας τα αποτελέσματα της μελέτης τους, σκοπός της οποίας ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του εμβολισμού των μητριάων αρτηριών στη διαχείριση της πρωτοπαθούς αιμορραγίας μετά τον τοκετό (ατονία της μήτρας στο 82% των περιπτώσεων) και ο προσδιορισμός των παραγόντων που σχετίζονται με την κλινική έκβαση, ειδικά σε σχέση με την ωοθήκη, έδειξαν ότι το ποσοστό επιτυχίας της μεθόδου αφορούσε στο 85% των περιπτώσεων, εκτιμώντας ταυτόχρονα ότι σε ορισμένες περιπτώσεις για τον έλεγχο της αιμορραγίας υπήρχε η ανάγκη εμβολισμού και των ωοθηκικών αρτηριών⁵³. Με προγενέστερη μελέτη

ο Wang και συν. αξιολογώντας την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια του εμβολισμού των μητριάων αρτηριών στη διαχείριση της πρωτοπαθούς αιμορραγίας μετά τον τοκετό σε περιπτώσεις διεισδυτικού πλακούντα έδειξαν ότι με ποσοστό τεχνικής επιτυχίας της μεθόδου 100%, η αιμορραγία ελέγχθηκε σε 17 από τους 18 ασθενείς (ποσοστό επιτυχίας 94%) κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης. Σε μία ασθενή μόνο με επίμονη αιμορραγία κρίθηκε αναγκαία η εκτέλεση μαιευτικής υστερεκτομίας⁵⁴.

Μαιευτική υστερεκτομία

Η αποτυχία ελέγχου της αιμορραγίας μετά τον τοκετό με συντηρητικά και λιγότερο επεμβατικά μέσα επιβάλλει τη λήψη απόφασης εκτέλεσης μαιευτικής υστερεκτομής, με όλες τις επιπλοκές που αυτή μπορεί να έχει για τη μητέρα και με κυριότερη βέβαια το απροσδόκητο και οριστικό τέλος της γονιμοποιητικής ικανότητας της γυναίκας⁵⁵. Η πρώτη επιτυχημένη μαιευτική υστερεκτομή πραγματοποιήθηκε από τον Eduardo Porri⁵⁶ το 1976. Έκτοτε η επέμβαση χρειάστηκε να πραγματοποιηθεί σε πολλές περιπτώσεις με αιμορραγία μετά τον τοκετό απειλητική για τη ζωή της εγκύου. Σύμφωνα με πρόσφατες βιβλιογραφικές αναφορές εκτιμάται ότι η επίπτωση της μαιευτικής υστερεκτομής κυμαίνεται από 0.20 έως 5.09 ανά 1000 εγκυμοσύνες σε ολόκληρο τον κόσμο. Η ατονία και η ρήξη της μήτρας που για πολλά χρόνια θεωρήθηκαν οι συχνότερες ενδείξεις της μαιευτικής υστερεκτομής, τα τελευταία 20 χρόνια έχουν δώσει τη θέση τους στον διεισδυτικό πλακούντα, πιθανότατα λόγω του αυξανόμενου αριθμού των καισαρικών τομών^{57,58}. Εκτιμάται ότι η μαιευτική υστερεκτομή είναι συχνότερη στις αναπτυσσόμενες χώρες, καθώς και σε έδαφος προηγηθείσας καισαρικής τομής⁵⁹. Πρόσφατα το 2017, ο Zhang και συν. αναλύοντας τα αποτελέσματα της μελέτης τους, σκοπός της οποίας ήταν η αναδρομική εξέταση των επειγουσών και απειλητικών για τη ζωή της εγκύου μαιευτικών υστερεκτομών (υφολική και ολική υστερεκτομή χωρίς εξαρτηματοεκτομή), λόγω αιμορραγίας μετά τον τοκετό έδειξαν ότι ο μέσος χρόνος χειρουργείου, η μέση απώλεια αίματος και ο μέσος αριθμός μεταγγίσεων μονάδων ερυθροκυττάρων ήταν υψηλότερος στην ολική υστερεκτομή συγκριτικά με την υφολική. Αν και δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις επιπλοκές της μητέρας, οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η υφολική μαιευτική υστερεκτομή είναι προτιμότερη σε εξαιρετικά επείγουσες καταστάσεις που απειλείται η ζωή της ασθενούς⁶⁰. Επίσης, ο Huque και συν. το 2018 από τη δική τους εμπειρία που περιελάμβανε την αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου για μαιευτική υστερεκτομή, χρησιμοποιώντας δεδομένα από την Αφρική, την Ασία, την Ευρώπη και την Αμερική έδειξαν ότι ο προδρομικός πλακούντας και ο διεισδυτικός πλακούντας σχετίζονται με υψηλότερο κίνδυνο υστερεκτομής μετά από καισαρική τομή. Παράλληλα οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι η

προχωρημένη ηλικία της μητέρας, η προηγούμενη καισαρική τομή και ο τύπος διαμονής των ασθενών αποτέλεσαν ξεχωριστούς παράγοντες κινδύνου. Πιο συγκεκριμένα, η εκτέλεση μαιευτικής υστερεκτομής ήταν συχνότερη στις Ασιάτισσες (7%) σε σχέση με τις γυναίκες εκείνες που είχαν καταγωγή από την Αφρική (5%)⁶¹.

Συμπεράσματα

Η μαιευτική αιμορραγία και η συσχέτισή της με τη μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα αποτελεί ένα φαινόμενο που εξακολουθεί να απασχολεί σε σημαντικό βαθμό τον μαιευτικό και γυναικολογικό ιατρικό κόσμο. Παρά το γεγονός ότι η μητρική θνησιμότητα έχει μειωθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, λόγω της διεξαγωγής των τοκετών σε νοσοκομειακό περιβάλλον και της διαθεσιμότητας μονάδων αίματος για μετάγγιση, ο θάνατος από αιμορραγία, και κυρίως από ατονία της μήτρας εξακολουθεί να αφορά στην πλειονότητα των μητρικών θανάτων στις ανεπτυγμένες χώρες. Η καλύτερη κατανόηση των σαφώς καθορισμένων ανεξάρτητων παραγόντων κινδύνου μπορεί να βελτιώσει την ικανότητα να καθορίσουμε τις έγκυες εκείνες που ενδέχεται να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για μαιευτική αιμορραγία, και κυρίως για αιμορραγία μετά τον τοκετό. Η αιμορραγία μετά τον τοκετό, αντιπροσωπεύοντας μια σημαντική ιατρική απειλή παγκοσμίως εκτιμάται σήμερα ότι χρήζει μεγαλύτερης ερευνητικής διερεύνησης, προκειμένου να προκύψουν αποτελεσματικές και ευρείας αποδοχής στρατηγικές πρόληψης, απαραίτητες για τη μείωση των ποσοστών της μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Βιβλιογραφία

1. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. 2012.
2. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2008; 22(6): 999 – 1012.
3. Sentilhes L, Merlot B, Madar H, Sztark F, Brun S, Deneux – Tharaux C. Postpartum haemorrhage: prevention and treatment. *Expert Rev Hematol*. 2016; 9(11): 1043 – 1061.
4. Edwards HM. Aetiology and treatment of severe postpartum haemorrhage. *Dan Med J*. 2018; 65(3). pii: B5444.
5. Kassebaum NJ, Bertozzi – Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990 – 2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014; 384(9947): 980 – 1004.
6. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Alkema L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014; 2(6): e323 – 333.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. 2014. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190>. Accessed 20 Feb 2016.
8. Morel O, Perdrille – Galet E, Mézan de Malartic C, Gauchotte E, Moncollin M, Patte C, Chabot – Lecoanet AC. Management of severe or persistent postpartum hemorrhage after vaginal delivery. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2014; 43(10): 1019 – 1029.
9. Baldisseri MR. Postpartum hemorrhage. In: Vincent JL, Abraham E, Moore FA, Kochanek PM, Fink MP, editors. *Textbook of Critical Care*. 6. Philadelphia: Saunders; 2011. pp. 1192–1197.
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Postpartum haemorrhage, prevention and management (Green – top Guideline 52). 2011. https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOGMEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/RCOG-Prevention-and-management-of-postpartum-haemorrhage.pdf?ext=.pdf. Accessed 20 Feb 2016.
11. Baird EJ. Identification and Management of Obstetric Hemorrhage. *Anesthesiol Clin*. 2017; 35(1): 15 – 34.
12. Alexander JM, Wortman AC. Intrapartum hemorrhage. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2013; 40(1): 15 – 26.
13. Higgins N, Patel SK, Toledo P. Postpartum hemorrhage revisited: new challenges and solutions. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2019; 32(3): 278 – 284.
14. Lutgendorf MA, Spalding C, Drake E, Spence D, Heaton JO, Morocco KV. Multidisciplinary In Situ Simulation – Based Training as a Postpartum Hemorrhage Quality Improvement Project. *Mil Med*. 2017; 182(3): e1762 – e1766.
15. Vallera C, Choi LO, Cha CM, Hong RW. Uterotonic Medications: Oxytocin, Methylergonovine, Carboprost, Misoprostol. *Anesthesiol Clin*. 2017; 35(2): 207 – 219.
16. Ramsbotham PH. *The Principles and Practice of Obstetrical Medicine and Surgery*. Philadelphia, PA: Blanchard and Lea, 1856. p. 371, 415 – 416.
17. Douglass LH. The passing of the pack. *Bull Soc Med (Baltimore, MD)* 1955; 40: 37 – 39.
18. Maier RC. Control of postpartum haemorrhage with uterine packing. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:317 – 323.
19. Said Ali A, Faraag E, Mohammed M, Elmarghany Z, Helaly M, Gadallah A, Taymour MA, Ahmad Y, Ibrahim Eissa A, Ibrahim Ogila A, Ali MK, Abou – Taleb HA, Samy A, Abbas AM. The safety and effectiveness of Bakri balloon in the management of postpartum hemorrhage: a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2019; 24:1 – 8.
20. Condous GS, Arulkumarah S, Symonds I, Chapman R, Sinha A, Razvi K. The ‘tamponade test’ in the management of massive postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2003;101:767 – 672.
21. Georgiou C. Intraluminal pressure readings during the establishment of a positive ‘tamponade test’ in the management of postpartum haemorrhage. *BJOG*. 2010; 117(3): 295 – 303.
22. Wright CE, Chauhan SP, Abuhamad AZ. Bakri balloon in the management of postpartum hemorrhage: a review. *Am J Perinatol*. 2014; 31(11): 957 – 964.
23. Lo A, St Marie P, Yadav P, Belisle E, Markenson G. The impact of Bakri balloon tamponade on the rate of postpartum hysterectomy for uterine atony. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017; 30(10): 1163 – 1166.
24. Wang D, Xu S, Qiu X, Zhu C, Li Z, Wang Z, Hou H, Gao Y, Wang X, He P, Qin Y, Liu L. Early usage of Bakri postpartum balloon in the management of postpartum hemorrhage: a large prospective, observational multicenter clinical study in South China. *J Perinat Med*. 2018; 46(6): 649 – 656.
25. Abraham C. Bakri balloon placement in the successful management of postpartum hemorrhage in a bicornuate uterus: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2017; 31: 218 – 220.
26. Ge J, Liao H, Duan L, Wei Q, Zeng W. Uterine packing during cesarean section in the management of intractable hemorrhage in central placenta previa. *Arch Gynecol Obstet*. 2012; 285(2): 285 – 289.
27. Guo YN, Ma J, Wang XJ, Wang BS. Does uterine gauze packing increase the risk of puerperal morbidity in the management of postpartum hemorrhage during caesarean section: a retrospective cohort study. *Int J Clin Exp Med*. 2015; 8(8): 13740 – 7. eCollection 2015.

28. Haq G, Tayyab S. Control of postpartum and post abortal haemorrhage with uterine packing. *J Pak Med Assoc.* 2005; 55(9): 369 – 371.
29. Committee on Practice Bulletins – Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2017; 130(4): e168 – e186.
30. Revert M, Cottenet J, Raynal P, Cibot E, Quantin C, Rozenberg P. Intrauterine balloon tamponade for management of severe postpartum haemorrhage in a perinatal network: a prospective cohort study. *BJOG.* 2017; 124(8): 1255 – 1262.
31. Obstetrics Subgroup, Chinese Society of Obstetrics and Gynecology, Chinese Medical Association; Obstetrics Subgroup Chinese Society of Obstetrics and Gynecology Chinese Medical Association. Guideline of prevention and treatment about postpartum haemorrhage (2014). *Chin J Obstet Gynecol* 2017; 49: 641 – 646.
32. Wei J, Dai Y, Wang Z, Gu N, Ju H, Xu Y, Xu B, Hu Y. Intrauterine double – balloon tamponade vs gauze packing in the management of placenta previa: A multicentre randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore).* 2020; 99(7): e19221.
33. Dueckelmann AM, Hinkson L, Nonnenmacher A, Siedentopf JP, Schoenborn I, Weizsaecker K, Kaufner L, Henrich W, Braun T. Uterine packing with chitosan – covered gauze compared to balloon tamponade for managing postpartum hemorrhage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019; 240: 151 – 155.
34. B – Lynch C, Coker A, Lawal AH, Abu J, Cowen MJ. The B – Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997; 104(3): 372 – 375.
35. Kim ML, Hur YM, Ryu H, Lee MJ, Seong SJ, Shin JS. Clinical outcomes of prophylactic compression sutures for treatment of uterine atony during the cesarean delivery of twins. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020; 20(1): 40.
36. Kaya B, Guralp O, Tuten A, Unal O, Celik MO, Dogan A. Which uterine sparing technique should be used for uterine atony during cesarean section? The Bakri balloon or the B – Lynch suture? *Arch Gynecol Obstet.* 2016; 294(3): 511 – 517.
37. Şahin H, Soylu Karapınar O, Şahin EA, Dolapçioğlu K, Baloglu A. The effectiveness of the double B – lynch suture as a modification in the treatment of intractable postpartum haemorrhage. *J Obstet Gynaecol.* 2018; 38(6): 796 – 799.
38. El – Sokkary M, Wahba K, El – Shahawy Y. Uterine salvage management for atonic postpartum hemorrhage using “modified lynch suture”. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016; 16: 251.
39. Kaya B, Tuten A, Daglar K, Onkun M, Sucu S, Dogan A, Unal O, Guralp O. B – Lynch uterine compression sutures in the conservative surgical management of uterine atony. *Arch Gynecol Obstet.* 2015; 291(5): 1005 – 1014.
40. Kelly HA. Ligation of both internal iliac arteries for hemorrhage in hysterectomy for carcinoma uterus. *Bull Johns Hopkins Hosp.* 1893; 5: 53.
41. Sagarra M., Glasser T., Stone M.L. Ligation of the internal iliac vessels in the control of post – partum hemorrhage. A case report. *Obstet Gynecol.* 1960; 15: 698 – 701.
42. Le Gouez A, Mercier FJ. Major obstetric hemorrhage. *Transfus Clin Biol.* 2016; 23(4): 229 – 232.
43. Nayak AK., Dhivya S., Nayak R., Mandpe P. Emergency internal iliac artery ligation in control of postpartum hemorrhage: a life – saving procedure. *Int J Sci Stud.* 2017; 4: 183 – 186.
44. Kaya B, Damarer Z, Daglar K, Unal O, Soliman A, Guralp O. Is there yet a role for internal iliac artery ligation in obstetric hemorrhage with the current gain in popularity of other uterus sparing techniques? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017; 30(11): 1325 – 1332.
45. Wang CY, Pan HH, Chang CC, Lin CK. Outcomes of hypogastric artery ligation and transcatheter uterine artery embolization in women with postpartum hemorrhage. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2019; 58(1): 72 – 76.
46. Lopes HI, Sá MI, Rodrigues RM. Pregnancy after uterine artery embolization: a case report in a woman with leiomyomata. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2015; 2015: 235312.
47. Binkert CA, Andrews RT, Kaufman JA. Utility of nonselective abdominal aortography in demonstrating ovarian artery collaterals in patients undergoing uterine artery embolization for fibroids. *J Vasc Interv Radiol.* 2001; 12(7): 841 – 845.
48. Ganguli S, Stecker MS, Pyne D, Baum RA, Fan CM. Uterine artery embolization in the treatment of postpartum uterine hemorrhage. *J Vasc Interv Radiol.* 2011; 22(2): 169 – 176.
49. Sentilhes L, Vayssière C, Deneux – Tharaux C, Aya AG, Bayoumeu F, Bonnet MP, Djoudi R, Dolley P, Dreyfus M, Ducroux – Schouwey C, Dupont C, François A, Gallot D, Haumonté JB, Huisoud C, Kayem G, Keita H, Langer B, Mignon A, Morel O, Parant O, Pelage JP, Phan E, Rossignol M, Tessier V, Mercier FJ, Goffinet F. Postpartum hemorrhage: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF) in collaboration with the French Society of Anesthesiology and Intensive Care (SFAR). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016; 198: 12 – 21.
50. Lindquist JD, Vogelzang RL. Pelvic Artery Embolization for Treatment of Postpartum Hemorrhage. *Semin Intervent Radiol.* 2018; 35(1): 41 – 47.
51. Touboul C, Badiou W, Saada J, Pelage JP, Payen D, Vicaut E, Jacob D, Rafii A. Efficacy of selective arterial embolisation for the treatment of life – threatening post – partum haemorrhage in a large population. *PLoS One.* 2008; 3(11): e3819.
52. Lee HY, Shin JH, Kim J, Yoon HK, Ko GY, Won HS, Gwon DI, Kim JH, Cho KS, Sung KB. Primary postpartum hemorrhage: outcome of pelvic arterial embolization in 251 patients at a single institution. *Radiology.* 2012; 264(3): 903 – 909.
53. Aoki M, Tokue H, Miyazaki M, Shibuya K, Hirasawa S, Oshima K. Primary postpartum hemorrhage: outcome of uterine artery embolization. *Br J Radiol.* 2018; 91(1087): 20180132.
54. Wang Z, Li X, Pan J, Zhang X, Shi H, Yang N, Jin Z. Uterine Artery Embolization for Management of Primary Postpartum Hemorrhage Associated with Placenta Accreta. *Chin Med Sci J.* 2016; 31(4): 228 – 232.
55. Huls CK. Cesarean Hysterectomy and Uterine – Preserving Alternatives. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2016; 43(3): 517 – 538.
56. Sturdee DW, Rushton DI. Caesarean and post – partum hysterectomy 1968 – 1983. *Br J Obstet Gynaecol.* 1986; 93(3): 270 – 274.
57. Demirci O, Tuğrul AS, Yılmaz E, Tosun Ö, Demirci E, Eren YS. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary obstetric center: nine years evaluation. *J Obstet Gynaecol Res.* 2011; 37(8): 1054 – 1060.
58. de la Cruz CZ, Thompson EL, O’Rourke K, Nembhard WN. Cesarean section and the risk of emergency peripartum hysterectomy in high – income countries: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet.* 2015; 292(6): 1201 – 1215.
59. van den Akker T, Brobbel C, Dekkers OM, Bloemenkamp KW. Prevalence, Indications, Risk Indicators, and Outcomes of Emergency Peripartum Hysterectomy Worldwide: A Systematic Review and Meta – analysis. *Obstet Gynecol.* 2016; 128(6): 1281 – 1294.
60. Zhang Y, Yan J, Han Q, Yang T, Cai L, Fu Y, Cai X, Guo M. Emergency obstetric hysterectomy for life – threatening postpartum hemorrhage: A 12 – year review. *Medicine (Baltimore).* 2017; 96(45): e8443.
61. Huque S, Roberts I, Fawole B, Chaudhri R, Arulkumaran S, Shakur – Still H. Risk factors for peripartum hysterectomy among women with postpartum haemorrhage: analysis of data from the WOMAN trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018; 18(1): 186.

Ιδιοπαθές χοριοειδικό κοκκίωμα: τυχαίο εύρημα κατά τη διάρκεια οφθαλμικής εξέτασης. Περιγραφή περίπτωσης

Δημήτριος Τσουρής¹, Χρήστος Πίτσας², Όλγα Τσουρή³

¹ Animus Κυανούς Σταυρός Γενική Κλινική, Λάρισα

² Οφθαλμολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας»

³ Σχολή Ιατρικής, ΑΠΘ

*Idiopathic choroidal granuloma: an incidental finding
during eye examination. A Case report*

D.Tsuris, Ch. Pitsas, Ol. Tsouri

¹ Animus Kyanous Stavros General Clinic, Larissa

² Ophthalmology Clinic, "Asklepieion Voula's" General Hospital

³ School of Medicine Aristotle University of Thessaloniki

Κατηγορία εργασίας: Ενδιαφέρουσα περίπτωση

Αλληλογραφία: Αλληλογραφία: Δημήτριος Κ. Τσουρής e-mail: dimtsouris@gmail.com, Κιν. 6942420878

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Παρουσιάζεται η σπάνια περίπτωση μονήρους, ιδιοπαθούς χοριοειδικού κοκκιώματος σε ασυμπτωματική ασθενή, το οποίο αρχικά διαγνώστηκε ως οφθαλμικός όγκος. Η κλινική εξέταση, σε συνδυασμό με την εργα-

στηριακή διερεύνηση οδήγησαν στη διάγνωση αυτής της σπάνιας νοσολογικής οντότητας φλεγμονώδους αιτιολογίας.

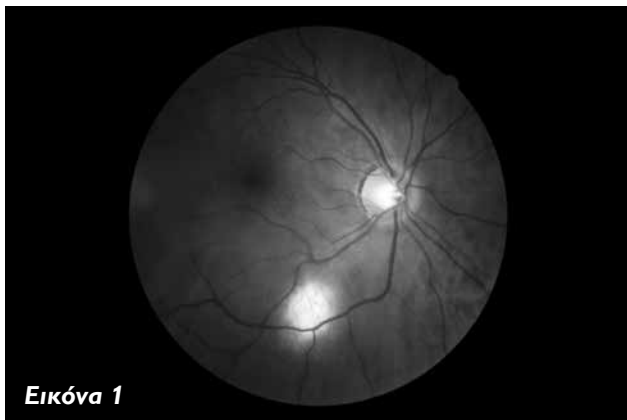
Λέξεις κλειδιά: Ιδιοπαθές χοριοειδικό κοκκίωμα, μονήρης οφθαλμικός όγκος, - ιδιοπαθής χοριοειδίτιδα, κακόηθες μελάνωμα, πολυτροπική απεικόνιση

ABSTRACT

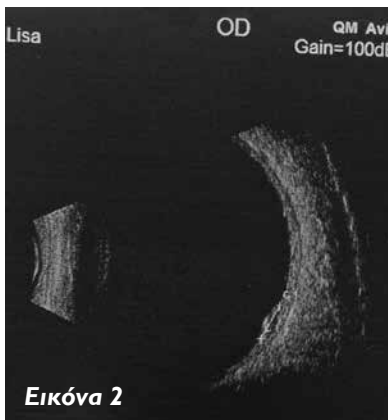
We present the rare case of a solitary, idiopathic choroidal granuloma in an asymptomatic patient, initially diagnosed as an ocular tumor. The clinical examination, combined with the laboratory

investigation led to the diagnosis of this rare pathological entity of inflammatory etiology

Key words: Idiopathic choroidal granuloma; solitary ocular tumor; idiopathic choroiditis; malignant melanoma; multi-modal imagin.



Εικόνα 1



Εικόνα 2

Εικόνα 2:

B – Υπερηχογραφία: ανάγγεια, ρηχή, χοριοειδική υπέγερση με απουσία υποτενωννείου υγρού (σημείο T). Δεν παρατηρείται μειωμένη εσωτερική ανακλαστικότητα.

Εικόνα 1: Φωτογραφία Βυθού Δεξιού οφθαλμού: υπόχρωμη, σαφώς περιγεγραμμένη, υποαμφιβληστροειδική αλλοίωση κατά μήκος του κατώτερου κροταφικού, αγγειακού τόξου.

Εικόνα 3: Οπτική Τομογραφία Συνοχής: «δίκην θόλου» υπέγερση χοριοειδούς, απουσία ενδο-αμφιβληστροειδικού και υπο-αμφιβληστροειδικού υγρού.



Εικόνα 3

Εισαγωγή

Το μονήρες χοριοειδικό κοκκίωμα αποτελεί μία σπάνια οφθαλμική, νοσολογική οντότητα φλεγμονώδους αιτιολογίας, η οποία περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1977 από τους Hong et al¹. Συνδυάζεται με πληθώρα οφθαλμικών φλεγμονών, ωστόσο συχνά είναι ιδιοπαθές, σύμφωνα με τους Monteiro et al². Συνήθως διαγιγνώσκεται αρχικώς λανθασμένα ως ενδοφθάλμιος όγκος και εκλαμβάνεται ως Μελάνωμα Χοριοειδούς. Ωστόσο, η εφαρμογή της πολυτρόπου απεικονιστικής εξέτασης δύναται να συμβάλει στην ακριβή διάγνωση. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις, η χρήση συστηματικών στεροειδών δύναται κατά τους Gunduz et al να οδηγήσει σε έλεγχο της φλεγμονής και υποστροφή του κοκκιώματος³.

Περιγραφή περίπτωσης

Στη συγκεκριμένη περίπτωση, ασυμπτωματική γυναίκα ηλικίας 52 ετών, χωρίς υποκείμενα συστηματικά νοσήματα, παραπέμφθηκε από τον οπτικό της για εκτίμηση «πιθανού όγκου δεξιού οφθαλμού», ο οποίος εντοπίστηκε κατά τη διάρκεια εξέτασης ρουτίνας. Τόσο το γενικό – ιατρικό, όσο και το οφθαλμικό της ιστορικό δεν παρουσίαζαν κάτι το αξιοσημείωτο.

Κατά την εξέταση διαπιστώθηκαν Οπτική Οξύτητα 10/10 για αμφότερους τους οφθαλμούς και Ενδοφθάλμια Πίεση 15 mm Hg για τον δεξιό και 16 mm Hg για τον αριστε-

ρό οφθαλμό αντίστοιχα. Η βιομικροσκόπηση δεν εντόπισε φλεγμονώδη αντίδραση του προσθίου θαλάμου, ή της κοιλότητας του υαλοειδούς σε κανένα οφθαλμό. Τα διαθλαστικά μέσα ήταν αμφοτερόπλευρα διαυγή. Κατά τη βυθοσκόπηση δεν παρατηρήθηκαν υαλίτιδα, αγγειίτιδα, ή χοριο-αμφιβληστροειδίτιδα, ενώ αμφότερα τα οπτικά νεύρα δεν παρουσίασαν είτε οίδημα, ή χωρότητα. Ωστόσο, στην κατώτερη κροταφική περιφέρεια του δεξιού οφθαλμού εντοπίστηκε ένα μονήρες, υπόχρωμο, υπεργεργμένο και σαφώς περιγεγραμμένο, χοριοειδικό μόρφωμα διαμέτρου ενός οπτικού δίσκου (1.5 χιλ), χωρίς συνοδό υπο-αμφιβληστροειδικό υγρό και με απουσία ενδο-αμφιβληστροειδικής και υπο-αμφιβληστροειδικής αιμορραγίας, καθώς και βαμβανομόρφων, ή σκληρών εξιδρωμάτων.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε μία σειρά απεικονιστικών εξετάσεων, συμπεριλαμβανομένης της αγγειογραφίας (εικ.1) τόσο με φλουοροσεΐνη, όσο και με πράσινο της ινδοκυανίνης, οι οποίες δεν ανέδειξαν διαρροή, ισχαιμικές αλλοιώσεις, ή διπλό – εγγενές αγγειακό δίκτυο του μορφώματος. Η B – υπερηχογραφία (εικ.2) έδειξε εστιακή, ρηχή υπέγερση του χοριοειδούς και απουσία χαμηλής, εσωτερικής ανακλαστικότητας του μορφώματος, ενώ δεν παρατηρήθηκε υγρό κατά μήκος του ελύτρου του οπτικού νεύρου (απουσία σημείου T). Η Οπτική Τομογραφία Συνοχής (εικ.3) έδειξε φυσιολογική αμφοτερό-

πλευρη ανατομία της Ωχράς Κηλίδας και εστιακή «δίκηνη θόλου – dome shaped» υπέγερση του χοριοειδούς.

Εκτεταμένος εργαστηριακός έλεγχος για φλεγμονώδεις δείκτες (ΤΚΕ, ποσοτική C αντιδρώσα πρωτεΐνη, Μετατρεπτικό ένζυμο Αγγειοτενσίνης, αντισώματα C και P ANCA, ορολογικός έλεγχος Σύφιλης, δοκιμασία Quantiferon) δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα.

Με βάση τα παραπάνω, τέθηκε η διάγνωση του ιδιοπαθούς, χοριοειδικού κοκκιώματος και συστήθηκε συντηρητική αντιμετώπιση με τακτικές επανεξετάσεις και απεικονιστικό επανέλεγχο.

Συζήτηση-Συμπέρασμα

Το μονήρες, ιδιοπαθές χοριοειδικό κοκκίωμα αποτελεί μία σπάνια νοσολογική, οφθαλμική οντότητα, που συχνά διαγιγνώσκεται λανθασμένα ως κακόηθες μελάνωμα του χοριοειδούς, προκαλώντας εύλογη ανησυχία στους ασθενείς.

Αφορά συνήθως σε καυκάσιες γυναίκες (93%), ηλικίας 30 έως 60 ετών. Συνήθως είναι ιδιοπαθές, ωστόσο, ανάμεσα στα πιθανά αίτια περιλαμβάνονται η σαρκοείδωση, η φυματίωση, η σύφιλη, η τοξοκαρίαση, η βρουκέλωση, η νόσος του Wegener, η νόσος από νυγμούς γάτας και η ιστοπλάσμωση.

Διακρίνονται δύο στάδια της νόσου, το ενεργό και το ανενεργό. Κατά το πρώτο, τα όρια της υποκίτρινης αλ-

λοΐωσης είναι ασαφώς περιγεγραμμένα, με συνυπάρχοντα ενδο-αμφιβληστροειδικά εξιδρωματικά στοιχεία και συνύπαρξη εστιακής αιμορραγίας και υπο-αμφιβληστροειδικού υγρού. Κατά το ανενεργό στάδιο, τα όρια γίνονται σαφώς περιγεγραμμένα και αναπτύσσονται συνοδές αλλοιώσεις του Μελάγχρου Επιθηλίου, καθώς και πιθανά αναστομωτικά αγγεία μεταξύ της αμφιβληστροειδικής και της χοριοειδικής κυκλοφορίας.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει το αμελανωτικό κακόηθες μελάνωμα του χοριοειδούς, το χοριοειδικό αιμαγγείωμα, το χοριοειδικό οστέωμα, τη χοριοειδική μετάσταση και το αμφιβληστροειδικό αστροκυτταρικό αμάρτωμα.

Η διαγνωστική προσέγγιση με την εφαρμογή της πολυτρόπου απεικόνισης δύναται να θέσει τη σωστή διάγνωση και να αποκλείσει σοβαρές συστηματικές νόσους, ή ενδοφθάλμιες κακοήθειες.

Βιβλιογραφία

1. Hong PH, Jampol LM, Dodwell DG, Hrisomalos NF, Lyon AT. Unifocal helioid choroiditis. *Arch Ophthalmol* 1997; 115(8):1007-13.
2. Monteiro S, Andrews R, Saggo M. Solitary idiopathic choroiditis. *Case Rep Ophthalmol*. 2014;5(1):1-5.
3. Gündüz K, Shields CL, Shields JA, Schubert H. Presumed choroidal granuloma with vitreous hemorrhage resembling choroidal melanoma.
4. *Ophthalmic Surg Lasers*. 1998;29(5):422-5.

Μαζική ενδοκοιλιακή αιμορραγία από ρήξη έκτοπης ωοθηκικής κύησης. Περιγραφή περίπτωσης

Άννα Ι. Θανασά¹, Ευθυμία Ι. Θανασά¹, Ευάγγελος-Έκτορας Γεροκώστας², Ευάγγελος Καμαρέτσος², Ιωάννης Κ. Θανασάς²

¹ Τμήμα Επιστημών Υγείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

² Μαιευτική – Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα, Ελλάδα

Massive intra-abdominal hemorrhage from ruptured ovarian ectopic pregnancy. A case report

A. I. Thanasa¹, E. I. Thanasa¹, E.-E. Gerokostas², E. Kamaretsos², I. K. Thanasas²

¹ Department of Health Sciences, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

² Department of Obstetrics and Gynecology, General Hospital of Trikala, Trikala, Greece

Κατηγορία εργασίας: Ενδιαφέρουσα περίπτωση

Αλληλογραφία: Ιωάννης Κ. Θανασάς Διευθυντής Μαιευτικής & Γυναικολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα, Ελλάδα

Ευκλή 33, 42100 Τρίκαλα, Τηλ.: 2431029103 / 6944766469

E – Mail: thanasasg@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά στην άμεση χειρουργική αντιμετώπιση ασθενούς με ρήξη ωοθηκικής κύησης. Ασθενής 37 ετών με 4 καισαρικές τομές στο ιστορικό της και με ιστορικό πολλαπλών χειρουργικών αμβλώσεων προσκομίσθηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου μας με συμπτωματολογία οξείας κοιλίας. Η αιμοδυναμική κατάσταση της ασθενούς δεν ήταν σταθερή. Το θετικό test κύησης των ούρων σε συνδυασμό με τα κλινικά – υπερηχογραφικά ευρήματα έθεσαν τη διάγνωση της ραγείσας έκτοπης κύησης και αποφασίσθηκε η άμεση χειρουργική αντιμετώπιση. Στο χειρουργείο διαπιστώθηκε μεγάλη ποσότητα αίματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα,

μετά από ρήξη της δεξιάς ωοθήκης συνοδευόμενη από αιμορραγική διήθηση των παρακείμενων ιστών, χωρίς τη συμμετοχή στη βλάβη της σύστοιχης σάλπιγγας. Κρίθηκε αναγκαία η αφαίρεση του σύστοιχου εξαρτήματος και η μετάγγιση ολικού αίματος. Η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα. Τρεις εβδομάδες αργότερα η τιμή της β – χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης ήταν μηδενική. Στην παρούσα εργασία μετά την περιγραφή της περίπτωσης επιχειρείται μια σύντομη ανασκόπηση της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης της ραγείσας έκτοπης ωοθηκικής εγκυμοσύνης. Λέξεις κλειδιά: **Ωοθηκική κύηση, ρήξη, αιμοπεριτόναιο, διάγνωση, αντιμετώπιση.**

ABSTRACT

The case description concerns the immediate surgical treatment of a patient with ruptured ovarian pregnancy. A 37-year-old patient with a history of 4 cesarean sections and a history of multiple surgical abortions presented to the Emergency Department of our hospital with acute abdominal symptoms. The patient's hemodynamic status was not stable. The positive urine pregnancy test combined with the clinical-ultrasound findings established the diagnosis of ruptured ectopic pregnancy and immediate surgical treatment was decided. In the surgery, a large amount of blood was found in the peritoneal

cavity, after a rupture of the right ovary accompanied by hemorrhagic infiltration of the adjacent tissues, without the involvement of the fallopian tube damage. It was deemed necessary to remove the accessory and transfuse whole blood. The patient was discharged from our clinic on the fourth postoperative day. Three weeks later the value of β -chorionic gonadotropin was zero. In the present paper, after the description of the case, a brief review of the diagnostic and therapeutic approach of ruptured ectopic ovarian pregnancy is attempted.

Key words: Ovarian pregnancy; rupture; hemoperitoneum; diagnosis; treatment.

Εισαγωγή

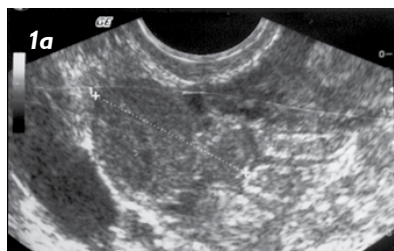
Η έκτοπη εγκυμοσύνη είναι συχνή. Σήμερα, παρά την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση, με την οποία έχει μειωθεί σημαντικά η νοσηρότητα, η έκτοπη κύηση εξακολουθεί να ευθύνεται για το 4% έως 10% των θανάτων που σχετίζονται με το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης¹. Εκτιμάται ότι αφορά στο 2% περίπου του συνόλου των κυήσεων², με την πιο κοινή μορφή να εντοπίζεται στη σάλπιγγα³. Η εξωσαλπιγγική εντόπιση της νόσου (ωοθήκη, τράχηλος, περιτοναϊκή κοιλότητα, ουλή καισαρικής τομής) είναι σπάνια και αφορά περίπου στο 5% του συνόλου των έκτοπων κυήσεων⁴. Η ωοθηκική εγκυμοσύνη αποτελεί τη συχνότερη μορφή μη σαλπιγγικής έκτοπης κύησης. Περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Saint Maurice το 1682 και εκτιμάται ότι αφορά περίπου στο 3% του συνόλου των έκτοπων κυήσεων^{5,6}.

Περιγραφή περίπτωσης

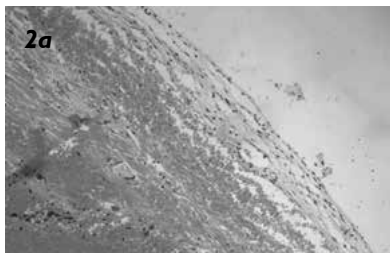
Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε γυναίκα ηλικίας 37 ετών, με 4 καισαρικές τομές στο ιστορικό της και με ιστορικό πολλαπλών χειρουργικών αμβλώσεων. Η ασθενής προσκομίσθηκε στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία μετά από λιποθυμικό επεισόδιο. Ανέφερε οξύ διαξιφιστικό άλγος στην κάτω κοιλία, εφίδρωση, ζάλη και έμετο. Η αρτηριακή πίεση ήταν 90/60 mmHg και οι σφύξεις 110/min. Η δευτεροπαθής αμηνόρροια υπολογίσθηκε στις 9 εβδομάδες παρά 1 ημέρα. Το τεστ κύησης των ούρων

ήταν θετικό. Από τον επείγοντα εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε: Ht 28.9%, Hb 9.1 gr/dl, PLT $227 \times 10^3/\text{ml}$, WBC $11.20 \times 10^3/\text{ml}$, NEUT 77.3%. Στάλθηκε ποσοτικός προσδιορισμός της β – χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης. Η γυναικολογική εξέταση έδειξε μικρή κολλική αιμόρροια και μεγάλη ευαισθησία στην μετακίνηση του τραχήλου της μήτρας. Η κοιλία ήταν εντόνως επώδυνη με σημεία περιτοναϊκού ερεθισμού. Με το διακολπικό υπερηχογράφημα (εικ. 1, 2) διαπιστώθηκε μήτρα κενή σάκου, παρουσία ανομοιογένειας στην ανατομική περιοχή του δεξιού εξαρτήματος και παρουσία πολλών αιμοτοπηγμάτων στον δουλγάσειο χώρο.

Τα κλινικά – υπερηχογραφικά ευρήματα και η παρουσία θετικού τεστ κύησης έθεσαν τη διάγνωση της ραγίσας έκτοπης κύησης και αποφασίσθηκε λόγω αιμοδυναμικής αστάθειας η άμεση χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς. Μετά τη διάνοιξη του κοιλιακού τοιχώματος διαπιστώθηκε εκσεσημασμένο αιμοπεριτόναιο. Κρίθηκε αναγκαία η έναρξη μετάγγισης με 2 φιάλες αίματος και 1 πλάσμα. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε αιμορραγική ρήξη της δεξιάς ωοθήκης, χωρίς τη συμμετοχή της σύστοιχης σάλπιγγας στη βλάβη και παρουσία πολλών αιματοπηγμάτων στην πύελο. Τέθηκε η διάγνωση της πιθανής ραγίσας έκτοπης ωοθηκικής κύησης. Η μεγάλη τραυματική επιφάνεια της ωοθήκης συνοδευόμενη από αιμορραγική διήθηση του κρεμαστήρα συνδέσμου και σχηματισμό αιματώματος στο επίπεδο του πλατέος συνδέσμου οδήγησαν στην απόφαση για την εκτέλεση εξαρτηματεκτομίας.



Εικόνες 1a, 1b: Διακολπική υπερηχογραφική απεικόνιση έκτοπης ωοθηκικής κύησης (δική μας περίπτωση): α) η παρουσία ανομοιογένειας στην ανατομική περιοχή του εξαρτήματος και β) η παρουσία αιματοπηγμάτων στον δουλγάσειο χώρο, σε συνδυασμό με την απουσία ενδομήτριου σάκου κύησης συνηγορούν στη διάγνωση της ραγίσας έκτοπης κύησης.



Εικόνες 2a, 2b: Ιστολογική εικόνα έκτοπης ωοθηκικής κύησης (δική μας περίπτωση).

Η ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση (εικ. 3, 4). Μετά από ομαλή μετεγχειρητική πορεία, με μετάγγιση συνολικά 4 φιαλών αίματος και πτωτική τιμή της β – χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης, η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας την 4^η μετεγχειρητική ημέρα. Τρεις εβδομάδες αργότερα η τιμή της β – hCG ήταν μηδενική.

Συζήτηση

Η ίδια κλινική συμπτωματολογία της ωοθηκικής εγκυμοσύνης με την έκτοπη σαλπινγική κύηση καθιστά την προεγχειρητική διάγνωση δύσκολη⁷. Παρόμοια, στη δική μας περίπτωση η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο με προεγχειρητική διάγνωση η οποία εσφαλμένα αποδόθηκε σε ρήξη σαλπινγικής κύησης. Ο βύθιος ήπιος κοιλιακός πόνος που συνήθως χαρακτηρίζει την άρρηκτη ωοθηκική κύηση, σε περιπτώσεις ρήξης της ωοθήκης και ενδοκοιλιακής αιμορραγίας αντικαθίσταται από οξύ κοιλιακό άλγος συνοδευόμενο από σημεία περιτοναϊκού ερεθισμού και συμπτώματα σοβαρής αναιμίας (υπόταση, ταχυσφυγμία, ζάλη, εφίδρωση, ωχρότητα, λιποθυμικό επεισόδιο)⁸. Η ρήξη που συνήθως συνοδεύεται από μαζική αιμορραγία απειλητική για τη ζωή της εγκύου στην πλειονότητα των περιπτώσεων (91%) συμβαίνει κατά το πρώτο τρίμηνο. Η ρήξη ωοθηκικής εγκυμοσύνης στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο είναι σπάνια και αφορά στο 5.3% και 3.7%, αντίστοιχα⁹. Σε κάθε περίπτωση η διαφορική κλινική διάγνωση από τη ρήξη σαλπινγικής κύησης, τη ρήξη κύστης ωχρού σωματίου ή από τη ρήξη συστραφείσας κύστης ωοθήκης είναι δύσκολη¹⁰.

Παρόμοια, η διαγνωστική αξία της απεικονιστικής εξέτασης αμφισβητείται σημαντικά. Το διακολπικό υπερηχογράφημα μπορεί να έχει θέση στη διαγνωστική φάρετρα της αδιατάρακτα εξελισσόμενης ωοθηκικής κύησης¹¹, σε περίπτωση όμως ωοθηκικής ρήξης και μεγάλης αιμορραγίας τα υπερηχογραφικά ευρήματα δεν είναι χαρακτηριστικά¹². Σε μερικές περιπτώσεις η αξονική τομογραφία μπορεί να βοηθήσει στη διάκριση μεταξύ ρήξης ωχρινικής κύστης και ρήξης έκτοπης κύησης με αιμορραγία¹³. Η διάγνωση της ωοθηκικής εγκυμοσύνης στην πλειονότητα των περιπτώσεων βασίζεται σε ιστοπαθολογικά ευρήματα¹⁴. Ακόμη και διεγχειρητικά είναι δύσκολο να διαφοροποιηθεί η ωοθηκική κύηση από την αιμορραγική κύστη των ωοθηκών¹⁵. Σήμερα, βάση των τροποποιημέ-

νων κριτηρίων του Spielberg η μη εμπλοκή της σάλπιγγας και η αποδεδειγμένη παρουσία χοριακών λαχνών στην ωοθήκη επιβεβαιώνουν τη διάγνωση της ωοθηκικής κύησης¹⁶.

Η αντιμετώπιση της ωοθηκικής κύησης (χειρουργική ή/και φαρμακευτική) εξαρτάται από τη χρονική στιγμή της διάγνωσης και την αιμοδυναμική κατάσταση της ασθενούς. Η θεραπεία με μεθοτρεξάτη δεν αποτελεί επιλογή σε περιπτώσεις μαζικής αιμορραγίας. Παρόμοια, από τους περισσότερους χειρουργούς η λαπαροτομία φαίνεται να προτιμάται από τη λαπαροσκοπική προσέγγιση, αν και έχουν αναφερθεί περιπτώσεις λαπαροσκοπικής θεραπείας σε γυναίκες με αιμοπεριτοναίο¹⁷. Η κλασική χειρουργική αντιμετώπιση με ανοικτή ή λαπαροσκοπική προσπέλαση συνίσταται στη σφηνοειδή εκτομή της ωοθήκης. Για τις περιπτώσεις εκείνες (δική μας περίπτωση) που η διάγνωση τίθεται καθυστερημένα και συνοδεύεται από σοβαρή αιμορραγία είναι δυνατόν να απαιτηθεί η εκτέλεση ωοθηκεκτομίας ή και εξαρτηματεκτομίας¹⁸. Η πρόγνωση συνήθως είναι καλή. Στη βιβλιογραφία δεν έχει αναφερθεί περίπτωση επαναλαμβανόμενης ωοθηκικής κύησης¹⁹. Η αυτόματη αιμορραγία μετά από ρήξη αποτελεί την κύρια επιπλοκή, με θνησιμότητα αρκετά υψηλή²⁰.

Συμπεράσματα

Η ρήξη ωοθηκικής εγκυμοσύνης συνοδευόμενη από μεγάλη ενδοκοιλιακή αιμορραγία αποτελεί μια σπάνια μαιευτική επιπλοκή, επικίνδυνη και απειλητική για τη ζωή της εγκύου. Η προεγχειρητική διάγνωση αποτελεί πρόκληση στη σύγχρονη μαιευτική κλινική πράξη. Σε κάθε περίπτωση η ρήξη της ωοθηκικής κύησης θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση των εγκύων που διανύουν το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και προσκομίζονται με οξύ κοιλιακό άλγος και συμπτώματα σοβαρής αναιμίας, προκειμένου να μειωθεί ο αυξημένος κίνδυνος μητρικής νοσηρότητας.

Βιβλιογραφία

1. Marion LL, Meeks GR. Ectopic pregnancy: History, incidence, epidemiology, and risk factors. *Clin Obstet Gynecol*. 2012 ;55(2): 376 – 386.
2. Belics Z, Gérecz B, Csákány MG. Early diagnosis of ectopic pregnancy. *Orv Hetil*. 2014; 155(29): 1158 – 1166.
3. ACOG Practice Bulletin No. 191: Tubal Ectopic Pregnancy. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. *Obstet Gynecol*.

2018; 131(2): e65 – e77.

4. Maiorana A, Incandela D, Giambanco L, Alio W, Alio L. Omental pregnancy: case report and review of literature. *Pan Afr Med J*. 2014 ; 19: 244.

5. Lurie S. The history of the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy: a medical adventure. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1992; 43(1): 1 – 7.

6. Hwang DW, Choi HW, Choi YY, Kim HS, Kim YA, Chun KC. Ovarian pregnancy rupture in second trimester manifesting mental change in pregnancy: a case report. *Obstet Gynecol Sci*. 2020; 63(2): 209 – 212.

7. Mehmood SA, Thomas JA. Primary ectopic ovarian pregnancy (report of three cases). *J Postgrad Med*. 1985; 31(4): 219 – 222.

8. Resta S, Fuggetta E, D'Itri F, Evangelista S, Ticino A, Porpora MG. Rupture of Ovarian Pregnancy in a Woman with Low Beta-hCG Levels. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2012; 2012: 213169.

9. Das S, Kalyani R, Lakshmi V, Harendra Kumar ML. Ovarian pregnancy. *Indian J Pathol Microbiol*. 2008; 51(1): 37 – 38.

10. Shrestha A, Chawla CD, Shrestha RM. Ruptured primary ovarian pregnancy: a rare case report. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*. 2012; 10(39): 76 – 77.

11. Andrade AG, Rocha S, Marques CO, Simões M, Martins I, Biscaia I, F Barros C. Ovarian ectopic pregnancy in adolescence. *Clin Case Rep*. 2015; 3(11): 912 – 915.

12. Ge L, Sun W, Wang L, Cheng L, Geng C, Song Q, Zhan X. Ultrasound classification and clinical analysis of ovarian pregnancy: A study of 12 cases. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2019; 48(9): 731 – 737.

13. Liu X, Song L, Wang J, Liu Q, Liu Y, Zhang X. Diagnostic utility of CT in differentiating between ruptured ovarian corpus luteal cyst and ruptured ectopic pregnancy with hemorrhage. *J Ovarian Res*. 2018; 11(1): 5.

14. Prabhala S, Erukkambattu J, Dogiparthi A, Kumar P, Tanikella R. Ruptured ovarian pregnancy in a primigravida. *Int J Appl Basic Med Res*. 2015; 5(2): 151 – 153.

15. Hallett JG. Primary ovarian pregnancy: A report of twenty-five cases. *Am J Obstet Gynecol*. 1982; 143: 50 – 60.

16. Wang Y, Chen H, Zhao M, Fadare O, Zheng W. Primary Ovarian Pregnancy: A Case Series and Analysis. *Int J Gynecol Pathol*. 2019; 38(1): 85 – 91.

17. Odejinmi F, Sangrithi M, Olowu O. Operative laparoscopy as the mainstay method in management of hemodynamically unstable patients with ectopic pregnancy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2011; 18(2): 179 – 183.

18. Kaur N, Reid F, Ma K. Ovarian Ectopic Pregnancy: Laparoscopic Excision and Ovarian Conservation. *J Minim Invasive Gynecol*. 2019; 26(6): 1006.

19. Sergeant F, Mauger-Tinlot F, Gravier A, Verspyck E, Marpeau L. Ovarian pregnancies: reevaluation of diagnostic criteria. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2002; 31(8): 741 – 746.

20. Jha S, Bosworth K, Quadri A, Ibrahim A. Ovarian ectopic pregnancy. *BMJ Case Rep*. 2011; 2011: bcr0820103250.

