

**Ε Μ Γ Ε**Ελληνική Μαιευτική και  
Γυναικολογική Εταιρεία

## **Κατευθυντήρια Οδηγία Νο 24 Νοέμβριος 2014**

### **Αιμορραγία μετά τον τοκετό**

Αιμορραγία μετά τον τοκετό είναι η απώλεια αίματος σε τέτοια ποσότητα ώστε να προκαλέσει αιμοδυναμική αστάθεια. Η μέση απώλεια αίματος σε κολπικό τοκετό είναι 500ml και σε καισαρική τομή είναι 1000ml. Από το σύνολο των κολπικών τοκετών το 4% περιπλέκονται με απώλεια αίματος μεγαλύτερης των 500ml στις πρώτες 24 ώρες [1].

Ως ελάχιστο αιμορραγία ορίζουμε την απώλεια 500 - 1000 ml αίματος και ως μείζονα την απώλεια αίματος μεγαλύτερη από 1000 ml. Με τη σειρά της η μείζονα αιμορραγία μπορεί να διακριθεί σε μέτρια όταν η απώλεια είναι 1000-2000ml και σοβαρή όταν είναι μεγαλύτερη από 2000ml.

Επίσης δευτεροπαθής ονομάζεται η αιμορραγία μετά τις 24 ώρες και 12 εβδομάδες μετά τον τοκετό [2].

#### **Επίπτωση**

Η μαιευτική αιμορραγία παραμένει μια από τις κύριες αιτίες μητρικής θνησιμότητας τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις αναπτυγμένες χώρες, προκαλώντας 25% από τους 430 θανάτους/ 100.000 γεννήσεις [3]. Στις ΗΠΑ αν και έχει μειωθεί ευθύνεται για 7,5/ 100.000 θανάτους [4], ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι η τρίτη αιτία μητρικής θνησιμότητας και ευθύνεται 6,6 θανάτους / 1.000.000 γεννήσεις [5].

### **Πρόβλεψη και πρόληψη αιμορραγίας**

Παράγοντες κινδύνου για αιμορραγία μετά τον τοκετό μπορούν να εμφανισθούν τόσο στη διάρκεια της κύηση όσο και στη διάρκεια του τοκετού και θα πρέπει να τροποποιείται ανάλογα το πλάνο αντιμετώπισης. Ωστόσο, οι περισσότερες περιπτώσεις αιμορραγίας συμβαίνουν χωρίς να έχουν αναγνωρισθεί παράγοντες κινδύνου.

Η ενεργός αντιμετώπιση του τρίτου σταδίου του τοκετού μειώνει σημαντικά την μητρική απώλεια αίματος και τον κίνδυνο εμφάνισης αιμορραγίας μετά τον τοκετό (Βαθμίδα σύστασης Α) [6].

Η προφυλακτική χορήγηση ωκυτοκικών φαρμάκων θα πρέπει χορηγείται στο τρίτο στάδιο του τοκετού ως ρουτίνα σε όλες τις περιπτώσεις, καθώς μειώνει τον κίνδυνο αιμορραγίας κατά 60% (Βαθμίδα σύστασης Α).

Για γυναίκες σε αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας που είναι σε κολπικό τοκετό η ωκυτοκίνη (5 iu ή 10 iu) είναι η δόση εκλογής στο τρίτο στάδιο του τοκετού (Βαθμίδα σύστασης Α).

Σε γυναίκες που υποβάλλονται σε Καισαρική Τομή η ωκυτοκίνη (5 - 10 iu) θα πρέπει να χορηγούνται για να συσπάται η μήτρα και να μειώνεται η αιμορραγία (Βαθμίδα σύστασης Γ).

Η μισοπροστόλη δεν είναι εξίσου αποτελεσματική με την ωκυτοκίνη, αλλά μπορεί να χορηγηθεί σε περιπτώσεις όπως τοκετός στο σπίτι που δεν είναι διαθέσιμη ωκυτοκίνη (Βαθμίδα σύστασης Α).

Σε γυναίκες με ιστορικό Καισαρικής τομής η θέση του πλακούντα θα πρέπει να καθορίζεται υπερηχογραφικά και κατά περίπτωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαγνητική τομογραφία (MRI) για τη διάγνωση σιφρού ή διεισδυτικού πλακούντα (Βαθμίδα σύστασης Γ).

Σε περιπτώσεις σιφρού ή διεισδυτικού πλακούντα υπάρχει αυξημένος κίνδυνος αιμορραγίας μετά τον τοκετό και απαιτείται αντιμετώπιση από το πιο έμπειρο προσωπικό και διαθεσιμότητα αίματος, αιμοπεταλίων και γενικότερη αυξημένη ετοιμότητα του τμήματος (Βαθμίδα σύστασης Γ).

Τα υπάρχοντα δεδομένα για τον αγγειακό εμβολισμό σε περιπτώσεις διεισδυτικού πλακούντα παραμένουν διφορούμενα και απαιτούν περαιτέρω αξιολόγηση (Βαθμίδα σύστασης Β).

## Αντιμετώπιση

### *Γενική προσέγγιση σε γυναίκα με αιμορραγία μετά τον τοκετό*

Η μαζική αιμορραγία απαιτεί άμεσα μέτρα ανάνηψης, τα οποία είναι σε πρώτη φάση είναι τα ίδια όπως σε κάθε περίπτωση επείγοντος περιστατικού. Πρωταρχικής σημασίας είναι η άμεση κλήση βοήθειας και ακολουθεί ο έλεγχος των αεροφόρων οδών, της αναπνοής και της κυκλοφορίας (ABC). Τοποθετούνται δύο ενδοφλέβιοι καθετήρες μεγάλης διαμέτρου και αρχίζει η έγχυση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων μαζί με τη χορήγηση οξυγόνου. Παράλληλα λαμβάνονται εργαστηριακές εξετάσεις (ομάδα αίματος, γενική αίματος, έλεγχος πήκτικότητας) και γίνεται διασταύρωση τουλάχιστον 4 -6 μονάδων αίματος για ενδεχόμενη μετάγγιση.

Σε περιπτώσεις αιμοδυναμικής αστάθειας χωρίς να παρουσιάζεται εμφανής αιμορραγία αυξάνονται οι υποψίες για εσωτερικό αιμάτωμα, ρήξη μήτρας, μερική εκτροφή μήτρας, αναφυλαξία και πνευμονική εμβολή ή εμβολή αμνιακού υγρού.

Η εμφάνιση αιμορραγίας πριν την απομάκρυνση του πλακούντα θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με ταυτόχρονη χορήγηση ωκυτοκίνης και απομάκρυνση του πλακούντα με ελεγχόμενη έλξη του ομφάλιου λώρου. Όταν δεν είναι δυνατή η απομάκρυνσή του τότε πρέπει να γίνεται δακτυλική αποκόλληση πλακούντα ή αν έχουν μείνει υπολείμματα πλακούντα μαιευτική απόξεση.

## Θεραπευτική προσέγγιση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό

### *Κατηγορίες φαρμάκων*

**Η ωκυτοκίνη** ενεργοποιεί το άνω τμήμα της μήτρας για να συσπάται ρυθμικά, μειώνοντας τη ροή του αίματος στη μήτρα. Χορηγείται καλύτερα ενδομυϊκά ή ενδοφλέβια διαλυμένη, αφού αδιάλυτη μπορεί να προκαλέσει παροδική αγγειοδιαστολή και υπόταση. Τα μειονεκτήματά της ωκυτοκίνης είναι το γεγονός ότι μόλις κορεστεί ο υποδοχέας, η επιπλέον δόση δεν δρα, ενώ οι πολύ μεγάλες δόσεις προκαλούν δηλητηρίαση από νερό λόγω της αντιδιουρητικής της δράσης.

**Τα αλκαλοειδή της ερυσιβώδους ολύρας** (Methylergonovine και ergometrine) προκαλούν γενικευμένη σύσπαση των λείων μυών με αποτέλεσμα να προκαλούν σύσπαση τόσο στο ανώτερο όσο και στο κατώτερο τμήμα της μήτρας. Η διαφορά τους με την ωκυτοκίνη στον τρόπο σύσπασης είναι ότι η ωκυτοκίνη συμβάλλει στο διαχωρισμό του πλακούντα, ενώ τα αλκαλοειδή της ερυσιβώδους ολύρας μπορεί να τον παγιδεύσουν. Επίσης με την σύσπαση των μυών των αιμοφόρων αγγείων, προκαλείται υπέρταση και περιφερειακή αγγειοσύσπαση και για αυτό αντενδείκνυται η χορήγησή τους σε γυναίκες με υπέρταση. Η δοσολογία της Μεθυλεργονοβίνη (Methylergonovine) είναι 0,2 mg IM και της Εργομετρίνη (Ergometrine) 0,25 mg IM [7] (Βαθμίδα Σύστασης Β).

**Η τρίτη ομάδα είναι οι προσταγλαδίνες**, οι οποίες θα ελέγξουν την αιμορραγία μετά τον τοκετό σε μεγάλο ποσοστό σε περιπτώσεις όπου έχουν αποτύχει ο μαλάξεις της μήτρας, η ωκυτοκίνη και τα αλκαλοειδή της ερυσιβώδους ολύρας [8] (Βαθμίδα Σύστασης Α). Η πιο συνηθισμένη είναι η 15-μεθυλ-προσταγλαδίνη F2a ή carboprost (Hemabate), το οποίο ελέγχει την αιμορραγία μέχρι και 86% [9]. Χορηγείται ενδομυομητρικά ή ενδομυϊκά σε δόση των 0,25mg και επαναλαμβάνεται κάθε 15 λεπτά μέχρι τη συνολική δόση των 2 mg (8 δόσεις). Παρότι η υπερευαισθησία είναι μια από τις απόλυτες αντενδείξεις του φαρμάκου, μπορεί να προκαλέσει στο 10% των ασθενών ναυτία, διάρροια, εξάψεις, υπέρταση, πυρετό και κεφαλαλγία [8]. Θα πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς που πάσχουν από άσθμα, υπέρταση, και ενεργή καρδιακή, πνευμονική, νεφρική ή ηπατική νόσο. Η ενέσιμη προσταγλαδίνη είναι αποτελεσματική στην πρόληψη της αιμορραγίας μετά τον τοκετό, αλλά είναι καλύτερο να προτιμάται όταν έχουν αποτύχει όλες οι άλλοι μέθοδοι [10].

#### *Φαρμακευτική θεραπεία*

Η θεραπεία της αιμορραγίας μετά τον τοκετό αρχίζει με τη γενική αντιμετώπιση της βαριάς αιμορραγίας και την ανάνηψη της μητέρας σε περιπτώσεις παρατεταμένης ή μαζικής αιμορραγίας. Στη διάρκεια της αντιμετώπισης θα πρέπει πάντα να έχουμε υπόψη τις συγκεκριμένες αιτίες της αιμορραγίας. Αυτές είναι γνωστές με το ακρωνύμιο «THE 4 T's» (Τα 4 Τ).

Πίνακας 1. Αίτια αιμορραγίας μετά τον τοκετό.

4T's	Αίτια	Συχνότητα
Tone (Τόνος)	Ατονία μήτρας	70%
Trauma(Τραυματισμός)	Τραχηλικές, κολπικές και περινεϊκές κακώσεις, αιμάτωμα της πυέλου, εκστροφή-ρήξη μήτρας	20%
Tissue ((Ιστός)	Παθολογική πρόσφυση πλακούντα, υπολλείματα πλακούντα	10%
Thrombin (Πήξη)	Διαταραχές μηχανισμού πήξης	1%

Αν και η πιο συχνή αιτία αιμορραγίας μετά τον τοκετό είναι η ατονία μήτρας θα πρέπει να πραγματοποιείται εξέταση σε κάθε περίπτωση για τον αποκλεισμό άλλων αιτίων (Βαθμίδα Σύστασης Γ).

Η αντιμετώπισή της ατονίας γίνεται με μηχανικά και φαρμακευτικά μέσα. Άμεσα πρέπει να πραγματοποιηθούν **μαλάξεις της μήτρας και αμφίχειρη συμπίεση** (Βαθμίδα Σύστασης Β). Επίσης πρέπει η ουροδόχος κύστη να είναι άδεια και αν δεν υπάρχει ουροκαθετήρας να τοποθετηθεί άμεσα. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει χορήγηση 5 iu ενδοφλεβίως και 0.5 mg εργομετρίνης ενδοφλέβια ή ενδομυικά. Παράλληλα χορηγείται ωκυτοκίνη σε συνεχή έγχυση 10 iu/ώρα. Αν η αιμορραγία δεν αντιμετωπίζεται συστήνεται η χορήγηση προσταγλανδίνης. Επίσης μπορούμε να χορηγήσουμε από το ορθό μισοπροστόλη έως 1.000 micrograms.

Στις περιπτώσεις όπου η φαρμακευτική αντιμετώπιση δεν αποδίδει θα πρέπει να καταφεύγουμε στη χειρουργική αντιμετώπιση το συντομότερο δυνατόν (Βαθμίδα Σύστασης Γ).

### **Χειρουργική αντιμετώπιση**

Η χρήση φαρμακευτικών παραγόντων δεν θα πρέπει να καθυστερεί την απόφαση για μεταφορά στο χειρουργείο και χειρουργική πλέον αντιμετώπιση της συνεχιζόμενης αιμορραγίας. Η πίεση της αορτής μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένα προσωρινό μέτρο ελέγχου της αιμορραγίας, κερδίζοντας χρόνο για την καλύτερη αποκατάσταση του ενδοαγγειακού όγκου και μέχρι να φθάσει περισσότερη βοήθεια.

Η απόφαση για Υστερεκτομή θα πρέπει να λαμβάνεται από έμπειρο Μαιευτήρα - Γυναικολόγο και αν είναι δυνατό να επιβεβαιώνεται και από ένα δεύτερο. Μέχρι να οριστικοποιηθεί η απόφαση αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθούν αιμοστατικές ραφές και μέθοδοι επιπωματισμού και να γίνει εκτίμηση της αναγκαιότητας Υστερεκτομής. Η απόφαση για Υστερεκτομή πρέπει να λαμβάνεται το συντομότερο δυνατό, ειδικά σε περιπτώσεις διεισδυτικού πλακούντα ή ρήξης μήτρας και να μην αναβάλλεται μέχρι η γυναίκα να φθάσει σε οριακή κατάσταση. Η Υφολική Υστερεκτομή είναι η επέμβαση εκλογής στις περιπτώσεις αυτές, εκτός κι αν υπάρχει κάποιο τραύμα στον τράχηλο ή το κατώτερο τμήμα.

### **Μπαλόني επιπωματισμού Bakri**

Τα τελευταία χρόνια έχουν χρησιμοποιηθεί πολλοί τύποι μπαλονιού για επιπωματισμό, μεταξύ των οποίων το μπαλόني Bakri που φαίνεται να έχει ιδιαίτερα ενθαρρυντικά αποτελέσματα [11]. Το μπαλόني Bakri (Cook Medical) αποτελείται από σιλικόνη κατά 100% και το σχήμα του μπορεί να προσαρμόζεται στην ενδομήτρια κοιλότητα. Για τον έλεγχο της αιμορραγίας συστήνεται η πλήρωσή του με 250 - 500 ml, αν και η μέγιστη χωρητικότητα του φθάνει τα 800 ml. Η κορυφή του καθετήρα φέρει δύο οπές προς παροχέτευση, οπότε εμμένουσα ενεργός αιμορραγία μπορεί πολύ εύκολα να αναγνωρισθεί και μετά την τοποθέτηση του μπαλονιού. Μετά τον έλεγχο της αιμορραγίας γίνεται σταδιακή αποσυμφόρηση του μπαλονιού και ακολουθεί η αφαίρεσή του σε 12 - 24 ώρες από την τοποθέτησή του [12].

Η τοποθέτηση του μπαλονιού Bakri διδάσκεται διεξοδικά στο ελληνικό σεμινάριο Μαιευτικού επείγοντος (ALSO), που διοργανώνονται από την Ελληνική εταιρεία Μαιευτικού και Γυναικολογικού επείγοντος.

### **Αιμοστατικές ραφές**

Την τελευταία δεκαετία έχουν παρουσιασθεί σειρές περιστατικών με επιτυχή αντιμετώπιση αιμορραγίας μετά των τοκετό με αιμοστατικές ραφές. Η καλύτερη εκδοχή είναι το ράμμα B-Lynch, το οποίο περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1977. Η τοποθέτηση του ράμματος αυτού απαιτεί τομή στην μήτρα για την τοποθέτησή του και μπορεί να χρησιμοποιηθεί με μεγάλη ευκολία στη διάρκεια Καισαρικής τομής [13]. Μια ανασκόπηση μάλιστα του 2005, αναφέρει συνολικά 32 περιπτώσεις που εφαρμόσθηκε το ράμμα B-Lynch, με αποτυχία μόνο σε μία περίπτωση [14].

Μέχρι τώρα υπάρχουν δεδομένα παρατήρησης τα οποία δείχνουν ότι το ράμμα B-Lynch μπορεί να αποτελέσει μια αποτελεσματική μέθοδο για την αντιμετώπιση αιμορραγίας πριν καταφύγουμε σε Υστερεκτομή. Όλοι οι Μαιευτήρες θα πρέπει να ενθαρρύνονται για την εφαρμογή τέτοιων τεχνικών για τη διατήρηση της γονιμότητας, υπό την επίβλεψη βέβαια έμπειρου συναδέλφου, με πολύ λίγες επιπλοκές [15-16].

### **Απολίνωση έσω λαγονίου**

Η απολίνωση της έσω λαγονίου είναι μια ακόμη επιλογή για την αντιμετώπιση αιμορραγίας μετά τον τοκετό για τη διατήρηση της αναπαραγωγικής ικανότητας. Σε μια πρόσφατη μελέτη 84 περιπτώσεων χρειάσθηκε τελικά Υστερεκτομή σε 33 (39%) [17]. Τα μέχρι στιγμής δεδομένα παρατήρησης αποδεικνύουν ότι το μπαλόνι επιπωματισμού και οι αιμοστατικές ραφές είναι πιο αποτελεσματικές από την απολίνωση της έσω λαγονίου, χωρίς όμως να υπάρχουν διαθέσιμες συγκριτικές μελέτες.

### **Αγγειακός εμβολισμός**

Μια ανασκόπηση 100 περιπτώσεων του 2002 [18] έδειξε αποτελεσματικότητα 97% στην αντιμετώπιση μαιευτικής αιμορραγίας με αγγειακό εμβολισμό. Η χρήση επεμβατικής ακτινολογίας φαίνεται να είναι μια αποτελεσματική επιλογή, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις διεισδυτικού πλακούντα πριν την πραγματοποίηση Καισαρικής τομής, με πολύ καλά αποτελέσματα σε ότι αφορά τη διατήρηση της εμμήνου ρύσεως και της γονιμότητας [19-20].

## Βιβλιογραφία

1. Combs, C.A., E.L. Murphy, and R.K. Laros, Jr., *Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth*. *Obstet Gynecol*, 1991. **77**(1): p. 69-76.
2. Alexander, J., P. Thomas, and J. Sanghera, *Treatments for secondary postpartum haemorrhage*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2002(1): p. CD002867.
3. Thaddeus, S. and D. Maine, *Too far to walk: maternal mortality in context*. *Soc Sci Med*, 1994. **38**(8): p. 1091-110.
4. Berg, C.J., et al., *Pregnancy-related mortality in the United States, 1987-1990*. *Obstet Gynecol*, 1996. **88**(2): p. 161-7.
5. Penney, G. and V. Brace, *Near miss audit in obstetrics*. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 2007. **19**(2): p. 145-50.
6. RCOG, *PREVENTION AND MANAGEMENT OF POSTPARTUM HAEMORRHAGE*. Green-top Guideline, 2011.
7. Soriano, D., et al., *A prospective cohort study of oxytocin plus ergometrine compared with oxytocin alone for prevention of postpartum haemorrhage*. *Br J Obstet Gynaecol*, 1996. **103**(11): p. 1068-73.
8. Gulmezoglu, A.M., et al., *Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004(1): p. CD000494.
9. Oleen, M.A. and J.P. Mariano, *Controlling refractory atonic postpartum hemorrhage with Hemabate sterile solution*. *Am J Obstet Gynecol*, 1990. **162**(1): p. 205-8.
10. Prendiville, W.J., D. Elbourne, and S. McDonald, *Active versus expectant management in the third stage of labour*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000(3): p. CD000007.
11. Vrachnis, N., et al., *Bakri balloon tamponade for the management of postpartum hemorrhage*. *Int J Gynaecol Obstet*, 2013. **122**(3): p. 265-6.
12. Βραχνής, Ν., *Μαιευτικά Επείγοντα*. 2014.
13. C, B.L., et al., *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): p. 372-5.
14. El-Hamamy, E. and B.L. C, *A worldwide review of the uses of the uterine compression suture techniques as alternative to hysterectomy in the management of severe postpartum haemorrhage*. *J Obstet Gynaecol*, 2005. **25**(2): p. 143-9.
15. Ochoa, M., A.D. Allaire, and M.L. Stitely, *Pyometria after hemostatic square suture technique*. *Obstet Gynecol*, 2002. **99**(3): p. 506-9.
16. Joshi, V.M. and M. Shrivastava, *Partial ischemic necrosis of the uterus following a uterine brace compression suture*. *BJOG*, 2004. **111**(3): p. 279-80.
17. Joshi, V.M., et al., *Internal iliac artery ligation for arresting postpartum haemorrhage*. *BJOG*, 2007. **114**(3): p. 356-61.
18. Dildy, G.A., 3rd, *Postpartum hemorrhage: new management options*. *Clin Obstet Gynecol*, 2002. **45**(2): p. 330-44.
19. Salomon, L.J., et al., *Fertility and pregnancy outcome following pelvic arterial embolization for severe post-partum haemorrhage. A cohort study*. *Hum Reprod*, 2003. **18**(4): p. 849-52.
20. Descargues, G., et al., *Menses, fertility and pregnancy after arterial embolization for the control of postpartum haemorrhage*. *Hum Reprod*, 2004. **19**(2): p. 339-43.



### **Επίπεδα Τεκμηρίωσης**

**I** Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από μετα-αναλύσεις τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών. Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από μια τουλάχιστον τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη

**II-1** Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από μια τουλάχιστον καλά σχεδιασμένη ελεγχόμενη μη τυχαιοποιημένη μελέτη

**II-2** Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από μια τουλάχιστον άλλου τύπου καλά σχεδιασμένη εν μέρει πειραματική μελέτη

**III** Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από καλά σχεδιασμένες, μη πειραματικές, περιγραφικές μελέτες, όπως μελέτες σύγκρισης, συσχέτισης και σειρές περιπτώσεων.

Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από αναφορές επιτροπών ειδικών, ή από απόψεις – εμπειρία αναγνωρισμένων στο χώρο επιστημονικών εταιρειών.

### **Βαθμίδες Σύστασης**

**A** Απαιτεί τουλάχιστον μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη καλής ποιότητας και συνοχής που στηρίζει τη συγκεκριμένη σύσταση, επιπέδου τεκμηρίωσης I.

**B** Απαιτεί καλά σχεδιασμένες κλινικές μελέτες, όχι τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, επί του αντικειμένου της συστάσεως, επιπέδου τεκμηρίωσης II.

**Γ** Απαιτεί τεκμηριωμένη γνώση προερχόμενη από αναφορές επιτροπών ειδικών ή από απόψεις – εμπειρία αναγνωρισμένων στο χώρο επιστημονικών εταιρειών. Υποδεικνύει απουσία άμεσα διαθέσιμων κλινικών μελετών καλής ποιότητας (Επίπεδο Τεκμηρίωσης III)

## Ομάδα σύνταξης κατευθυντήριας οδηγίας

Αυτή η οδηγία συντάχθηκε από τον Επ. Καθηγητή Ν. Βραχνή, τον Δ. Ζυγούρη.

Η οδηγία εγκρίθηκε από την επιτροπή του ΕΟΦ για τα θεραπευτικά πρωτόκολλα που αποτελείται από τους Καθηγητές Γ. Κρεατσά, Ι. Μεσσήνη, Γ. Δεκαβάλα, τον Συντονιστή Διευθυντή ΕΣΥ Γ. Φαρμακίδη και τον Επ. Καθηγητή Ν. Βραχνή.

Η τελική δημοσιευμένη οδηγία είναι ευθύνη της Επιτροπής για την ανάπτυξη κατευθυντηρίων οδηγιών της ΕΜΓΕ που αποτελείται από τους Καθηγητές Β. Ταρλατζή, Α. Λουφόπουλο, Δ. Κασσάνο, Γ. Γαλάζιο, Θ. Στέφο και τον Αν. Καθηγητή Γ. Γκριμπίζη.

Πρώτη δημοσίευση Νοέμβριος 2014.

Δημοσιεύθηκε από **Ελληνική Μαιευτική Γυναικολογική Εταιρεία (Ε.Μ.Γ.Ε.)**.

Αλκαίου 10, Αθήνα 115 28. Τηλ. : 2107774607 Fax : 2107774609.

Ιστοσελίδα: [www.hsog.gr](http://www.hsog.gr) e-mail: [helobgyn@otenet.gr](mailto:helobgyn@otenet.gr).