

Αμηνόρροια θηλασμού και μετά τον τοκετό

ΑΡ.Χ. ΚΕΡΑΣΩΤΗΣ

*Τμήμα Ενδοκρινολογίας - Διαβήτη - Οστεοπόρωσης
Μαιευτήριο «ΙΑΣΩ»*

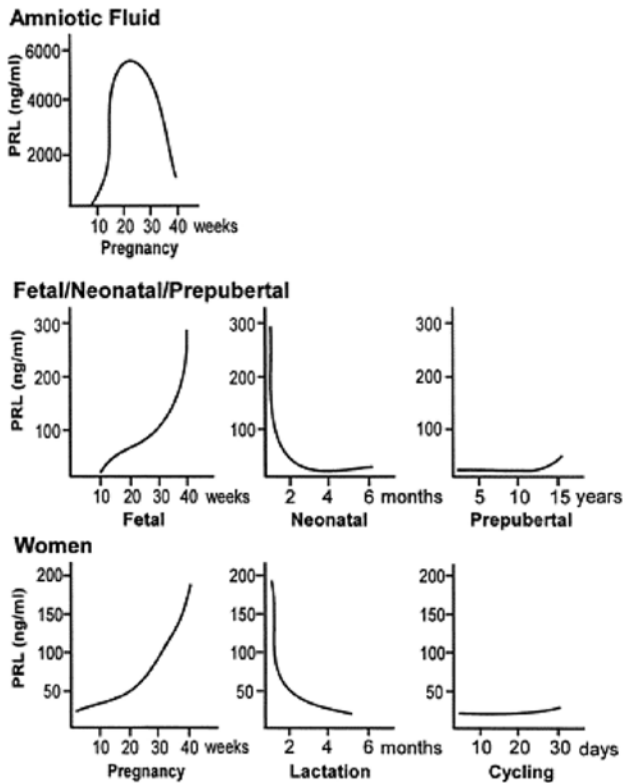
Η αμηνόρροια που παρουσιάζεται μετά τον τοκετό (ορίζεται χρονικά από τον τοκετό μέχρι την επέλευση της πρώτης εμμήνου ρύσεως) αποτελεί μία συχνή κατάσταση που οφείλεται σε ποικίλα (συχνότερα υποθαλαμικά) αίτια και προκαλεί έντονη ανησυχία στη γυναίκα. Τόσο η αμηνόρροια λόγω θηλασμού όσο και η αμηνόρροια μετά τον τοκετό υπάγονται στις δευτεροπαθείς αμηνόρροιες. Πριν από την αντιμετώπισή τους θα πρέπει οπωσδήποτε να προηγηθεί διερεύνηση δεδομένου ότι ενδέχεται να υποκρύπτεται σοβαρότερο (συνήθως ενδοκρινικό) νόσημα.

Αμηνόρροια λόγω θηλασμού (ΑΛΘ)

Η αμηνόρροια λόγω θηλασμού αρχικά ορίσθηκε στο Bellagio Consensus Statement ως η απουσία εμμήνου ρύσεως (και γενικότερα οποιασδήποτε κολπικής αιμόρροιας) πριν από την 56η ημέρα μετά τον τοκετό, ενώ αργότερα αναθεωρήθηκε ως η εμφάνιση κολπικής αιμόρροιας τουλάχιστον για δύο συνεχόμενες ημέρες (ή η επέλευση κανονικής εμμήνου ρύσεως) μετά την ημέρα αυτή. Είναι γνωστό ότι ο ερεθισμός της θηλής από τις θηλαστικές κινήσεις του βρέφους αποτελεί ισχυρό διεγέρτη έκκρισης της προλακτίνης (άμεσα εντός 30 λεπτών). Από παθοφυσιολογική άποψη, η υπερπρολακτιναιμία που παρατηρείται κατά τη διάρκεια του θηλασμού αναστέλλει την έκκριση των γοναδοτροφινών, προφανώς λόγω αρνητικής επίδρασης στις ώσεις έκκρισης της GnRH, προκαλώντας έτσι ανωθυλακιορρηξία και ΑΛΘ.

Στο παρακάτω σχήμα φαίνονται οι φυσιολογικές διακυμάνσεις της PRL στις διάφορες φάσεις της ζωής της γυναίκας. Η προοδευτική αύξηση της σε υψηλά επίπεδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (η οποία οφείλεται στην υπερτροφία και την υπερπλασία των λακτοτρόφων κυττάρων που αυξάνουν το μέγεθος της υπόφυσης) προετοιμάζει το μαστό για τον επικείμενο θηλασμό, ο οποίος πάντως παρεμποδίζεται (όσο διαρκεί η εγκυμοσύνη) λόγω των αυξημένων επιπέδων της προγεστερόνης. Κατά τη διάρκεια του φυσιολογικού τοκετού (και όχι στην καισαρική τομή) παρατηρείται μία αρχική πτώση της PRL ακολουθούμενη (μετά τον τοκετό)

από μία απότομη αύξηση η οποία διαρκεί για μερικές ώρες. Η παρατηρούμενη πτώση της μετά τον τοκετό ακολουθείται από απότομες και σημαντικές αυξητικές ώσεις λόγω των θηλαστικών κινήσεων του νεογνού.



Σχήμα 1: Διάγραμμα από τη βιβλιογραφική παραπομπή 5

Η ΑΛΘ αποτελεί μια φυσιολογική (αν και όχι πάντα αποτελεσματική, ιδίως στις εργαζόμενες) μορφή αντισύλληψης, δεδομένου ότι η φύση θέλει να δώσει προτεραιότητα στη θρέψη και την περιποίηση του νεογνού και όχι σε μία νέα κύηση. Ισχυρότερη πάντως αντισυλληπτική δράση (μέχρι 98% σύμφωνα με κάποιες μελέτες) θεωρείται ότι η ΑΛΘ ασκεί τις πρώτες 24 εβδομάδες μετά τον τοκετό (ιδίως στις γυναίκες εκείνες που προσφέρουν πλήρη ή σχεδόν πλήρη θηλασμό στα βρέφη τους), ενώ μετά τις 32 εβδομάδες η δράση της αυτή μειώνεται σημαντικά (<93% στις 52 εβδομάδες).

Η συνολική διάρκεια της ΑΛΘ επηρεάζεται και από το εάν είναι πλήρης ή μερι-

κός ο θηλασμός όπως επίσης και από ορισμένους ειδικότερους παράγοντες που έχουν σχέση με το θηλασμό όπως: η διάρκειά του, το χρονικό διάστημα από τον τοκετό μέχρι την έναρξη του θηλασμού (όσο μεγαλύτερο τόσο μεγαλύτερη η διάρκεια της ΑΛΘ), η συχνότητα του (αν και αμφισβητείται από μερικούς ερευνητές), η διατήρηση του κατά τη διάρκεια της νύχτας (μεγαλύτερη διάρκεια της ΑΛΘ), ο χρόνος έναρξης χορήγησης συμπληρώματος διατροφής (το οποίο συνιστάται να δίδεται μετά και όχι πριν το θηλασμό), το είδος του συμπληρώματος (πχ. το νερό και τα υγρά χωρίς θερμίδες σχετίζονται με μεγαλύτερη διάρκεια ΑΛΘ), ο συνολικός χρόνος θηλασμού στα προηγούμενα τέκνα, η συνολική διάρκεια ΑΛΘ μετά από προηγούμενες κυήσεις και ο χρόνος που παραμένει το νεογνό στο μαστό σε κάθε επεισόδιο θηλασμού. Οι γυναίκες με περισσότερους τοκετούς ζώντων τέκνων στο παρελθόν φαίνεται ότι παρουσιάζουν μεγαλύτερη διάρκεια ΑΛΘ. Η καλή διατροφή, όπως και η νεαρότερη ηλικία της μητέρας φαίνεται ότι συμβάλλουν στην επανέναρξη της εμμήνου ρύσεως (και την ανάκαμψη της ωθητικής λειτουργίας γενικότερα) νωρίτερα σε σχέση με την πτωχή διατροφή και τη μεγαλύτερη ηλικία. Θεωρείται πιθανό ότι οι υποσιτιζόμενες γυναίκες (με χαμηλό ΔΜΣ) παράγουν λιγότερο γάλα με αποτέλεσμα τις εντονότερες θηλαστικές κινήσεις από πλευράς βρέφους με περαιτέρω διέγερση έκκρισης της προλακτίνης και παράταση της ΑΛΘ.

Η συχνότητα εμφάνισης της ΑΛΘ ανάμεσα σε διάφορους πληθυσμούς ποικίλλει και συνδέεται με τη γενικότερη κοινωνική πρακτική του κάθε πληθυσμού. Έτσι, παρατηρείται ότι είναι συχνότερη στην Αφρική και την Εγγύς Ανατολή, όπου ο θηλασμός θεωρείται ως κάτι το δεδομένο, ενώ αντίθετα είναι σπανιότερη στη Λατινική Αμερική, όπου ο θηλασμός εμφανίζει πτωτική τάση. Πάντως, ο θηλασμός προτείνεται, και με την παρότρυνση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, ως πρώτης γραμμής αντισυλληπτική μέθοδος μετά από τον τοκετό ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου δεν υπάρχει εύκολη πρόσβαση σε άλλες μεθόδους αντισύλληψης.

Αμηνόρροια μετά τον τοκετό (ΑΜΤ)

Η αμηνόρροια μετά τον τοκετό είναι μία δευτεροπαθής αμηνόρροια η οποία οφείλεται συνήθως σε υποθαλαμική ή κεντρογενή διαταραχή. Ο υποθάλαμος, λόγω της στρατηγικής θέσης και των πολλαπλών συνδέσεών του με το φλοιό, είναι εξαιρετικά ευαίσθητος σε έντονες, ασυνήθιστες και ιδιαίτερα αγχογόνες καταστάσεις. Οι καταστάσεις αυτές με τη σειρά τους διαταράσσουν την ομαλή ορμονική έκκριση με αποτέλεσμα την περαιτέρω διαταραχή των ορμονικών μηνυμάτων προς την υπόφυση, τις ωθήκες και τη μήτρα με τελική συνέπεια τη διακοπή της εμμήνου ρύσεως. Παρατηρείται μείωση έως και κατάργηση των ώσεων της LH, γεγονός που ερμηνεύει σε μεγάλο βαθμό την εμφάνιση της όλης διαταραχής. Πάντως, από παθοφυσιολογική άποψη, οι μηχανισμοί με τους οποίους προκαλείται η διαταραχή δεν είναι ξεκαθαρισμένοι, δεδομένου ότι φαίνεται πως εμπλέκονται αρκετοί νευροδιαβιβαστές, νευροπεπτίδια και νευροστεροειδή (πχ. νευροπεπτίδιο

Υ, CRH, λεπτίνη, γρελίνη και ενδορφίνες). Οι ουσίες αυτές επηρεάζουν σημαντικά, από νευροενδοκρινική άποψη, τον έλεγχο πάνω στον αναπαραγωγικό άξονα. Σε μερικές μελέτες διαπιστώθηκε σημαντική αλλαγή των επιπέδων των ουσιών αυτών σε γυναίκες με υποθαλαμική αιτιολογία αμηνόρροια.

Οι αγχογόνες συνθήκες που επικρατούν μετά τον τοκετό όπως το άγχος και η κόπωση για την περιποίηση του νεογνού, ο φόβος για πιθανή πρόκληση βλάβης στο νεογνό, η άγνοια χειρισμού (ιδίως όταν πρόκειται για το πρώτο τέκνο), οι ενδεχόμενες τριβές με τα άλλα τέκνα και γενικότερα η απότομη αλλαγή των ενδοοικογενειακών συνθηκών φαίνεται ότι συνιστούν μερικούς μόνο από τους ψυχολογικούς παράγοντες που φαίνονται ικανοί να επηρεάσουν αρνητικά την ορμονική ισορροπία του υποθαλάμου.

Η AMT σπανιότερα ενδέχεται να συνυπάρχει με άλλες ενδοκρινικές νόσους χωρίς να υπάρχει εμφανής αιτιολογική συσχέτιση ή μπορεί να αποτελεί εκδήλωση κάποιας λανθάνουσας νόσου. Έτσι, η αυτοάνοση υποφυσίτιδα συσχετίζεται συχνά με την κύηση και μπορεί να εμφανιστεί από ένα μήνα πριν έως και δύο μήνες μετά τον τοκετό. Θεωρείται ότι δεν προκαλεί επιπλοκές στο έμβρυο, ούτε επηρεάζει την έκβαση της κύησης και δεν προδικάζεται ότι θα εμφανισθεί και σε επόμενη κύηση. Βέβαια, συνυπάρχουν συμπτώματα υποφυσιακής ανεπάρκειας και υπερπρολακτιναιμία ενώ συχνά εμφανίζονται και πειστικά φαινόμενα (κεφαλαλγία, διαταραχές στην όραση). Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να προκληθεί μόνιμη υποφυσιακή ανεπάρκεια λόγω μαζικής (αυτοάνοσου αιτιολογίας) καταστροφής των υποφυσιακών κυττάρων και αντικατάστασής τους από ινώδη συνδετικό ιστό.

Σε περιπτώσεις που η γυναίκα είναι κάτω από 40 ετών θα πρέπει να διερευνάται το ενδεχόμενο πρόωρης ωοθηκικής ανεπάρκειας (ΠΩΑ). Η κατάσταση αυτή συνδυάζεται σε μερικές περιπτώσεις (14% επί θετικού οικογενειακού ιστορικού, 6% σε μεμονωμένες περιπτώσεις) με μεταλλάξεις του γονιδίου FMR1 (που προκαλεί το σύνδρομο του εύθραυστου Χ στην πλήρη του μορφή). Η ΠΩΑ συνδυάζεται επίσης και με άλλες αυτοάνοσες ενδοκρινικές νόσους, οι οποίες προηγούνται συνήθως χρονικά, (συχνότερα με θυρεοειδίτιδα, σπανιότερα αλλά από κλινική άποψη σημαντικότερα με επινεφριδική ανεπάρκεια) γι' αυτό και συνιστάται μέτρηση των θυρεοειδικών και των επινεφριδικών αντισωμάτων, εάν είναι δυνατόν. Η συχνότητα της ΠΩΑ, σύμφωνα με διάφορες μελέτες, φαίνεται να είναι μικρή (0.3-0.9% σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας κάτω από 40 ετών, 5-10% σε γυναίκες με δευτεροπαθή αμηνόρροια) αλλά με αυξητική τάση τα τελευταία χρόνια. Αν και δεν έχει ξεκαθαρισθεί η αιτιολογία της ΠΩΑ, φαίνεται ότι ο κυριότερος παράγοντας είναι οι γονιδιακές μεταλλάξεις. Μεμονωμένες πάντως περιπτώσεις επίτευξης (υποβοηθούμενης) κύησης έχουν περιγραφεί, γεγονός που υποδηλώνει ότι η στειρότητα δεν θεωρείται δεδομένη.

Τέλος, αναφέρονται δύο σύνδρομα τα οποία χαρακτηριστικά συνδέονται με την AMT. Το σύνδρομο Sheehan, σπανιότερα εμφανιζόμενο τα τελευταία χρόνια πα-

γκοσμίως, οφείλεται σε απόφραξη και νέκρωση της υπόφυσης κατά τη διάρκεια ενός εργώδους τοκετού σε συνθήκες υποξαιμίας λόγω μαζικής αιμορραγίας της μήτρας. Η νέκρωση ακολουθείται από την ανάπτυξη ινωδών ουλών. Ανάλογα με το μέγεθος της καταστροφής παρατηρούνται διάφορης βαρύτητας διαβαθμίσεις της υποφυσιακής ανεπάρκειας. Έτσι, η οξεία και εκτεταμένη υποφυσιακή ανεπάρκεια είναι απειλητική για τη ζωή και απαιτεί άμεση θεραπεία υποκατάστασης της επινεφριδικής και αργότερα της θυρεοειδικής λειτουργίας. Αντίθετα, η ηπιότερη και μερική καταστροφή της υπόφυσης μπορεί να μη γίνει άμεσα αντιληπτή παρά την αγαλακτία που παρουσιάζεται.

Η παθογένεια του συνδρόμου δεν είναι πλήρως ξεκαθαρισμένη παρά το γεγονός ότι η βασική διαδικασία θεωρείται ότι είναι η ισχαιμία λόγω διακοπής της αιματικής ροής προς τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης. Το εάν αυτή η ισχαιμία προκύπτει από αγγειόσπασμο, θρόμβωση ή συμπίεση των αγγείων παραμένει ασαφές. Η (φυσιολογικά) παρατηρούμενη αύξηση του μεγέθους της υπόφυσης κατά το τέλος της εγκυμοσύνης (κυρίως λόγω υπερπλασίας των λακτοτρόφων κυττάρων) πιθανώς να προκαλεί συμπίεση των αγγείων. Είναι επίσης πιθανό τα υποφυσιακά κύτταρα να είναι, κατά το τέλος της εγκυμοσύνης, περισσότερο ευάλωτα στην ισχαιμία. Παρά τη σπανιότητά του, το σύνδρομο θα πρέπει πάντα να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση όταν παρατηρούνται αγαλακτία, ΑΜΤ και γενικότερα συμπτώματα υποφυσιακής ανεπάρκειας, ιδίως αν είναι γνωστό από το ιστορικό ότι επρόκειτο για δύσκολο και με κακές συνθήκες τοκετό με εκτεταμένη αιμορραγία της μήτρας. Η αναμενόμενη στειρότητα πάντως και εδώ, όπως και στην αυτοάνοση υποφυσίτιδα, δεν είναι σίγουρη, δεδομένου ότι έχουν επιτευχθεί αυτόματες κυήσεις (υποβοηθούμενες ή και αυτόματες) και μετά από τη διάγνωση του συνδρόμου. Η αντιμετώπιση του συνδρόμου συνίσταται στη μόνιμη ορμονική θεραπεία υποκατάστασης που εφαρμόζεται στην υποφυσιακή ανεπάρκεια.

Το σύνδρομο Chiari-Frommel συνίσταται σε γαλακτόρροια μετά τον τοκετό, ΑΜΤ και ατροφία μήτρας και ωθηκών σε ασθενείς που δεν θηλάζουν. Η νόσος αυτή είναι σχετικά σπάνια και συχνά υποχωρεί από μόνη της. Έχουν παρατηρηθεί σε μερικές περιπτώσεις αυτόματες κυήσεις, χωρίς την ενδιάμεση μεσολάβηση εμμήνου ρύσεως, όπως επίσης και σε άλλες περιπτώσεις διαπιστώθηκε εκ των υστέρων ότι επρόκειτο για μη διαγνωσμένα προλακτινώματα.

Θεραπευτικά, τόσο για την ΑΛΘ όσο και για την ΑΜΤ (και με την προϋπόθεση ότι η αμηνόρροια δεν παρατείνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα), δεν κρίνεται απαραίτητη η χορήγηση κάποιου θεραπευτικού σχήματος, δεδομένου ότι αναμένεται η αυτόματη επανέναρξη της εμμήνου ρύσεως. Ειδικότερα, η ΑΛΘ θεωρείται μια φυσιολογική κατάσταση που δεν χρειάζεται ιδιαίτερη αντιμετώπιση εφόσον φυσικά δεν παρατείνεται και μετά από το θηλασμό. Σκόπιμη θεωρείται η ψυχολογική υποστήριξη και ο εφησυχασμός της γυναίκας πως πρόκειται για μία συνηθισμένη κατάσταση, και πως δεν υποκρύπτεται κάποια σοβαρότερη πάθηση ούτε ότι πρό-

κείται για εμμηνόπαυση. Όλα αυτά βεβαίως εφόσον έχει προηγηθεί έλεγχος και έχουν αποκλεισθεί, κατά το δυνατόν, οι προαναφερθείσες νόσοι που ενδέχεται να προκαλούν την ΑΜΤ.

Συμπερασματικά, τόσο η ΑΛΘ όσο και η ΑΜΤ θεωρούνται καταστάσεις ήπιες χωρίς ιδιαίτερη κλινική σημασία, πάντα με την προϋπόθεση ότι δεν υποκρύπτεται κάποιο άλλο νόσημα. Επειδή θεωρούνται αναμενόμενες θα πρέπει ο γιατρός να ενημερώνει για την πιθανότητα εμφάνισης τους εκ των προτέρων τη γυναίκα ώστε να μη δημιουργείται εκ μέρους της ιδιαίτερη ανησυχία.

Βιβλιογραφία

- Μπατρίνου Μ. Δευτεροπαθής αμηνόρροια. Σύγχρονη Ενδοκρινολογία 1999: 442-446.
- Melmed Shlomo, Kleinberg David. Anterior pituitary. Williams Textbook of Endocrinology 2008: 183-186.
- Martin Mary, Taylor Robert, Kitzmiller John. The Endocrinology of Pregnancy. Basic and Clinical Endocrinology 4th edition 1994: 537-538.
- Patrizio Caturegli, Craig Newschaffer, Alessandro Olivi, Martin G. Pomper, Peter C. Burger, and Noel R. Rose. Autoimmune Hypophysitis. Endocrine Reviews 2005;26 (5):599-614.
- Nira Ben-Jonathan and Robert Hnasko. Dopamine as a Prolactin (PRL) Inhibitor. Endocrine Reviews 2001: 22(6):724-763.
- Lawrence M. Nelson M.D. Primary Ovarian Insufficiency. NEJM 2009;360:606-614.
- Speroff Leon and Fritz Marc. Amenorrhea. Clinical and Gynecologic Endocrinology and Infertility 7th edition 2005:438.
- Rebar RW. Premature ovarian failure. Obstetric Gynecology 2009 Jun;113(6):1355-63.
- Meczekalski B., Podfiguma-Stopa A., Warenik-Szymankiewicz A., Genazzani AR. Functional hypothalamic amenorrhea: current view on neuroendocrine aberrations. Gynecol Endocrinol. 2008 Jan;24(1):4-11.
- V. Hight-Laukaran, S. O. Rutstein, M. H. Labbok, E. Ballard. Contraceptive use during lactational amenorrhea. International Journal of Gynecology & Obstetrics, Volume 54, Issue 2, August 1996, Pages 101-108.
- Barbara Rojnik, Katarina Kocmelj, Lidija Andolšek-Jeras. Initiation of contraception postpartum. Contraception, Volume 51, Issue 2, February 1995, Pages 75-81.
- Sudharshani Wasalathanthri, Kamani H. Tennekoon. Lactational amenorrhea/anovulation and some of their determinants: a comparison of well-nurished and undernourished women. Fertility and Sterility, Volume 76, Issue 2, August 2001, Pages 317-325.
- Verónica Valdés, Miriam H. Labbok, Edda Pugin, Alfredo Perez. The efficacy of the lactational amenorrhea method (LAM) among working women. Contraception, Volume 62, Issue 5, November 2000, Pages 217-219.
- Carlos Morán, Luis S. Alcázar, Sebastián Carranza-Lira, Guillermina Merino, René Bailón. Recovery of ovarian function after childbirth, lactation and sexual activity with relation to age of women. Contraception, Volume 50, Issue 5, November 1994, Pages 401-407.
- A. Kriplani, D. Goswami, N. Agarwal, N. Bhatla, A. C. Ammini. Twin pregnancy following gonadotrophin therapy in a patient with Sheehan's syndrome. International Journal of Gynecology & Obstetrics, Volume 71, Issue 1, October 2000, Pages 59-63.
- Kathy I. Kennedy, Roberto Rivera, Alan S. McNeilly. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. Contraception, Volume 39, Issue 5, May 1989,

- Pages 477-496.
- E. Algün, H. Ayakta, M. Harman, C. Topal, H. Aksoy. Spontaneous pregnancy in a patient with Sheehan's syndrome. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Volume 110, Issue 2, 10 October 2003, Pages 242-244.
- M. Nakai, H. Tatsumi, M. Arai. Successive pregnancies in a patient with premature ovarian failure. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Volume 18, Issue 4, November 1984, Pages 217-224.
- Van der Wijden C, Brown J, Kleijnen J. Lactational amenorrhea for family planning (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 4. Art. No.: CD001329. DOI: 10.1002/14651858.CD001329.
- Nancy A. Curosh. Secondary Amenorrhea. *Decision Making in Medicine (Third Edition)*, 2010, Pages 582-583.
- Kalman Kovacs. Sheehan syndrome. *The Lancet*, Volume 361, Issue 9356, 8 February 2003, Pages 520-522.
- The World Health Organization Multi-national study of Breast-feeding and Lactational Amenorrhea. II. Factors associated with the length of amenorrhea. III. Pregnancy during breast-feeding. *Fertility and Sterility* VOL. 70, NO. 3, September 1998.
- McNeilly AS. Lactational amenorrhea. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1993;22:59 –73.
- A.E. Peterson, R. Per´ez-Escamilla, M.H. Labbok, V. Hight, H. von Hertzen, P. Van Look. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM) III: effectiveness, duration, and satisfaction with reduced client-provider contact. *Contraception* 62 (2000) 221–230.

Ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής

Ποιά είναι η σωστή απάντηση

1. Ο ερεθισμός της θηλής από τις θηλαστικές κινήσεις του βρέφους αποτελεί ισχυρό διεγέρτη έκκρισης της προλακτίνης άμεσα εντός
Α) Εντός 10 λεπτών
Β) Εντός 30 λεπτών
Γ) Εντός 60 λεπτών
2. Η ΑΛΘ ασκεί την ισχυρότερη αντισυλληπτική της δράση τις πρώτες
Α) 24 εβδομάδες
Β) 32 εβδομάδες
Γ) 42 εβδομάδες
3. Οι νεαρότερες γυναίκες έχουν συνήθως επανέναρξη της εμμηνου ρύσεως μετά το θηλασμό σε σχέση με τις μεγαλύτερες γυναίκες
Α) Νωρίτερα
Β) Αργότερα
Γ) Τίποτε από τα Α και Β
4. Κατά τη συνύπαρξη ΑΜΤ και αυτοάνοσης υποφυσίτιδας παρατηρούνται συνήθως επιπλοκές στο νεογνό
Α) Σωστό
Β) Λάθος
5. Η συχνότητα ΠΩΑ σε γυναίκες με δευτεροπαθή αμηνόρροια είναι
Α) 1-3%
Β) 5-10%
Γ) 12-15%
6. Η αγαλακτία αποτελεί χαρακτηριστικό του συνδρόμου
Α) Sheehan
Β) Chiari-Frommel
7. Τα παραπάνω σύνδρομα θεωρείται δεδομένο ότι προκαλούν μόνιμη στειρότητα
Α) Σωστό
Β) Λάθος

Σωστές απαντήσεις κατά σειρά
β,α,α,β,β,α,β