

## Η εγκυμοσύνη σε γυναίκες με συγγενή καρδιοπάθεια

Αναστασία Αδάμπα\*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με την πρόοδο της Παιδοκαρδιολογίας και της Χειρουργικής όλο και περισσότερες γυναίκες που πάσχουν από συγγενή καρδιοπάθεια, φθάνουν σε αναπαραγωγική ηλικία. Η εγκυμοσύνη σ' αυτές τις γυναίκες είναι δυνατή, αλλά απαιτεί προγραμματισμό και κατάλληλη προετοιμασία από Μαία, Μαιευτήρα, Καρδιολόγο, Αναισθησιολόγο και Παιδιάτρο. Η ομάδα αυτή θα καθορίσει την επικινδυνότητα της εγκυμοσύνης και θα προτείνει είτε τη συνέχισή της, είτε τις παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν και την τροποποίηση στη φαρμακευτική αγωγή της εγκύου, είτε την αποφυγή της κύησης ή ανάλογα τη διακοπή της.

Η Μαία έχει ιδιαίτερο ρόλο στον Οικογενειακό Προγραμματισμό. Η διαδικασία της παρακολούθησης της εγκυμοσύνης επιφορτίζεται με την κατάλληλη ρύθμιση της φαρμακευτικής αγωγής για τη συγγενή καρδιοπάθεια, την αιμοδυναμική παρακολούθηση και τον πιο ενδεδειγμένο έλεγχο του εμβρύου για τυχόν συγγενείς παθήσεις.

Στόχος είναι ο τοκετός να γίνεται προγραμματισμένα για να βρίσκεται κάτω από ελεγχόμενες συνθήκες. Προτιμάται ο κοιλιακός τοκετός σε αριστερή πλάγια θέση με τη χορήγηση επισκληρίδιας αναισθησίας.

**Λέξεις-κλειδιά:** εγκυμοσύνη, συγγενής καρδιοπάθεια, τοκετός.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συχνότητα των συγγενών καρδιοπαθειών στα νεογνά που γεννιούνται ζωντανά, υπολογίζεται από 4 έως 10 ανά 1.000 (Hoffman, Kaplan, 2002, Pierpont et al., 2007). Με την πρόοδο της Παιδοκαρδιολογίας και της Χειρουργικής στις τελευταίες δεκαετίες, όλο και περισσότερα νεογνά ενηλικιώνονται και φθάνουν σε ηλικία αναπαραγωγής. Υπολογίζεται ότι από τα νεογνά με συγγενή καρδιοπάθεια ποσοστό μεγαλύτερο του 85% επιβιώνει μέχρι την ενηλικίωση (Nieminen, Jokinen, 2001, Thorne, Deanfield, 1996). Τα μισά περίπου είναι γυναίκες σε αναπαραγωγική πλέον ηλικία. Αυτό σημαίνει ότι ο αριθμός των γυναικών, που πάσχουν από συγγενή καρδιοπάθεια και βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία με πιθανότητα εγκυμοσύνης συνεχώς αυξάνεται. Η εγκυμοσύνη σε πάσχουσες γυναίκες από συγγενή καρδιοπά-

\* Μαία Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής Γ.Ν. Έδεσσας.

θεια περικλείει κινδύνους, τόσο για την έγκυο όσο και για το έμβρυο.

### **Εκτίμηση κινδύνου για μητέρα**

Κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής εγκυμοσύνης παρατηρείται αύξηση του όγκου του κυκλοφορούντος αίματος κατά 50%, αύξηση της καρδιακής συχνότητας από την 6η βδομάδα της σύλληψης – φθάνοντας στο μέγιστό της στο τρίτο τρίμηνο– μείωση των περιφερειακών αντιστάσεων και αύξηση της καρδιακής παροχής κατά 50% (Bedard et al., 2008). Αυτό σημαίνει ότι η καρδιά θα πρέπει να είναι σε θέση να αντεπεξέλθει σ' αυτές τις απαιτήσεις. Επομένως, πριν την εγκυμοσύνη θα πρέπει να γίνει έλεγχος του καρδιαγγειακού συστήματος της υποψήφιας μητέρας για να διαπιστωθεί κατά πόσο είναι σε θέση να αντιροπήσει επαρκώς τις προαναφερθείσες αλλαγές.

Ένα άλλο σημείο το οποίο πρέπει να έχουμε υπόψη μας είναι ότι οι γυναίκες με συγγενή καρδιοπάθεια βρίσκονται συνήθως σε μόνιμη φαρμακευτική αγωγή, διορθωθείσα ή μη. Αυτή η φαρμακευτική αγωγή πιθανότατα να χρήζει τροποποίησης, είτε λόγω ασαφούς ασφάλειας του εμβρύου, είτε γιατί μπορεί να δημιουργεί αιμορραγική διάθεση. Η τροποποίηση αυτή μπορεί να επηρεάσει την ισορροπία του καρδιαγγειακού συστήματος της υποψήφιας μητέρας, αλλά επίσης και την ασφάλεια του εμβρύου.

Ένας λεπτομερής έλεγχος του καρδιαγγειακού συστήματος είναι αναγκαίος πριν την εγκυμοσύνη, για να γίνουν αν χρειάζεται οι όποιες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Μ' αυτό τον τρόπο το καρδιαγγειακό σύστημα μπορεί να προετοιμαστεί όσο γίνεται καλύτερα για να μπορέσει να αντεπεξέλθει στις αυξημένες απαιτήσεις της εγκυμοσύνης, ενώ οι υποψήφιοι γονείς πρέπει να είναι ενήμεροι για τους πιθανούς κινδύνους τόσο της μέλλουσας μητέρας, όσο και του εμβρύου.

Η μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη δεν μας δίνει το περιθώριο να κάνουμε τις δυνατές παρεμβάσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα της εγκύου, ώστε αυτή να είναι σε θέση να αντεπεξέλθει επαρκώς την περίοδο της κύησης και να φθάσει μέχρι τη διαδικασία του τοκετού. Αυτό σημαίνει ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι πολύ σημαντικός για τα ζευγάρια που έχουν το πρόβλημα, το δε ρόλο της ενημέρωσής τους έχει να διαδραματίσει σε σημαντικό βαθμό η μαία, που συνήθως είναι πιο προσιτή σ' αυτά.

### **Εκτίμηση κινδύνου για το έμβρυο**

Το έμβρυο κινδυνεύει από αυξημένη πιθανότητα να κληρονομήσει τη συγγενή καρδιοπάθεια της μητέρας του (π.χ. τετραλογία "Fallot", στένωση αορτής, σύνδρομο "Marfan" με διάταση ανιούσας αορτής κ.ά). Άλλος σημαντικός κίνδυνος είναι αυτός της τερατογένεσης από φάρμακα που ήδη λαμβάνει η έγκυος, όπως είναι η ασενοκουμαρόλη.

Επίσης, σε έγκυες που βρίσκονται υπό αντιπηκτική αγωγή υπάρχει ο κίνδυνος της αιμορραγίας στον πλακούντα, με αποτέλεσμα την αύξηση της πιθανότητας αποβολής ή την κακή θρέψη του εμβρύου, η οποία έχει ως συνέπεια τη γέννηση λιποβαρούς ή πρόωρου νεογνού.

### **Έλεγχος πριν την εγκυμοσύνη**

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι η εγκυμοσύνη στις γυναίκες που πάσχουν από συγγενή καρδιοπάθεια, είναι μεν αυξημένου κινδύνου αλλά όχι απαγορευτική. Γι' αυτό το λόγο θα πρέπει πριν την εγκυμοσύνη να έχει προηγηθεί ο κατάλληλος έλεγχος στην υποψήφια μητέρα. Αυτός πρέπει να γίνει από ομάδα που θα περιλαμβάνει:

- το μαιευτήρα και τη μαία, που θα κληθούν να διεκπεραιώσουν τον τοκετό,
- τον καρδιολόγο, που θα πρέπει να διαθέτει εμπειρία στις συγγενείς καρδιοπάθειες ώστε να εκτιμήσει τις εφεδρείες του κυκλοφοριακού συστήματος –δηλαδή κατά πόσο η έγκυος μπορεί να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις της εγκυμοσύνης– και να προτείνει τις δυνατές διορθωτικές/θεραπευτικές παρεμβάσεις που χρειάζεται να γίνουν,
- τον αναισθησιολόγο, που μπορεί να κληθεί για ήπια αναλγησία σε φυσιολογικό τοκετό ή να χορηγήσει νάρκωση σε πιθανή καισαρική τομή και
- τον παιδίατρο, που θα έχει να αντιμετωπίσει το νεογνό, που πιθανό να έχει επιπλέον προβλήματα, όπως συγγενή καρδιοπάθεια, χαμηλό βάρος ή προωρότητα.

Η ομάδα αυτή θα εκτιμήσει την ικανότητα της υποψήφιας μητέρας να αντεπεξέλθει στην εγκυμοσύνη, στην έκβασή της καθώς και στην πιθανότητα ύπαρξης κληρονομικών παθήσεων. Επίσης, θα εκθέσει όλους τους κινδύνους στο ζευγάρι, το οποίο με τη σειρά του θα πρέπει να λάβει την τελική απόφαση στο αν θα προχωρήσει σ' αυτή.

Αν το ζευγάρι αποφασίσει τελικά να προχωρήσει, τότε ο καρδιολόγος σε συνεργασία με το μαι-

ευτήρα θα πρέπει να προβούν στις αναγκαίες τροποποιήσεις της φαρμακευτικής αγωγής, έτσι ώστε να αποφευχθούν τα επιβλαβή για το έμβρυο φαρμακευτικά σκευάσματα.

Είναι ευνόητο ότι σε μια μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη όλος αυτός ο έλεγχος και η προετοιμασία δεν θα έχουν γίνει. Υπάρχει δε το ενδεχόμενο όταν η γυναίκα συνειδητοποιήσει ότι είναι έγκυος, να έχει ήδη πάρει σκευάσματα επιβλαβή για το έμβρυο όπως είναι οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης. Ο κίνδυνος αυτός είναι μεγαλύτερος κατά τη φάση της δημιουργίας των οργάνων του εμβρύου, δηλαδή μέχρι τη 12η εβδομάδα.

Αν η απόφαση του ζεύγους είναι να μην προχωρήσει στην εγκυμοσύνη, τότε θα πρέπει να δοθούν συμβουλές και οδηγίες ως προς τη μέθοδο αντισύλληψης που θα χρησιμοποιηθεί, έτσι ώστε να αποφύγουμε μια μη αναμενόμενη εγκυμοσύνη. Στην τελευταία περίπτωση θα πρέπει να αποφασιστεί κατά πόσο αυτή θα συνεχιστεί παρά τα υπάρχοντα προβλήματα, ή αν θα προχωρήσουμε σε διακοπή της με όλους τους κινδύνους που μπορεί αυτή να έχει.

### **Παρακολούθηση κατά την εγκυμοσύνη**

Όταν στη γυναίκα που πάσχει από συγγενή καρδιοπάθεια διαπιστωθεί εγκυμοσύνη, προγραμματισμένη ή μη, πέρα από το συνήθη κλασικό έλεγχο απαιτείται να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση και στην αιμοδυναμική κατάσταση της εγκύου.

Στη συνέχεια, αν πρόκειται για **προγραμματισμένη εγκυμοσύνη** εφαρμόζουμε τις οδηγίες που έχουν δοθεί κατά την προετοιμασία αυτής. Συστήνουμε επανεκτίμηση από τον καρδιολόγο για περαιτέρω οδηγίες και φροντίζουμε για την ενημέρωση της υπόλοιπης ομάδας σχετικά μ' αυτή. Πιο συγκεκριμένα, ενήμεροι πρέπει να είναι ο μαιευτήρας, η μαία, ο καρδιολόγος, ο αναισθησιολόγος και ο παιδίατρος.

Αν πρόκειται για **μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη**, τότε πέρα από τον κλασικό έλεγχο και την αιμοδυναμική κατάσταση θα πρέπει να ζητηθεί εκτίμηση από τον καρδιολόγο. Ο καρδιολόγος θα εκτιμήσει την ικανότητα της εγκύου να αντεπεξέλθει στην κύηση. Θα προτείνει τις αλλαγές στη φαρμακευτική αγωγή της, τις πιθανές παρεμβάσεις που κρίνονται αναγκαίες να γίνουν, ή τη διακοπή της κύησης αν υπάρχει πολύ αυξημένος κίνδυνος.

Όποια και αν είναι η εκτίμηση του καρδιολόγου,

σειρά έχει να ενημερωθεί και ο αναισθησιολόγος. Αυτός θα συνδράμει σε περίπτωση διακοπής της εγκυμοσύνης, στον τοκετό, ή σε περίπτωση που κάτι δεν έχει την επιθυμητή εξέλιξη κατά την κύηση και απαιτείται άμεση παρέμβαση.

Οι υποψήφιοι γονείς θα πρέπει να ενημερωθούν για την επικινδυνότητα της κατάστασης και σε περίπτωση που θα προταθεί η διακοπή της κύησης, αυτοί είναι που θα πρέπει να αποφασίσουν αν θα προχωρήσει.

Στην περίπτωση που συνεχίζεται η εγκυμοσύνη, τότε θα πρέπει να ενημερωθεί και ο παιδίατρος. Εάν υπάρχει κίνδυνος για το έμβρυο όσον αφορά τις κληρονομικές παθήσεις, ο παιδίατρος εμπλέκεται και νωρίτερα για να συμβάλει στην ενημέρωση του ζεύγους.

Πέρα από την κλασική παρακολούθηση που γίνεται σε όλες τις εγκύους, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται καθόλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στην αιμοδυναμική κατάσταση και στον πιο ενδελεχή έλεγχο του εμβρύου για τυχόν ύπαρξη συγγενών ανωμαλιών. Δεν πρέπει να ξεχνάμε τη φαρμακευτική αγωγή για τη συγγενή καρδιοπάθεια, που μπορεί να χρειάζεται τροποποιήσεις ανάλογα με τη φάση της εγκυμοσύνης. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η χρήση των αντιπηκτικών σκευασμάτων σε ασθενείς που έχουν προσθετική βαλβίδα. Σ' αυτή την περίπτωση θα πρέπει να γίνεται συχνός έλεγχος και του πηκτικού μηχανισμού. Επίσης, απαιτείται μεγάλη προσοχή για την επιλογή του κατάλληλου χρόνου για τον τοκετό.

### **Τοκετός**

Ο τοκετός σηματοδοτεί το τέλος της εγκυμοσύνης, τη μετάβαση της μητέρας στη λοχεία και του εμβρύου στην εξωμήτρια ζωή. Ο προγραμματισμός του τοκετού είναι πολύ μεγάλης σημασίας δεδομένου ότι συμβαίνουν μεγάλες αιμοδυναμικές αλλαγές στη μητέρα.

Οι συστολές της μήτρας αυξάνουν τη φλεβική επιστροφή στην καρδιά, όπου η καρδιακή παροχή μπορεί να αυξηθεί περισσότερο και από 25% κατά τη διάρκεια των συστολών (Presbitero et al., 2006).

Ο πόνος και το άγχος κατά τη δεύτερη φάση του τοκετού αυξάνουν τον τόνο του συμπαθητικού, που με τη σειρά του αυξάνει την καρδιακή παροχή και την αρτηριακή πίεση (Presbitero et al., 2006). Αυτές οι αλλαγές επηρεάζονται από τον τύπο της αναισθησίας και αναλγησίας που θα χρησιμοποιηθούν και από τον τύπο του τοκετού (κολπικός ή

καισαρική τομή). Στην αρχική φάση, αμέσως μετά τον τοκετό αυξάνεται εκ νέου η καρδιακή παροχή, αφενός ως αποτέλεσμα της επιστροφής του αίματος στην κυκλοφορία –που γίνεται με τις συσπάσεις της μήτρας– και αφετέρου λόγω της άρσης της πίεσης της κάτω κοίλης φλέβας απ' αυτή. Στις περισσότερες των περιπτώσεων οι αιμοδυναμικές διαταραχές επανέρχονται εντός 1-3 ημερών, αλλά μπορεί να επεκταθούν και στην εβδομάδα (European Society of Cardiology, 2003).

Ο κολπικός τοκετός σε σχέση με την καισαρική τομή συνοδεύεται από μικρότερες μετακινήσεις αίματος, μικρότερη αιμορραγία, λιγότερες θρομβώσεις και λιγότερες λοιμώξεις και συστήνεται να γίνεται σε αριστερή πλάγια θέση (Uebing et al., 2006).

Γενικά, ο κίνδυνος των επιπλοκών στον κολπικό τοκετό είναι περίπου ο μισός και γι' αυτό συστήνεται στην πλειοψηφία των εγκύων, εκτός και αν υπάρχουν μαιευτικοί λόγοι για καισαρική τομή (Bedard, 2008). Από τα πρώιμα στάδια του τοκετού καλό είναι να γίνεται επισκληρίδια αναισθησία για την αποφυγή του πόνου, ο οποίος διεγείρει το συμπαθητικό σύστημα. Συστήνεται, επίσης, ο τοκετός να είναι υποβοηθούμενος, είτε με εμβρυουλκία με σικύα, είτε με αναρροφητική εμβρυουλκία (Bedard, 2008).

### Συμπεράσματα

Με την πρόοδο της Ιατρικής όλο και περισσότερες γυναίκες με συγγενή καρδιοπάθεια φθάνουν στην ηλικία τεκνοποίησης. Ο χειρισμός αυτών των γυναικών απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και συνεργασία μεταξύ μαιευτήρα, μαιίας, καρδιολόγου, αναισθησιολόγου και παιδίατρου. Η συνεργασία αυτή θα πρέπει να διατηρηθεί τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όσο και κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Ο έλεγχος πριν την εγκυμοσύνη είναι πολύ σημαντικός για την υποψήφια μητέρα και για τη δυνατότητά της να αντεπεξέλθει σ' αυτή. Ιδιαίτερη προσοχή θέλει η ορθή ρύθμιση της φαρμακευτικής αγωγής ώστε το έμβρυο να αποφύγει τα επιβλαβή ή με ασαφή επίδραση σκευάσματα.

Πέρα όμως από τη ρύθμιση της φαρμακευτικής αγωγής απαιτείται η συχνή παρακολούθηση της εγκύου καθόλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά και του εμβρύου για πιθανή ύπαρξη συγγενούς καρδιοπάθειας.

Ο τοκετός σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι μια δύ-

σκολη κατάσταση που θέλει ιδιαίτερη προσοχή.

Ο κολπικός τοκετός ενδείκνυται σε αριστερή πλάγια θέση με επισκληρίδια αναλγησία και υποβοήθηση (εμβρυουλκία με σικύα ή αναρροφητική εμβρυουλκία). Όταν η εγκυμοσύνη κριθεί πολύ υψηλού κινδύνου για να διεκπεραιωθεί, μαιευτήρας και μαιά έχουν έναν επιπλέον ρόλο: να συζητήσουν με το ζευγάρι την αποφυγή της. Οι συστάσεις για την καταλληλότερη και αποτελεσματικότερη μέθοδο αντισύλληψης του ζεύγους απαιτούν πολλές γνώσεις και εμπειρία, καθώς και ιδιαίτερη αντιμετώπιση όσον αφορά τον ψυχολογικό τομέα.

### ABSTRACT

*Adampa Anastasia: The pregnancy in women suffering from congenital heart disease.*

"ELEFTHO", 1:23-27, 2010

*Due to the progress of Paedocardiology and Surgery a growing number of women suffering from congenital heart disease reach the reproductive age. These women is possible to become pregnant but it is wise to be planned and they need to be under the care of a Midwife, an Obstetrician, a Cardiologist, an Anaesthesiologist and a Paediatrician. This team will estimate the risks of this pregnancy and will suggest either to be continued or to be interrupted. The team will also suggest the interventions needed to be made, or even the avoidance of this pregnancy. Crucial role has the midwife in the family planning. In addition to the normal follow-up of the pregnancy, special care is needed for the regulation of the medicines taken for the congenital heard disease, to the haemodynamical status of the mother. Assiduous investigation of the foetus is necessary for congenital diseases. Our target is to have the delivery programmed so as to be under controlled circumstances. The method of choice is the vaginal delivery at left lateral position using epidural anaesthesia and if needed Forceps or ventouse.*

**Key-words:** pregnancy, congenital heart disease, delivery.

### BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Bedard E., Shore D., Gatzoulis M.: Adult congenital heart disease: a 2008 overview. Br Med Bull, 85: 151-180, 2008.  
Hoffman J., Kaplan S.: The incidence of Congenital

Heart Disease. *J Am Coll Cardiol*, 39: 1890-1900, 2002.

*Nieminen H., Jokinen E., Sairanen H.:* Late results of pediatric cardiac surgery in Finland: a population-based study with 96% follow-up. *Circulation*, 104: 570-575, 2002.

*Pierpont M., Basson C., Benson W., Gelb B., Giglia T., Goldmuntz E.:* Genetic basis for Congenital Heart Defects: current knowledge. A scientific statement from the American Heart Association Congenital Cardiac Defects committee, council on Cardiovascular Disease in the young. *Circulation*, 115: 3015-3038, 2007.

*Presbitero P., Boccuzzi G.G., de Groot C.J.M., Roos-*

*Hesselink J.W.:* Pregnancy and Heart Disease. In: *The ESC Textbook of Cardiovascular Medicine*. 1st edition. Blackwell Publishing, 2006.

*The task force on the management of cardiovascular diseases during pregnancy of the European Society of Cardiology:* Expert consensus document of management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur Heart J*, 24: 761-781, 2003.

*Thorne S., Deanfield J.:* Long-term outlook in treated congenital heart disease. *Arch Dis Child*, 75: 6-8, 1996.

*Uebing A., Steer P.J., Yentis S.M., Gatzoulis M.A.:* Pregnancy and congenital heart disease. *BMJ*, 332: 401-406, 2006.

## Ανακοίνωση Σεμιναρίων ALSO για το 2010

ΕΛΛΗΝΙΚΟ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ALSO 2010

**26<sup>ο</sup> Σεμινάριο**  
Θεσσαλονίκη  
27-28 Μαρτίου

Σε συνεργασία με την  
Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική  
Γ.Ν. Ιπποκράτειο  
Αριστοτέλειο Παν/μιο Θεσσαλονίκης  
Διευθ.: Καθηγητής Β. Καραγιάννης M.D

**27<sup>ο</sup> Σεμινάριο**  
Αθήνα  
29-30 Μαΐου

Αρεταίειο Νοσοκομείο

**28<sup>ο</sup> Σεμινάριο**  
Αθήνα  
23-24 Οκτωβρίου

Αρεταίειο Νοσοκομείο

**29<sup>ο</sup> Σεμινάριο**  
Ηράκλειο  
27-28 Νοεμβρίου

Σε συνεργασία με την  
Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική  
Πανεπιστημίου Κρήτης  
Διευθ.: Αν. Καθηγητής Ι. Ματαλλιωτάκης

**9<sup>ο</sup> Σεμινάριο**  
Εκπαιδευτών  
Σάμος  
4 Σεπτεμβρίου



Πανεπιστήμιο Αθηνών - Αρεταίειο Νοσοκομείο  
B' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική  
Διευθ.: Καθηγητής Γ. Κ. Κρεατσός, MD, FACOG, FACS, FRCOG (d.e)



Advanced Life Support in Obstetrics

ALSO<sup>®</sup>

Επιστημονικοί Υπεύθυνοι Ελληνικού Προγράμματος ALSO  
Καθηγήτρια Α. Μαλαμίτη-Puchner, MD • Λέκτορας Ν. Δ. Βραχχίης, MD, DIFP, CertMedEd

Υπό την αιγίδα





ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ALSO: 210 7789 211  
e-mail: also@otenet.gr  
www.also.org.gr