

## ΑΕΡΙΑ, ΜΕΤΕΩΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΣΗ

— Simon Anderson —

Η διάταση, ο μετεωρισμός κοιλίας και οι υπερβολικές ερυγές ή τα αέρια αποτελούν συνήθη ενοχλήματα, που λανθασμένα αποδίδονται σε 'περίσσεια αερίων'. Ο όγκος του αέρα στο γαστρεντερικό σύστημα είναι στην πραγματικότητα σταθερός (περίπου 200 ml) τόσο σε περίπτωση νηστείας όσο και μετά το γεύμα, και ο ίδιος σε εκείνους με μετεωρισμό αλλά και χωρίς μετεωρισμό κοιλίας.

Διαλείπουσα εμφάνιση ερυγών προκαλείται συνήθως από συγκεκριμένες τροφές όπως τα κρεμμύδια, το λάχανο και τα λιπαρά φαγητά, τα οποία καθυστερούν την κένωση του στομάχου. Υποτροπιάζοντα και παρατεταμένα επεισόδια μπορεί να προκαλούνται από την ασυνείδητη συνήθεια κατάποσης αέρα (αεροφαγία). Είναι ασαφές εάν οι παρακάτω αιτίες οδηγούν σε μετεωρισμό κοιλίας ως το κυρίαρχο σύμπτωμα: λοιμώξεις (λαμβλίαση, *Cryptosporidium parvum*, *Blastocystis hominis* και έλμινθες), κοιλιοκάκη, έλλειψη δισακχαριδασών, ανεπάρκεια παγκρέατος, βακτηριακή υπερανάπτυξη (σύνδρομο τυφλής έλικας ή στενώσεις) και εκκολπωματική νόσος. Απόφραξη της γαστροοισοφαγικής συμβολής (αδενοκαρκίνωμα, στένωση, αχλασία) ή της γαστρικής εξόδου (πεπτικά έλκη, όγκοι) μπορούν να προκαλέσουν παρόμοια συμπτώματα. Η καθυστερημένη γαστρική κένωση χωρίς μηχανικό εμπόδιο ονομάζεται γαστροπάρεση, είναι συνήθως ιδιοπαθής ή λόγω μη ελεγχόμενου σακχαρώδη διαβήτη τύπου Ι. Ο μεταγευματικός γαστρικός μετεωρισμός λόγω παγίδευσης αέρα είναι γνώριμη επιπλοκή επεμβάσεων παλινδρόμησης (θολοπλαστική).

Η γενικευμένη κοιλιακή διάταση κατά τη διάρκεια της ημέρας είναι συχνό χαρακτηριστικό του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Ενώ συνήθως αυτό σχετίζεται με αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου, τα κριτήρια της Ρώμης (Rome III criteria) αναγνωρίζουν ένα πρότυπο με κυρίαρχο σύμπτωμα τον μετεωρισμό. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι οφείλεται συχνά σε ακούσιες και ασύγχρονες κινήσεις του δια-

φράγματος και των μυών του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος, παρά σε περίσσεια αερίων στο έντερο. Στις περιπτώσεις όπου ο μετεωρισμός αφορά υπερβολική παραγωγή αερίων, τα αίτια είναι είτε διαιτητικοί είτε βακτηριακοί παράγοντες. Ορισμένες τροφές περιέχουν υψηλά επίπεδα απλών, μερικώς άπεπτων υδατανθράκων οι οποίοι μετά από ζύμωση από τα βακτήρια του παχέος εντέρου οδηγούν στην παραγωγή αερίων και στη δημιουργία ωσμωτικά ενεργών ουσιών. Η μείωση στην κατανάλωσή τους έχει σημαντικά αποτελέσματα. Παραδείγματα τέτοιων τροφών είναι τα κρεμμύδια, το μπρόκολο, τα όσπρια, ορισμένα φρούτα, και οι άπεπτες φυτικές ίνες. Ορισμένοι ασθενείς βελτιώνονται αποφεύγοντας τη γλουτένη (σιτάρι, κριθάρι, σίκαλη).

Οι βακτηριακοί παράγοντες δεν έχουν κατανουθεθεί επαρκώς αλλά κυρίως ευθύνεται η διαταραχή στο είδος των βακτηρίων και όχι στον συνολικό αριθμό τους. Έχει υποστηριχθεί η χρήση προβιοτικών για την τροποποίηση της μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου, καθώς και η χρήση μη απορροφήσιμων αντιβιοτικών (π.χ. ριφαξιμίνη), αλλά δεν υπάρχει καμία απόδειξη αποτελεσματικότητας και καμία βραχυπρόθεσμη αλλαγή στη μικροβιακή χλωρίδα.

Έχει δοκιμαστεί η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία με επιτυχία. Η χρήση μυοχαλαρωτικών και αντικαταθλιπτικών (π.χ. χαμηλή δόση παροξετίνης) έχει επίσης εφαρμοστεί σε ορισμένες περιπτώσεις με επιτυχία. Είναι πιθανό πως οι ανταγωνιστές/αγωνιστές υποδοχέων σεροτονίνης ή οι αγωνιστές των υποδοχέων των οπιοειδών μπορούν να βοηθήσουν.

Ο μετεωρισμός στην κάτω κοιλία προ της εμμήνου ρύσεως αποτελεί σύνθητες ενόχλημα και δεν πρέπει να χαρακτηρίζεται ως ευερέθιστο έντερο. Η κατάσταση του μεταφλεγμονώδους ευερέθιστου εντέρου είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται καθώς μπορεί να είναι έντονη και μεγάλης διάρκειας.

Πολλές παθολογικές καταστάσεις μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση μετεωρισμού. Εάν αυτός είναι πρόσφατης αρχής είναι σημαντικό να αποκλειστεί ο καρκίνος των ωοθηκών και άλλες ενδοκοιλιακές κακοήθειες. Άλλες παθολογικές αιτίες αποτελούν λοιμώξεις (λαμβλία-

Α

Β

Γ

Δ

Ε

Ζ

Η

Θ

Ι

Κ

Λ

Μ

Ν

Ξ

Ο

Π

Ρ

Σ

Τ

Υ

Φ

Χ

Ψ

Ω

Α

ση, *Cryptosporidium parvum*, *Blastocystis hominis* και έλμινθες), κοιλιοκάκη, έλλειψη δισακχαριδασών, ανεπάρκεια παγκρέατος, βακτηριακή υπερανάπτυξη (σύνδρομο τυφλής έλικας ή στενώσεις) και εκκολπωματική νόσος. Φάρμακα όπως η λακτουλόζη, η μετφορμίνη, τα διφωσφωρικά και οι στατίνες μπορεί να εμπλέκονται στην εμφάνιση μετεωρισμού.

Σε οξεία φάση, μια διατεταμένη κοιλία μπορεί να προκληθεί από μηχανική ή λειτουργική απόφραξη του εντέρου. Τα αίτια μηχανικής απόφραξης είναι πολλά και περιλαμβάνουν τη συστροφή (ιδιαίτερα στην περιοχή του σιγμοειδούς στους ηλικιωμένους), τον εγκολεασμό (κυρίως στα παιδιά), την κήλη, όγκους, τη νόσο Crohn και τις συμφύσεις. Λειτουργική απόφραξη αφορά το τοξικό megacolon (στην οξεία, σοβαρή κολίτιδα) και την ψευδο-απόφραξη – που περιλαμβάνει τον μετεγχειρητικό ειλεό, την υποκαλιαίμια και τη σοβαρή σήψη. Η θεραπεία της υποκείμενης πάθησης, για παράδειγμα ενδοσκοπική αντιμετώπιση της συστροφής ή διόρθωση ηλεκτρολυτικών διαταραχών, είναι εξαιρετικής σημασίας. Άλλα μέτρα, όπως οι τακτικές αλλαγές θέσης (decubitus knee-chin position, όρθια θέση) ή η χρήση ενδοφλέβιας νεοσιτιμίνης (ένα παρασυμπαθητικομιμητικό φάρμακο) μπορούν να βοηθήσουν στο τοξικό megacolon και την ψευδο-απόφραξη αντίστοιχα.

## ΑΘΕΤΩΣΗ

— David Werring & Mark Kinirons —

Η λέξη «αθέτωση» προέρχεται από την ελληνική γλώσσα, σημαίνει «μη σταθερή» ή «μεταβλητή» και χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις αργές, περιστροφικές, συνεχείς κινήσεις που επηρεάζουν τα άκρα αλλά και τους μυς του αξονικού σκελετού περιλαμβανομένων του τραχήλου, του προσώπου και της γλώσσας. Οι κινήσεις αυτές εντοπίζονται συχνά στα άνω άκρα και είναι πιο εκσεσημασμένες στα δάκτυλα και την άκρα χείρα. Συχνά δεν εκδηλώνονται κατά την ανάπαυση, ωστόσο μπορούμε να τις επάγουμε ζητώντας από τον ασθενή να κουνήσει εκουσίως κάποιο άλλο τμήμα του σώματός του.

Για παράδειγμα, με το που αρχίζει και μιλάει ο ασθενής προκαλείται αθέτωση σε άκρα, λαιμό, πρόσωπο ή και την γλώσσα. Το φαινόμενο αυτό καλείται «υπερχείλιση» ή «διάχυση».

Τα πρότυπα της κίνησης περιλαμβάνουν έκταση, πρηνισμό και κάμψη-υπτιασμό του βραχίονα, και κάμψη-έκταση των δακτύλων με τον αντίχειρα συχνά να παγιδεύεται από τα δάκτυλα που είναι σε κάμψη καθώς κλείνει το χέρι. Στα κάτω άκρα υπάρχει τυπικά προσαγωγή-απαγωγή του άκρου ποδός. Στο πρόσωπο υπάρχει εισολκή και προβολή των χειλέων και εναλλαγή χαλάρωσης και σύσπασης του μετώπου με κλείσιμο των οφθαλμών. Ο τράχηλος και ο κορμός τείνουν να κάνουν περιστροφικές κινήσεις.

Γενικότερα, οι κινήσεις της αθέτωσης είναι πιο αργές και λιγότερο αιφνίδιες από αυτές που παρατηρούνται στην χορεία αλλά μπορεί να υπάρχουν διαβαθμίσεις μεταξύ αυτών των δύο μορφών ακούσιων κινήσεων. Σε κάποιες περιπτώσεις είναι αδύνατο να διακρίνουμε μεταξύ των δύο καταστάσεων κι έτσι χρησιμοποιούμε τον όρο «χορειοαθέτωση». Η πιο συχνή αιτία αθέτωσης είναι η βλάβη στα βασικά γάγγλια σε νεαρή ηλικία (νεογενική ή βρεφική) στα πλαίσια εγκεφαλικής παράλυσης.

Στα παιδιά, ιδιαίτερα σε συνδυασμό με ημιπληγία λόγω εγκεφαλικής παράλυσης, η αθέτωση μπορεί να είναι ετερόπλευρη παρόλο που μπορεί να έχουμε και αμφοτερόπλευρη («διπλή») αθέτωση. Προσβάλλονται τόσο τα άνω άκρα όσο και το πρόσωπο και επηρεάζονται ο λόγος και η κατάποση. Τα παιδιά αυτά κατακτούν τους κινητικούς τους στόχους πολύ καθυστερημένα και έχουν μαθησιακές δυσκολίες. Η αθέτωση στα βρέφη συχνά περιλαμβάνει αργές περιστροφικές κινήσεις και πιο σωστά κατηγοριοποιείται ως μια μορφή δυστονίας.

Η αθέτωση θεωρείται μια μορφή νόσου των βασικών γαγγλίων (εξωπυραμιδική οδός). Στους ενήλικες η αθέτωση μπορεί να συμβεί ως επεισοδιακή ή μόνιμη βλάβη επί ηπατικής εγκεφαλοπάθειας, ως εκδήλωση χρόνιας δηλητηρίασης από αντιψυχωσικά που έχουν ως βάση την φαινοθειαζίνη ή άλλα φάρμακα που επιδρούν στο ντοπαμινεργικό σύστημα. Πολύ συχνά την παρατηρούμε ως αποτέλεσμα χρόνιας χορήγησης L-dopa σε ασθενείς με νόσο Parkin-

son. Η αθέτωση αποτελεί μέρος των ακούσιων κινήσεων που βλέπουμε σε ασθενείς με χορεία του Huntington και μπορεί να την δούμε και σε ασθενείς με νόσο του Wilson, στα σύνδρομα εναπόθεσης σιδήρου στους νευρώνες και στην νόσο του Leigh. Η αθέτωση των ενηλίκων πλησιάζει σε ταχύτητα πολύ κοντά την χορεία και συχνά την αποκαλούμε με το όνομα «χοραιοαθέτωση». Η αθέτωση επίσης αποτελεί ένα συνηθισμένο χαρακτηριστικό της εγκεφαλικής παράλυσης. Σπάνια μπορεί να αποτελεί χαρακτηριστικό εντοπισμένης βλάβης όπως στην περίπτωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.

Η αθέτωση όπως και οι περισσότερες μορφές ακούσιων κινήσεων παύουν κατά την διάρκεια του ύπνου αλλά μπορούμε να την επάγουμε παρά την κλίνη του ασθενούς με την διάσπαση της προσοχής του ασθενούς πχ ζητώντας του να κλείσει τα μάτια και να απαγγείλει δυνατά συνεχόμενους αριθμούς ή τις ημέρες της εβδομάδας.

## ΑΙΔΟΙΟ, ΔΙΟΓΚΩΣΗ ΤΟΥ

— Tony Hollingworth —

Η διαφορική διάγνωση των διογκώσεων του αιδοίου περιλαμβάνει όχι μόνο τους όγκους από τις δομές του αιδοίου και από τα εξαρτήματα του δέρματος, αλλά επίσης τις διογκώσεις που εμφανίζονται στο αιδοίο από την παρεκτόπιση άλλων δομών, όπως στην περίπτωση της πρόπτωσης της μήτρας και της κυστεοκήλης (βλέπε ΚΟΛΠΟΣ ΚΑΙ ΜΗΤΡΑ, ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΤΩΝ, σελ.). Κήλες μπορούν να εμφανιστούν σε αυτήν την περιοχή και δεν γίνεται περαιτέρω συζήτηση σε αυτήν την ενότητα. Οι φλεγμονώδεις βλάβες και τα έλκη του αιδοίου μπορεί να συνοδεύονται από διογκωση του αιδοίου λόγω του συνυπάρχοντος οιδήματος. Αυτές οι παθήσεις εξετάζονται στην ενότητα ΑΙΔΟΙΟ, ΕΛΚΗ ΤΟΥ (σελ.). Οι παθήσεις που εκδηλώνονται με κνησμό του αιδοίου ως το κύριο σύμπτωμα περιγράφονται στην ενότητα ΚΝΗΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΙΔΟΙΟΥ (σελ.).

Οι διογκώσεις του αιδοίου μπορούν να ταξινομηθούν όπως παρακάτω.

## ΔΙΟΓΚΩΣΕΙΣ ΛΟΓΩ ΛΟΙΜΩΞΗΣ

- Κονδυλώματα (οξυτενή)
- Απόστημα βαρθολίνειου αδένου

Τα κονδυλώματα του αιδοίου είναι συνήθως πολλαπλά (Εικ. V.13). Προκαλούνται από τους τύπους 6 και 11 του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (DNA ιός) και σχεδόν πάντα μεταδίδονται σεξουαλικά. Μπορούν να εξαπλωθούν σε όλη την κατώτερη γεννητική οδό και την περιοχή του πρωκτού. Έχουν συσχετιστεί με προκαρκινικές βλάβες του τραχήλου. Τα κονδυλώματα του αιδοίου είναι δυνατό να πολλαπλασιάζονται και να συρρέουν, και στην περίπτωση αυτή αναφέρονται ως οξυτενή κονδυλώματα. Η πάθηση αυτή μπορεί να προκαλέσει προβλήματα επί εγκυμοσύνης και σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς, για παράδειγμα σε εκείνους με HIV λοίμωξη ή συστηματικό ερυθματώδη λύκο, και σε όσους βρίσκονται σε χρόνια αγωγή με κορτικοστεροειδή.

Το απόστημα του βαρθολίνειου αδένου εκδηλώνεται ως μία εξαιρετικά επώδυνη διογκωση στη θέση των βαρθολίνειων αδένων και εμφανίζεται στην είσοδο του κόλπου. Η άσκηση πίεσης στον αδένου προκαλεί έντονο πόνο, και η περιοχή εμφανίζεται εξέρυθρη. Ο πόρος του αδένου έχει αποφραχθεί και οι εκκρίσεις μέσα στον



Εικόνα V.13 Κονδυλώματα του αιδοίου.

A

B

Γ

Δ

Ε

Ζ

Η

Θ

Ι

Κ

Λ

Μ

Ν

Ξ

Ο

Π

Ρ

Σ

Τ

Υ

Φ

Χ

Ψ

Ω

Α

αδένα έχουν επιμολυνθεί. Το απόστημα μπορεί να παροχετευτεί αυτόματα, αλλά η αντιμετώπιση είναι συνήθως χειρουργική με τη μορφή της μαρσιποποίησης για τη δημιουργία ενός νέου πόρου ή της εισαγωγής ενός μπαλονιού για τη διάνοιξή του. Υποτροπή μπορεί να συμβεί.

### ΚΥΣΤΙΚΕΣ ΔΙΟΓΚΩΣΕΙΣ

- Κύστη Bartholinίου αδένα
- Σμηγματογόνος κύστη
- Από τους ιδρωτοποιούς αδένες
- Βλενώδης κύστη
- Κύστη εγκλεισμού
- Δερμοειδής κύστη
- Κύστη του πόρου του Gartner (μεσонеφρικού πόρου)

Η πιο συχνή κυστική διόγκωση είναι η *κύστη του Bartholinίου αδένα* (Εικ. V.14). Αυτή συνήθως δημιουργείται στον πόρο του Bartholinίου αδένα, με το σχηματισμό μίας διόγκωσης στο οπίσθιο τρίτημόριο των μεγάλων χειλέων του αιδοίου που εκτείνεται προς τα έσω, με αποτέλεσμα να συμπιέζεται η είσοδος του κόλπου, και να προκαλείται δυσπαρέυνια. Δεν είναι ιδιαίτερα επώδυνη, εκτός αν επιμολυνθεί, σχηματίζοντας απόστημα. Η κύστη τείνει σταδιακά να μεγαλώνει σε μέγεθος, προκαλώντας τοπική ενόχληση, και η αντιμετώπιση είναι όπως προηγουμένως.

Οι σμηγματογόνες κύστεις είναι αρκετά συχνές, και κατά κανόνα προσβάλλουν τα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Μπορεί να εμφανίζονται κατά ομάδες. Παρατηρούνται επίσης βλενώδεις κύστεις, κύστεις εγκλεισμού (Εικ. V.15) και με-



Εικόνα V.14 Κύστη Bartholinίου αδένα.

τεχειρητικές κύστεις, όπως και υπολειμματικές κύστεις μεσонеφρικής προέλευσης (κύστεις του πόρου του Gartner). Η αληθής φύση αυτών των κύστεων δεν γίνεται συνήθως γνωστή χωρίς ιστολογική εξέταση.

Οι ιδρωτοποιοί αδένες του αιδοίου μπορούν να εμφανίσουν φλεγμονή και να παράγουν ένα πυώδες έκκριμα. Αυτοί οι αδένες μπορούν να συνενωθούν και να οδηγήσουν σε διαπηκτική ιδρωταδενίτιδα, η οποία προκαλεί πόνο, οίδημα και εκκρίσεις στην περιοχή του αιδοίου.

### ΚΥΣΤΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ

- Κιρσοκήλη
- Τραυματικό αιμάτωμα
- Ενδομητρίωμα

Η *κιρσοκήλη* του αιδοίου παρουσιάζεται κυρίως στην εγκυμοσύνη και μπορεί να επιδεινωθεί στις επόμενες κυήσεις. Δίνει μία τυπική κιρσοειδή εμφάνιση στα μεγάλα χείλη του αιδοίου, και η ασθενής μπορεί να αισθάνεται μία ενοχλητική διόγκωση στην όρθια θέση. Οι φλέβες σπανίως ρήγνυνται κατά τη διάρκεια του τοκετού. Η κιρσοκήλη θα πρέπει να διαφοροποιηθεί από βουβωνοκήλη που εκτείνεται μέχρι τα μεγάλα χείλη του αιδοίου και από κύστη του πό-



Εικόνα V.15 Κύστη εγκλεισμού μετά από γυναικεία περιτομή.

ρου του Nuck (μία ελυτροειδής απόφυση που έχει αποτύχει να εξαλειφθεί πλήρως). Οι δύο τελευταίες τείνουν να προσβάλλουν μόνο τα πρόσθια τμήματα των μεγάλων χειλέων, αλλά όλες αυτές οι βλάβες εκτείνονται έως τη βουβωνική περιοχή. Ενώ μία κήλη είναι κατά κανόνα ανατάξιμη, η κύστη του πόρου του Nuck δεν είναι. Οι βουβωνοκήλες συνήθως υποχωρούν καθώς η κύηση εξελίσσεται, αλλά οι κισσοκήλες επιδεινώνονται. Εάν μία κήλη περιέχει τμήμα του εντέρου, εμφανίζει τυμπανικότητα στην επίκρουση. Μία περισφιγμένη κήλη δεν είναι ανατάξιμη, αλλά τα συνοδά οξέα συμπτώματα και το ιστορικό καθιστούν τη διάγνωση σαφή.

Το *αιμάτωμα* του αιδοίου μπορεί να εμφανιστεί μετά τον τοκετό ή να συμβεί ως αποτέλεσμα άμεσου τραυματισμού. Αναγνωρίζεται ως μία διόγκωση μπλε χρώματος, η οποία προκαλεί άλγος και ευαισθησία, και επεκτείνεται προς τα πάνω στην πύελο πλαγίως του κόλπου. Η εμφάνιση είναι χαρακτηριστική, και η διάγνωση βασίζεται στο ιστορικό.

Το *ενδομητρίωμα* είναι ένα σπάνιο τύπος κύστης που περιέχει αίμα στο αιδοίο.

## ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΕΞΕΡΓΑΣΙΕΣ

- Έκφυμα
- Ίνωμα
- Ινομύωμα
- Λίπωμα
- Ιδραδένωμα
- Θήλωμα
- Λεμφαγγείωμα
- Μύξωμα
- Αγγείωμα
- Μελάνωμα
- Νεύρωμα

Καθώς το αιδοίο αποτελείται από δέρμα, οποιαδήποτε διόγκωση που μπορεί να αφορά σε κάποιο εξάρτημα του δέρματος μπορεί να ανευρεθεί στην περιοχή του αιδοίου. Και ινώματα και λιπώματα είναι δυνατό να παρατηρηθούν στο αιδοίο, και αυτά μπορεί να αποκτήσουν μίσχο. Εμφανίζονται σε οποιαδήποτε ηλικία, είναι μαλακά, ωσειδή ή υποστρόγγυλα, και καλύπτονται από δέρμα του αιδοίου. Μπορεί

να μεγαλώσουν σταδιακά και να φτάσουν στο μέγεθος μίας γροθιάς. Ένα λίπωμα έχει συνήθως ευρύτερη βάση από ένα ίνωμα. Αρκετές άλλες καλοήθεις διογκώσεις ανευρίσκονται στο αιδοίο. Συνήθως είναι μονήρεις και μικρές (περίπου 1 εκ σε διάμετρο), και η φύση τους προσδιορίζεται με την ιστολογική εξέταση. Το θήλωμα είναι ένας άμισχος καλοήθης όγκος του δέρματος των χειλέων που συνήθως παρουσιάζεται σε γυναίκες μέσης ή προχωρημένης ηλικίας. Το ιδραδένωμα είναι ένας όγκος με προέλευση από τους ιδρωτοποιούς αδένες, που είναι συμπαγής ή κυστικός και μπορεί να εξαελκωθεί. Όταν εμφανιστεί έλκος, μπορεί η κλινική εικόνα να υποδηλώνει καρκίνωμα· η βιοψία λύνει το πρόβλημα. Λιγότερο συχνά συναντώνται το ινομύωμα, το μύξωμα, το αγγείωμα, το λεμφαγγείωμα, το κακόηθες μελάνωμα και το νεύρωμα, καθένα από τα οποία διακρίνεται με μικροσκοπική εξέταση.

## Όγκοι στο στόμιο της ουρήθρας

Τα *εκφύματα της ουρήθρας* είναι συνήθη, ιδιαίτερα σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Ένα έκφυμα φαίνεται ως μικρή, ερυθρή, άμισχη μάζα που προέρχεται από το οπίσθιο τοίχωμα του στομίου της ουρήθρας, προκαλώντας αιμορραγία και επώδυνη ούρηση. Συχνά είναι αρκετά επώδυνο, αλλά μπορεί να είναι ασυμπτωματικό. Έχει συνήθως κοκκιωματώδη εμφάνιση, αλλά μπορεί να μοιάζει με πολύποδα ή με θήλωμα. Θα πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί από την πρόπτωση του ουρηθρικού βλεννογόνου, στην οποία υπάρχει ένας ερυθρός δακτύλιος ιστού που προεξέχει κυκλωτερώς στο έξω ουρηθρικό στόμιο.

## ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΕΞΕΡΓΑΣΙΕΣ

- Καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων
- Διαβρωτικό έλκος (βασικοκυτταρικό καρκίνωμα)
- Αδενοκαρκίνωμα
- Σάρκωμα
- Μελάνωμα
- Χοριοκαρκίνωμα

Πρέπει να τονιστεί ότι ο καρκίνος του αιδοίου

Α

Β

Γ

Δ

Ε

Ζ

Η

Θ

Ι

Κ

Λ

Μ

Ν

Ξ

Ο

Π

Ρ

Σ

Τ

Υ

Φ

Χ

Ψ

Ω