

ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) αποζημιώνει επεμβάσεις υστερεκτομής στις περιπτώσεις όπου ισχύει και τεκμηριώνεται **τουλάχιστον μια** εκ των πιο κάτω ενδείξεων:

1. Ανώμαλη κολπική αιμόρροια, μετά από αποκλεισμό κακοήθειας, η οποία δεν μπορεί να ελεγχθεί με άλλες μεθόδους.

Απαραίτητες Υποστηρικτικές Πληροφορίες:

- Καταγραφή στις κλινικές σημειώσεις προηγούμενων επισκέψεων βαριάς κολπικής αιμορραγίας (HMB) για τουλάχιστον τρεις συνεχόμενους μήνες ή αιμορραγίας η οποία αντιμετωπίστηκε με μετάγγιση αίματος πέραν των δύο μονάδων.

2. Ινομύωματα, τα οποία εμπίπτουν σε τουλάχιστον μία εκ των πιο κάτω κατηγοριών, τα οποία δεν μπορούν να τύχουν διαχείρισης με οποιοδήποτε άλλο τρόπο:

- A. Μονήρες ινομύωμα, το οποίο προκαλεί πόνο, ο οποίος δικαιολογείται από την εντόπιση του ινομύωματος επί αποκλεισμού άλλης αιτιολογίας και αίσθημα πίεσης στα γειτονικά όργανα η οποία δικαιολογείται από το μέγεθος του ινομύωματος (> 6 εκατοστά) ή ινομύωμα που σημειώνει αύξηση στο μέγεθος του απότομα, με ρυθμό >50% σε περίοδο 6 μηνών.
- B. Εκφύλιση ινομύωματος, επί αποκλεισμού άλλης αιτιολογίας.
- Γ. Πολλαπλά ινομύωματα που έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του μεγέθους της μήτρας, με επιμήκη διάμετρο >15 εκατοστών, που αντιστοιχεί σε μέγεθος μήτρας σε κύηση 12 εβδομάδων ή /και προκαλούν συμπτώματα όπως το μονήρες ινομύωμα.

Απαραίτητες Υποστηρικτικές Πληροφορίες:

- Απεικόνιση (εικόνες ή/και ιατρική/ακτινολογική έκθεση) της διερεύνησης που προηγήθηκε συμπεριλαμβανομένου και της όποιας διερεύνησης για τον αποκλεισμό άλλων διεργασιών όπου ενδείκνυται π.χ. ενδομητρίωση, νεφρικός κολικός, πνευλική φυματίωση κ.α.
- Καταγραφή στις κλινικές σημειώσεις προηγούμενων επισκέψεων, των σχετικών συμπτωμάτων και της όποιας συντηρητικής αντιμετώπισης εφαρμόστηκε για διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών.

- Στην περίπτωση αιμορραγίας, πέραν της απεικόνισης, ισχύουν όσα αναφέρονται στην τεκμηρίωση της ένδειξης 1.

3. Σοβαρή ενδομητρίωση, με έντονα συμπτώματα που δεν μπορούν να τύχουν διαχείρισης με οποιονδήποτε άλλο τρόπο.

Απαραίτητες Υποστηρικτικές Πληροφορίες:

- Καταγραφή στο ιατρικό ιστορικό της διάγνωσης της ενδομητρίωσης και στις κλινικές σημειώσεις του σταδίου αυτής.
- Τεκμηρίωση της ένδειξης μέσω βιοψίας ή έκθεσης λαπαροσκόπησης συνοδευόμενης από χαρακτηριστικές εικόνες από την εν λόγω απεικόνιση.

4. Άτυπη υπερπλασία του ενδομητρίου ή σύμπλοκη υπερπλασία του ενδομητρίου σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκινώματος του ενδομητρίου.

Απαραίτητες Υποστηρικτικές Πληροφορίες:

- Τεκμηρίωση της ένδειξης μετά από βιοψία ενδομητρίου.
- Επιπρόσθετα, σε περίπτωση *σύμπλοκης υπερπλασίας του ενδομητρίου*, θα πρέπει να προηγηθεί καταγραφή στις κλινικές σημειώσεις προηγούμενων επισκέψεων των εκτιμωμένων παραγόντων που οδήγησαν στην εν λόγω κατάσταση π.χ. θεραπεία με ταμοξιφαίνη, χρόνια ωοθηκική δυσλειτουργία, παχυσαρκία, πρώιμη εμμηναρχή, καθυστερημένη εμμηνόπαυση κ.α.

5. Αδενομύωση μήτρας που οδηγεί σε συμπτωματολογία, η οποία δεν μπορεί να τύχει διαχείρισης με οποιοδήποτε άλλο τρόπο:

Απαραίτητες Υποστηρικτικές Πληροφορίες:

- Απεικόνιση (εικόνες ή/και ιατρική/ακτινολογική έκθεση) διερεύνησης που προηγήθηκε.
- Καταγραφή στις κλινικές σημειώσεις προηγούμενων επισκέψεων, των σχετικών συμπτωμάτων και της όποιας συντηρητικής αντιμετώπισης (IUD, endometrial ablation, παυσίπονα, αντισυλληπτικά) για διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών. Στην περίπτωση της αιμορραγίας (1A), πέραν της απεικόνισης, ισχύουν όσα αναφέρονται στην τεκμηρίωση της ένδειξης 1.

6. Συμπτωματική πρόπτωση του κόλπου ή της μήτρας

Απαραίτητες Υποστηρικτικές Πληροφορίες:

- Καταγραφή στις κλινικές σημειώσεις προηγούμενων επισκέψεων της διάγνωσης, του βαθμού πρόπτωσης (οποιοδήποτε βαθμού) και τα αποδιδόμενα συμπτώματα.

7. Κακοήθεια ενδομητρίου ή ωοθηκών (όλων των σταδίων) ή τραχήλου (μέχρι σταδίου 2B proximal)

Απαραίτητες Υποστηρικτικές Πληροφορίες:

- Τεκμηρίωση της ένδειξης μετά από βιοψία.

8. Προφυλακτική υστερεκτομή σε γυναίκες με σύνδρομο Lynch ή γυναίκες που φέρουν τα γονίδια BRCA 1, 2 οι οποίες είναι υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου της μήτρας.

Απαραίτητες Υποστηρικτικές Πληροφορίες:

- Γονιδιακή ανάλυση.
- Επιπρόσθετα, σε γυναίκες που φέρουν τα γονίδια BRCA 1/2, θα πρέπει να υπάρχει καταγραφή στις κλινικές σημειώσεις προηγούμενων επισκέψεων των παραγόντων κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου της μήτρας (π.χ. θεραπεία με ταμοξιφαίνη).

9. Βαριά αιμορραγία μέχρι και 1 μήνα από τον τοκετό, η οποία δεν μπορεί να ελεγχθεί διαφορετικά

Απαραίτητες Υποστηρικτικές Πληροφορίες:

- Καταγραφή στις κλινικές σημειώσεις της εν λόγω αιμορραγίας και της ημερομηνίας του τοκετού.

10. Πυόμητρα

Απαραίτητες Υποστηρικτικές Πληροφορίες:

- Αποτέλεσμα καλλιέργειας.
- Υπερηχογραφική απεικόνιση μήτρας.
- Καταγραφή στο ιατρικό ιστορικό της προηγηθείσας συντηρητικής αντιμετώπισης.

11. Χρόνια πνευλική φλεγμονή με πνευλικό άλγος, αφού έχουν εξαντληθεί όλες οι άλλες θεραπευτικές μέθοδοι

Απαραίτητες Υποστηρικτικές Πληροφορίες:

- Καταγραφή στις κλινικές σημειώσεις προηγούμενων επισκέψεων τουλάχιστον μίας διαγνωστικής λαπαροσκόπησης με σχετικά ευρήματα καθώς και των σχετικών συμπτωμάτων για τουλάχιστον 6 μήνες.

12. Υστερεκτομή στο πλαίσιο επαναπροσδιορισμού φύλου

Ισχύουν οι προϋποθέσεις όπως αυτές περιγράφονται στις ενδείξεις αποζημίωσης για τον επαναπροσδιορισμό φύλου.

[\(<https://www.gesy.org.cy/el-gr/annualreport/gender-replacement-prot.pdf>\)](https://www.gesy.org.cy/el-gr/annualreport/gender-replacement-prot.pdf)

Υπενθυμίζεται ότι κατά τη δημιουργία απαίτησης, θα πρέπει να περιλαμβάνεται η δραστηριότητα **364.06.00 Αλλαγή φύλου μιας γυναίκας σε άντρα** σύμφωνα με τη σχετική οδηγία.

Οι ‘απαραίτητες υποστηρικτικές πληροφορίες’ όπως καθορίζονται παραπάνω θα πρέπει να είναι διατηρούνται από στον ιατρό που πραγματοποιεί το εν λόγω χειρουργείο για τουλάχιστον 2 έτη από την ημερομηνία διενέργειας του, και θα πρέπει να διατίθενται στον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας εφόσον ζητηθεί. Επιπρόσθετα η ένδειξη που ισχύει σε κάθε περίπτωση όπως και η κλινική εικόνα θα πρέπει να καταγράφεται σαφώς και στο εξιτήριο.

Παράρτημα 1

ΕΝΤΥΠΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗΣ

ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με * πρέπει να απαντώνται πάντοτε.

ΜΕΡΟΣ 1

- Σύνομη περιγραφή της κλινικής εικόνας της ασθενούς (συμπεριλαμβανομένου συμπτωμάτων, επιπλοκών ή παραγόντων κινδύνου εξαλλαγής/κακοήθειας όπου ενδείκνυται)*:

.....
.....

- Παρακαλώ σημειώστε την ένδειξη (1-12) για τη διενέργεια της επέμβασης χρησιμοποιώντας ΜΟΝΟ τον αριθμό της ένδειξης*.

ΜΕΡΟΣ 2

- Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την απαραίτητη σχετική τεκμηρίωση*.
- Επιβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες*.