



ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΙΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Δρος Ν. Ε. ΧΑΝΔΑΝΟΥ
Μαιευτήρος—Γυναικολόγου

Όταν οί διάφορες άλλες αίτιες, πού ένδεχομένως προκαλούν καθ' ἕξιν άποβολή περι τὸ μέσον τῆς κυήσεως, άποκλεισθούν, τότε ἡ θεραπεία του άνεπαρκούντος τραχήλου εἶναι χειρουργική και άποβλέπει εἰς τὸ νά σφίξει τὸ τραχηλικὸ στόμιο με ἕνα εἰδικὸ ράμμα. Ἡ ἐπέμβασις αὐτή —διάρκειας 5 λεπτῶν— ἐκτελεῖται μεταξύ 12ης και 14ης ἑβδομάδος ἢ κατ' ἄλλους μεταξύ 14ης και 18ης ἑβδομάδος. Ἡ άναμονή μέχρι τῶν ἑβδομάδων αὐτῶν κρίνεται σκόπιμος διότι ἡ περιδесиς του τραχήλου δέν άποκλείει άποβολές οί όποἰες όφείλονται σέ άλλα αίτια και δὴ άποβολές πρώτου τριμήνου. Δέν θά ἦτο λογικὸ νά γίνη περιδесиς τὴν 8η π.χ. ἑβδομάδα, νά προκληθῆ έν συνεχείᾳ άποβολή και ὁ μαιευτῆρ νά εὔρεθῆ εἰς τὴν δυσάρεστο θέσι νά λύση τὴν περιδеси διὰ νά κενώσει τὴ μήτρα. Όπως δὴποτε ὅμως ἡ περιδесиς δέν θά πρέπει νά ἐκτελῆται όταν ὁ τράχηλος, χαίνων, ἐμφανίζει διαστολή 4 ἑκατοστῶν ἢ πλέον.

Ἄν και γενικῶς ἡ περιδесиς του τραχήλου εἶναι γνωστὴ ὡς SHIRODKAR, σήμεραν ἔχουν ἐπέλθει τόσες τροποποιήσεις τῆς μεθόδου αὐτῆς ὡστε νά χρησιμοποιεῖται ὁ πλέον άπλῶς τρόπος ὁ όποἰος ὑπεδείχθη ὑπό του MCDONALD.

Εἰς τὸ ἰδιωτικὸν μαιευτήριον ΜΗΤΕΡΑ κατὰ τὸ ἔτος 1975 ἐγένοντο 202 περιδесиς τραχήλου.

Εἰς πενήντα μαιευτῆρες του άνωτέρω

μαιευτηρίου ὑπεβλήθη ἑρωτηματολόγιον ἐκ 12 ἑρωτήσεων σχετικῶν με τὴν χειρουργικὴν άντιμετώπισιν τῆς άνεπαρκείας του τραχήλου. Εἰς ἑκάστην ἑρώτησιν ἐδίδοντο 2 - 4 άπαντήσεις (MULTIPLE CHOICE QUESTIONS) και οί ἑρωτώμενοι ἑκαλοῦντο νά τοποθετήσουν Χ εἰς τὴν άπάντησιν, ἡ όποία κατὰ τὴν γνώμη τους ἦταν σωστὴ. Οί άπαντήσεις ἐδίδοντο άνωλύμως ὡστε ὁ άπαντῶν νά άπαντᾷ κατὰ πεποιθήσιν και ὄχι σύμφωνα με τὴν γνωστὴν ἐπὶ του θέματος βιβλιογραφία.

Ἄναφέρονται κατωτέρω οί ἑρωτήσεις με τίς πιθανές άπαντήσεις και παραπλεύρως ἑκάστης άπαντήσεως τὸ ποσοστὸν ἐπὶ % ὄσων συνεφώνησαν πρὸς τὴν άπάντησιν αὐτὴν.

ΕΡΩΤΗΣΙΣ 1η: Τὴν διάγνωσιν τῆς άνεπαρκείας του τραχήλου τὴν θέτετε:

- | | |
|----------------------------------|---------|
| α) ἀπὸ τὸ ἱστορικόν; | Ναὶ 12% |
| β) ἀπὸ τὴν ὑστεροσαλπιγγογραφία; | Ναὶ 8% |
| γ) και ἀπὸ τὰ δύο; | Ναὶ 80% |

ΕΡΩΤΗΣΙΣ 2α: Ἐάν τὴν διάγνωσιν τὴν θέτετε ἀπὸ τὸ ἱστορικὸ εἶναι ἔπειδὴ ἡ άσθενῆς άναφέρει:

- | | |
|---------------------------------|---------|
| α) Δύο άποβολές 2ου τριμήνου; | Ναὶ 80% |
| β) Τρεῖς άποβολές 1ου τριμήνου; | Ναὶ 12% |

γ) Τρεις άποβολές 2ου τριμήνου; Ούδεις

Είς την έρώτησιν αύτην δέν άπήντησε τὸ 8%, τὸ ὁποῖο εἰς τὴν προηγουμένη έρώτησι ἔθετε διάγνωσι μόνον ἀπὸ τὴν ὑστεροσαλπιγγογραφία.

ΕΡΩΤΗΣΙΣ 3η: Σάν αίτιο άνεπαρκείας θεωρεῖτε:

α) προκλητὲς έκτρώσεις πέραν τῆς 12ης έβδομάδος; **Ναὶ 52%**

β) ἰδιοπαθῆ κατάστασι τοῦ τραχήλου; **Ούδεις**

γ) συνδιασμό τῶν άνωτέρω; **Ναὶ 48%**

Οί έπόμενες τρεῖς έρωτήσεις άφεώρουν τὸν τρόπο έκτελέσεως τῆς περιδέσεως.

ΕΡΩΤΗΣΙΣ 4η: Κατὰ τὴν περίδεσι τοποθετεῖτε τὸ ράμμα:

α) Εἰς τὸ ὕψος τοῦ ἔσω στομίου; **Ναὶ 68%**

β) Μεταξὺ ἔσω καὶ ἔξω στομίου; **Ναὶ 16%**

γ) Ὅπως ἔρχεται βολικά; **Ναὶ 16%**

ΕΡΩΤΗΣΙΣ 5η: Τὸ ράμμα τὸ περνάτε:

α) ὅλο ἔσωτερικά καὶ θγάζετε τὴν βελόνα μόνον ὅταν θὰ τὸ δέσετε; **Ναὶ 40%**

β) τὸ θγάζετε σὲ διάφορες «ῶρες» καὶ τελικά τὸ δένετε; **Ναὶ 60%**

ΕΡΩΤΗΣΙΣ 6η: Τὸ ράμμα τὸ δένετε:

α) εἰς τὸ άνω μέρος διότι εὐκολύνει στὸ κόψιμο; **Ναὶ 80%**

β) εἰς τὸ κάτω μέρος διότι ἔπάνω ἔρεθίζει τὴν κύστη; **Ναὶ 16%**

γ) ὅπως ἔρχεται βολικά; **Ναὶ 4%**

Οί έπόμενες δύο έρωτήσεις ἦσαν σχετικές μὲ τὴν μετεγχειρητικὴ αντιμετώπιση.

ΕΡΩΤΗΣΙΣ 7η: Μετὰ τὴν περίδεσι ἐπὶ χρονικὸν τι διάστημα χορηγεῖται:

α) σπασμολυτικά καὶ ὁρμόνες; **Ναὶ 92%**

β) σπασμολυτικά μόνον; **Ναὶ 8%**

γ) ὁρμόνες μόνον; **Ούδεις**

δ) οὐδέν; **Ούδεις**

Ἐκ τῶν 92% τῆς πρώτης άπαντήσεως ἕνα 8% δίδει πέραν τῶν σπασμολυτικῶν καὶ ὁρμονῶν καὶ αντιβιοτικά.

ΕΡΩΤΗΣΙΣ 8η: Μετὰ τὴν περίδεσι:

α) άφίνετε τὴν άσθενῆ νὰ περπατήση; **Ναὶ 20%**

β) δέν τὴν άφίνετε νὰ περπατήση ἐπὶ ἕνα χρονικὸ διάστημα; **Ναὶ 76%**

γ) δέν τὴν άφίνετε νὰ κυκλοφορῆ μέχρι πέρατος τῆς κυήσεως; **Ναὶ 4%**

ΕΡΩΤΗΣΙΣ 9η: Τὴν περίδεσι τὴν λύνετε:

α) 15 ἡμέρες πρὸ τῆς πιθανῆς ἡμερομηνίας τοῦ τοκετοῦ; **Ναὶ 80%**

β) κατὰ τὴν ἔναρξι τοῦ τοκετοῦ; **Ναὶ 20%**

γ) δέν τὴν λύνετε καὶ κάνετε καισαρικὴ τομή; **Ούδεις**

ΕΡΩΤΗΣΙΣ 10η: Σὲ γυναῖκες μὲ περίδεσι διαπιστώσατε σηπτικές καταστάσεις εἰς τὸ ἔμβρυο ἢ εἰς τὴν μήτρα;

α) ναὶ Συμφωνοῦν **4%**

β) ὄχι Συμφωνοῦν **80%**

γ) ἔνιστε Συμφωνοῦν **16%**

ΕΡΩΤΗΣΙΣ 11η: Σὲ γυναῖκες μὲ περίδεσι διαπιστώσατε πρόωρη ρήξι τῶν ὑμῶνων;

α) ναὶ Συμφωνοῦν **32%**

β) ὄχι Συμφωνοῦν **48%**

γ) ἔνιστε Συμφωνοῦν **20%**

ΕΡΩΤΗΣΙΣ 12η: Κατά την γνώμη σας ή περιόδους του τραχήλου

- α) 50% θά καταλήξει σε αποβολή; Ουδείς
- β) έχει πιθανότητες 60 - 80% να συγκρατήσει τὸ κύημα; Ναί 100%
- γ) δὲν προσφέρει τίποτε καὶ τὴν κάνουνε διὰ ψυχολογικούς λόγους; Ουδείς

ΣΥΖΗΤΗΣΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ἡ ἀνεπάρκεια τοῦ τραχήλου ὅταν αὕτη ὑπάρχει πράγματι ἢ φαίνεται πὼς ὑπάρχει, ἀντιμετωπίζεται ἄνευ δισταγμοῦ μετὰ τὴν ἀπλή κατὰ MCDONALD περίδουσι. Ἡ διάγνωσις ἀνεπαρκείας θά πρέπει νὰ βασίζεται εἰς τὴν λήψιν τοῦ καλοῦ ἱστορικοῦ. "Ὅταν ἡ ἀσθενὴς ἀναφέρει τουλάχιστον δύο ἀποβολὰς 16ης ἕως 25ης ἑβδομάδος, κατὰ τὴς ὁποίας ἐγένετο αὐτόματος ρήξις τῶν ὑμένων καὶ ἐν συνεχείᾳ ταχεῖα καὶ σχεδὸν ἄνευ πόνων ἔξοδος τοῦ κυήματος, ἡ ἀνεπάρκεια ὄντως ὑφίσταται. Κλινικῶς, ἐπίσης, τίθεται ἡ διάγνωσις τοῦ ἀνεπαρκοῦντος τραχήλου ὅταν κατὰ τοὺς μῆνας 4 - 7 τῆς κυήσεως εὐχερῶς εἰσέρχεται ἓνας δάκτυλος. Μετὰ τὴν ὑστεροσαλπιγγογραφίαν καὶ μόνον δὲν θά πρέπει νὰ θέτῃ κανεὶς διάγνωσιν ἀνεπαρκείας, διότι πλείστα ὅσα ὑστεροσαλπιγγογραφίαι ἐμφανίζουν ἀνεπαρκῆς τραχηλικὸν στόμιον τὸ ὁποῖον οὔτε τὸ ἱστορικὸν δικαιολογεῖ οὔτε καὶ καμμία ἐπίπτωσις ἔχει εἰς ἐπιεικῆ κήσιν.

Ἀποβολὰς πρώτου τριμήνου τῆς κυήσεως δὲν θά πρέπει ἐπίσης νὰ θεωρηθῇ λόγος διὰ νὰ προβῶμεν εἰς περίδουσι. Βέβαια θά πρέπει νὰ γνωρίζωμεν πὼς ἐγένετο ἡ κένωσις τῆς μήτρας κατ' αὐτάς. Οὕτω ἐνισχύεται ὡς αἴτιον ἀνεπαρκείας ὁ τραυματισμὸς τοῦ τραχήλου ἐπὶ προκλητῶν ἐκτρώσεων πέραν τῆς 12ης ἑβδομάδος. Ἡ πραγματικὴ συγγενὴς ἀνεπάρκεια τοῦ τραχήλου φαίνεται νὰ ὑπάρχῃ

σπανιώτατα. Δὲν ἀποκλείεται ἡ ἀσθενὴς νὰ ἔχῃ ὑποβληθῇ εἰς προκλητὰς ἐκτρώσεις τὰς ὁποίας δὲν ἀναφέρει, ἢ εἰς θεραπευτικὰς τοιαύτας. Ἐπίσης ὡς ἐπιπλοκὴ χειρουργηθέντος διαφράγματος μήτρας ἢ ἐπανελημμένων διαστολῶν, λόγω πρωτοπαθοῦς δυσμηνορροίας, δύναται νὰ ἐμφανισθῇ ἡ ἀνεπάρκεια. Τὸ γεγονός ὅτι γυναῖκες μετὰ προκλητὰς ἐκτρώσεις πέραν τῆς 12ης ἑβδομάδος καὶ μετὰ τοκετοὺς παραμένουν ἔγκυαι καὶ φθάνουν μέχρι πέρατος τῆς κυήσεως ἄνευ τραχηλικῆς προβλήματος, ἴσως νὰ δημιουργῇ τὴν ἐντύπωσιν περὶ συνδυασμοῦ προκλητῶν ἐκτρώσεων καὶ ἰδιοπαθοῦς καταστάσεως. Εἰς αὐτὸ συμφωνοῦν 48% τῶν ἐρωτηθέντων.

Κατὰ τὴν περίδουσι ἀσφαλῶς ἐπιδίδεται ὅπως τὸ ράμμα τοποθετηθῇ εἰς τὸ ὕψος τοῦ ἔσω στομίου. Τοῦτο, διὰ τῆς μεθόδου SHIRODKAR ὅπου ἐγένετο ἀπόφθισις τῆς κύστεως νὰ ἦτο πλέον εὐκόλον. Διὰ τῆς μεθόδου MCDONALD, ὅμως, πολυλάκις ὑπάρχει τὸ ἐνδεχόμενον τρώσεως τῆς κύστεως, ἰδίως ἐπὶ τραχήλου κοντοῦ ὁ ὁποῖος δὲν προσφέρεται διὰ ἔλξιν. Εἰς τὸ σημεῖον αὐτὸ ἴσως θά ἔπρεπε νὰ τονισθῇ κατὰ πόσον αἱ δύο θυριδωταὶ λαβίδες, αἱ ὁποῖαι ἔλκουν τὸν τράχηλον, προκαλοῦν καταστροφὴ τῶν τραχηλικῶν ἀδένων καὶ τῆς τραχηλικῆς βλήνης τὴν σημασίαν τῶν ὁποίων κατὰ τὴν κήσιν οὐδεὶς ἀμφισβητεῖ. Ἐπὶ προβάλλοντος ἤδη θυλακίου καὶ ὅταν μετὰ προσοχῆς ὠθοῦμεν αὐτὸ πρὸς τὰ ἔσω καὶ προβαίνομεν εἰς περίδουσι, διὰ τὸ ἀποτέλεσμα τῆς ὁποίας δὲν αἰσιοδοξοῦμεν, θά ἦτο ἀνελικρινὲς νὰ λεχθῇ ὅτι τότε ἐπιδιδώμεν νὰ φθάσωμεν εἰς τὸ ἔσω στόμιον. Ἐπομένως εἰς τὴν 4ην ἐρώτησιν ἢ σκέψις τῆς ἀπαντήσεως θά πρέπει νὰ εἶναι: Σκοπὸς καὶ ἐπιδιώξις μας εἶναι νὰ τοποθετηθῇ τὸ ράμμα εἰς τὸ στόμιον, λόγω δυσχερειῶν ὅμως ἢ ἐιδικῶν συνθηκῶν τοποθετεῖται μεταξύ ἔσω καὶ ἔξω στομίου εἰς μίαν ἐπέμβασιν ἀπελπισίας.

Τὸ ράμμα προσφέρεται μετὰ δύο βελόνες καὶ θεωρητικῶς θά πρέπει νὰ χρησιμοποιῶνται ἀμφότεραι καὶ διὰ ἢ μίαν ἀριστερό-

στρεφα και ή άλλη δεξιόστροφα και να δέ-
νονται τα δύο άκρα. Πολλάκις όμως χρη-
σιμοποιείται μόνον ή μία ή ώρισμένοι ά-
ποκόπτουν τις θελόνες του ράμματος και
τοποθετούν νέες μικρότερες οί όποιες εύ-
κολύνουν εις τούς χειρισμούς. Το δέσιμο
του ράμματος εις το άνω μέρος, όπως υπο-
στηρίζουν τα 80%, δέν προκαλεί έρεθισμό
εις την ούροδόχο κύστι όπως πιστεύεται.
Φυσικά υπάρχουν και περιπτώσεις όπου
το ράμμα δένεται εις το πλάγιον, περι
«ώραν» δύο. Επίσης ώρισμένοι αφήνουν
άρκούντος μακρυά μετά τον κόμπο τα άκρα
του ράμματος ώστε να άνευρίσκουν τούτο
εύκόλως καά την στιγμήν της άποκοπής
του.

Η φαρμοκευτική αντιμετώπισις δια
σπασμολυτικών, όρμονών και ένίστε δια
άντιβιοτικών παρουσιάζει ένδιαφέρον. Τα
σπασμολυτικά είναι τύπου HYOSCIN—
N—BUTYLBROMIDE ή ISOXSUPRINE
HCJ και οί όρμόνες τύπου προγεστερόνης.
Αναφέρεται, εις την βιβλιογραφία, χορή-
γησις SODIUM AMYTAL και DEMEROL
και άκόμη ALCOHOL ένδοφλεβίως με έπι-
τυχία 83% κατόπιν περιδέσεως. Ούδεις
πάντως χορηγεί όρμόνες μόνον. Αντιθέ-
τως έκ των έρωτηθέντων 8% δίδουν μόνον
σπασμολυτικά. Οί χορηγούντες άντιβιοτι-
κά είναι της ομάδος των 92% οί όποιοι δί-
δουν συγχρόνως και σπασμολυτικά και
όρμόνες.

Το θέμα της άκίνητοποιήσεως της έγκύ-
ου επί άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα έπι-
δέχεται άπαντήσεις άκρων — πλήρης άκι-
νησία μέχρι πέρατος της κυήσεως 4%,
έλεύθερη να περπατήση 20% — και με το
μεγαλύτερο ποσοστό 76%, — το όποιο θέ-
τει μικρό περιορισμό άκνησίας εις την
έγκυο.

Η λύσις της περιδέσεως, όπως αναφέ-
ρεται εις την διεθνή βιβλιογραφία γίνεται
μεταξύ 38ης και 39ης έβδομάδος. Εις αυ-
τό συμφωνούν 80% των έρωτηθέντων, ένώ
ένα 20%, ίσως λόγω μη βεβαιότητας περι
της διαρκείας της κυήσεως και έκ της έν-
δεχομένης λύσεως πρόωρης, αφήνουν το
ράμμα μέχρι της ένάρξεως του τοκετού.
Ούδεις προβαίνει εις καισαρική τομή.

Σηπτικές καταστάσεις στο έμβρυο και
στη μήτρα και πρόωρη ρήξι των ύμένων
έπι περιδέσεως, είναι θέματα δια τα όποια
ίσως δέν δυνάμεθα να έξάγωμεν συμερά-
σματα δια του άπλου αυτού έρωτημα-
τολογίου. Υπάρχει ρευστότης άπαντήσε-
ων μεταξύ του ναί, όχι και ένίστε, διότι θα
πρέπει να καθορισθί επί πόσων περιδέ-
σεων παρετηρήθη ή όχι σηπτική κατάστα-
σις ή πρόωρος ρήξις.

Τέλος όλοι οί έρωτηθέντες (100%) συμ-
φωνούν πως ή περιδεσις έχει πιθανότητες
60 - 80% να συγκρατήση τα κύημα. Οί
πιθανότητες είναι τόσοσν μεγαλύτερες όσον
οί ένδείξεις της περιδέσεως είναι πλέον
σωστές, ή πείρα του χειρουργού μεγαλυ-
τέρα και ή τύχη εύνοική.

Ο NESER άνασκοπών 206 έγχειρήσεις
άνευρεν ποσοστόν έπιτυχίας 67%, οί BAR-
TER και GANS άνευρον ποσοστόν 80%
και με τας δύο μεθόδους (SHIRODKAR
και MCDONALD).

Τέλος μελέτη πρόσφατος (1972) από
το γυναικολογικό κέντρο ALUFA του Ί-
σραήλ αναφέρει έπιτυχίαν 78%.

Περαίνοντες την παρούσαν έργασίαν,
έκφράζομεν τας εύχαριστίας μας εις τούς
άπαντήσαντος εις τας ύποβληθείσας έρω-
τήσεις.