



ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΩΝ ΚΙΡΣΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

ΚΑΤΕΡΙΝΑΣ ΚΩΤΣΟΠΟΥΛΟΥ

Μαίας

Πτυχ. Παντείου Α.Σ.Π.Ε. και Νομικής

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΩΝ ΚΙΡΣΩΝ

Στην παρούσα εργασία γίνεται σύντομη ανασκόπηση του προβλήματος των κίρσων που εμφανίζονται στην έγκυμοσύνη ως προς την αιτιολογία τὰ συμπτώματα και την θεραπεία. Κυρίως τονίζονται πρέπει να είναι ή σωστή αντιμετώπιση για να αποφύγουμε τις τυχόν επιπλοκές και για να έχουμε καλά αποτελέσματα.

Γενικά, θα μπορούσε να πη κανείς ότι οι κίρσοι τών κάτω άκρων δεν ανήκουν στις πάρα πολύ σοβαρές και θανατηφόρες άρρώστειες. Όμως, ή συχνότητά τους τὰ ένοχλήματά τους και ιδιαίτερα οι έπιπλοκές που προκαλούν τούς κατατάσσουν στις χρόνιες άρρώστειες που προβληματίζουν συνέχεια τούς γιατρούς και τις μαίες.

Ιδιαίτερα όξυ εμφανίζεται πολλές φορές τὸ πρόβλημα τών κίρσων κατά την έγκυμοσύνη, όπου τὰ ένοχλήματα και ή διόγκωσις τών φλεβών σέ μεγάλο άριθμό περιπτώσεων είναι τέτοια ώστε, να πρέπει ὁ γιατρός και ή μαία που παρακολουθούν την έγκυο να αποφασίσουν τί πρέπει να γίνει, α) για να αποφευχθή ή άρρωστη και β) για να αποφευχθούν οι έπιπλοκές που μπορεί να εμφανισθούν και ιδιαίτερα ή αίμορραγία και ή θρομβοφλεβίτις, κατά τὸν τοκετό και

την λοχεία, με τὸν ἐπὶ πλέον κίνδυνο τῆς πνευμονικῆς ἐμβολῆς, στην τελευταία περίπτωση (Fegan 1967, Nikolaidis 1975).

Φυσικά, ἐδῶ δὲν πρόκειται να κάνουμε λεπτομερή ανασκόπηση τοῦ προβλήματος τών κίρσων κατά την έγκυμοσύνη ἀλλὰ ἀπλῶς να θίξουμε ὀρισμένα σημεῖα που είναι ἀπαραίτητα για την διάγνωση και που βοηθοῦν στὸν σχεδιασμό τῆς σωστῆς αντιμετώπισης και θεραπείας τους.

Έτσι, πρώτα πρώτα, θα πρέπει κανείς νάχει ὑπ' ὄψιν ότι πολλές γυναίκες ὑποφέρουν ἀπὸ φλεβική ἀνεπάρκεια χωρὶς ἐμφανῆ διόγκωση τών φλεβών — ιδιαίτερα οι παχειές — με μόνη ἐκδήλωση συμπτώματα ὅπως κράμπες, οίδημα ή κυταρίτιδα ή ἀκόμη ἔκζεμα και ἔλκη στις κνήμες (Fegan 1967, Σουμίλας, Καρανίκας 1971).

Οι κίρσοι κατά την έγκυμοσύνη ἐμφανίζονται με τις ἑξῆς τρεῖς μορφές (Dodd και Cockett, 1956, 1967).

1) Στην πρώτη, ὑπάρχει ἤδη μεγαλύτερος βαθμὸς βαλβιδικῆς ἀνεπάρκειας τῆς μείζονος ή ἐλλάσσονος σαφηνούς ή και τών διατιτρωσών φλεβών.

2) Στην δεύτερη, ἀναπτύσσεται δίκτυο πολὺ λεπτῶν (τριχοειδῶν) διατεταμένων φλεβών στους μηρούς και στὸ ἀνώτερο ἦμισυ τών κνημών, κυρίως στην ὀπισθία

επιφάνεια. Πολλές φορές ονομάζονται τηλαγγειεκτασίες ή φλεβικοί άστερες.

3) Ή τρίτη μορφή είναι οί κισσοί του αϊδοίου, που παρατηρούνται μόνο στην έγκυμοσύνη.

Ώς πρὸς τὰ αἷτια που προκαλοῦν τοὺς κισσοὺς τῆς έγκυμοσύνης, μποροῦν νὰ χωρισθοῦν: σὲ μηχανικά, ὅπως ἡ τρομερὴ αὐξησις τῆς ροῆς τοῦ αἵματος στὶς φλέβες τῆς πύελου καὶ ἡ πίεσις που ἀσκεῖ ἡ μήτρα στὴν ἀρχὴ τῆς έγκυμοσύνης στὴν πύελο μέχρις ὅτου θῆ ἔξω ἀπὸ τὴν πύελο μετὰ τὸν τρίτο μῆνα καὶ ὁρμονικά (Dodd καὶ Cockett, 1976).

Εἶναι γνωστὸ ὅτι τὰ οἰστρογόνα ἔχουν χαλαρωτικὸ ἀποτέλεσμα στοὺς λείους μῦς καὶ ἰδιαίτερα στοὺς μῦς τοῦ φλεβικοῦ τοιχώματος.

Τὸ ἀποτέλεσμα αὐτὸ γίνεται πολὺ ἐκδηλο στὴν έγκυμοσύνη, ἀφοῦ ἔχουμε μεγάλη αὐξησις τῶν οἰστρογόνων στὸ αἷμα που κυρίως ἐπιδρᾶ στὴν ἐμφάνισις τῆς δεύτερης μορφῆς τῶν κισσῶν (τῶν πολλὰ πλῶν τριχοειδῶν δικτύων τοῦ δέρματος). Σὲ ἄτομα που παίρνουν ἀντισυλληπτικὰ χάπια, αὐτὰ τὰ ἀγγειώματα μπορεῖ νὰ ἐμφανισθοῦν κατὰ ὁμάδες.

Κάθε νέα γυναίκα με τέτοια ἀγγειώματα στὶς κνήμες πρέπει πάντα νὰ ἐξετάζεται γιατὶ πιθανὴ έγκυμοσύνη ἢ ἀνπαίρνη ἀντισυλληπτικὰ χάπια. Ἄλλοτε, ὅμως, δὲν ὑπάρχει φανερὴ αἷτια καὶ τὰ ἀραχνοειδῆ αὐτὰ ἀγγειώματα πρέπει νὰ θεωρηθοῦν οἰκογενῆ. Ἄς σημειωθῆ ὅτι ἡ ἐπίδρασις τῶν οἰστρογόνων δὲν περιωρίζεται μόνο στὶς φλέβες (λ.χ. ἄρρωστες με νόσο τοῦ Raynaud παρουσιάζουν συνήθως σημαντικὴ βελτίωσις ἢ καὶ ἐξαφάνισις τῶν συμπτωμάτων τους). Ἡ θεραπεία γενικὰ θὰ ἐξαρτηθῆ ἀπὸ τὴν μορφή τῶν κισσῶν. Ἐδῶ ὑπάρχουν δύο σχολές: οἱ Dodd καὶ Cockett λένε ὅτι κατὰ τὴν διάρκεια τῆς έγκυμοσύνης δὲν χρειάζεται ριζικὴ ἀντιμετώπιση ἀλλὰ μόνο συντηρητικὴ ἀγωγή. Ἀντίθετος εἶναι ὁ Fegan που ἐπιμένει στὴν θεραπεία με

σκληρυντικὲς ἐνέσεις γιατὸς παρακάτω λόγους:

1) Ἄμεση ἀνακούφιση ἀπὸ τὰ πάρα πολὺ ἐνοχλητικὰ συμπτώματα (κράμπες στὶς κνήμες, αἴσθημα κοπώσεως κλπ.).

2) Ἐλάττωσις τοῦ κινδύνου τῆς ὀξείας θρομβοφλεβίτιδος.

3) Σὲ ἄρρωστες με προϋπάρχουσα ἐλαφρὰ φλεβικὴ ἀνεπάρκεια, τὸ φλεβικὸ τοίχωμα μπορεῖ νὰ ἐμφανίσῃ μόνιμη θλάθῃ, λόγω τοῦ προσθέτου stress στὸ ὁποῖο ὑπόκεινται οἱ φλέβες στὴν διάρκεια τῆς έγκυμοσύνης, ἐκτὸς ἀνθεραπευθοῦν.

Οἱ ἀπόψεις αὐτὲς τοῦ Fegan βασίζονται στὸ ὅτι, κατ' αὐτόν, ὑπάρχει πάντοτε ἀνεπάρκεια διατιτρωσῶν φλεβῶν καὶ ἐπομένως ἡ θεραπεία τοὺς ἐλαττώνει τὸ stress στὶς ἐπιπολῆς φλέβες καὶ διευκολύνει τὴν αὐτόματο ἐπάνοδό τους στὸ φυσιολογικὸ.

Καὶ ἄς ἐξετάσουμε τώρα τὴν θεραπεία τῆς κάθε μορφῆς χωριστὰ.

1) ΟΙ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΙΣ ΚΙΣΣΟΙ

Θὰ ἀντιμετωπισθοῦν με συντηρητικὰ μέσα καὶ φάρμακα που ὑποβοηθοῦν τὴν κυκλοφορία, δροῦν στὸ μυϊκὸ τοίχωμα τῶν φλεβῶν καὶ τὸ ἰσχυροποιοῦν (ἀντίθετα πρὸς τὴν δράσις τῶν οἰστρογόνων), ἐλαττώνουν τὴν περιφλεβικὴ φλεγμονὴ κλπ. Θὰ ἐφαρμοσθῆ, λοιπόν, πιεστικὴ περιδίεσι με ἐλαστικὸς ἐπιδέσμους ἢ ἐλαστικὲς περικνημίδες. Γενικῶς ἡ ἐλαστικὴ περιδίεσι ἀποκαθιστᾶ τὴν ἐπάρκεια τῶν θαλθίδων λόγω τῆς ἐκ τῆς συμπίεσεως ἐλαττώσεως τῆς διαμέτρου τῶν φλεβῶν (Keawe καὶ Fegan, 1966).

Πρέπει ἐπίσης ν' ἀποφεύγεται ἡ ὀρθοστασία καὶ τὸ κρέμασμα τῶν κνημῶν, ἐνῶ συνιστᾶται τὸ θάδισμα, ἐφ' ὅσον αὐτὸ εἶναι δυνατόν. Συνιστᾶται ἐπίσης ἡ ἀνύψωσις τῶν κνημῶν πάνω ἀπὸ τὸ ἐπίπεδο τῆς καρδιᾶς ἀρκετὲς φορὲς τὴν ἡμέρα καὶ ὁ ὕπνος σὲ κρεβάτι τοῦ ὀποῖου τὰ

πόδια είναι άνυψωμένα λ.χ. επάνω σε τάκους κατά 15 εκ.

Η φαρμακευτική θεραπεία άνακουφίζει τις πάσχουσες (Σουμίλας και Καρανίκας, 1971). "Έτσι οι ένέσεις Beranthe (παντοθενικό όξύ) ένδοφλεβίως, μόνες ή σε συνδυασμό με καψούλες CVP ή χάπια Complamin (χημική ένωση της πυριδίνης), έχουν πολύ καλά και πολλές φορές θεαματικά άποτελέσματα. Φαίνεται ότι τó Beranthe ένισχύει τούς λείους μύς τού φλεβικού τοιχώματος, ένώ τó Complamin βελτιώνει την ανταλλαγή της ύλης τών ιστών και την παράπλευρη κυκλοφορία και έλαττώνει έτσι την επίβάρυνση τών κυρίων φλεβικών κορμών. Μ' αυτό τόν τρόπο προφυλάσσει και άπό τις θρομβοφλεβίτιδες.

Φυσικά υπάρχουν και άλλα φάρμακα, πού επίσης μπορούν να χρησιμοποιηθούν, όπως τó Glyvenol, Sandovell, Fragivix κλπ. και τά όποια άνακουφίζουν σημαντικά την έγκυο. Παρ' όλο, όμως, πού δέν έχει άποδειχθή τερατογενές άποτέλεσμα άπό την χρήση τους, καλό είναι να μη χορηγούνται κατά τó πρώτο τρίμηνο.

Κατά τόν Fegan, όπως άναφέρουμε και πιο πάνω, ένδείκνυται ή σκληρυντική θεραπεία στις έγκυες. Φαίνεται, άν κρίνουμε άπό την τεράστια πείρα του άλλα και άπό προσωπική μου αντίληψη κατά πρόσφατη βραχεία επίσκεψί μου στο Δουβλίνο, ότι τά άποτελέσματα της σκληρυντικής αυτής θεραπείας είναι πράγματι άξιοσημείωτα. Παρατηρείται σημαντικώτατη βελτίωση και πολλές φορές πλήρης θεραπεία τών κισών. Οί τυχόν ύποτροπές άντιμετωπίζονται έν συνεχεία κατά την παρακολούθηση τών γυναικών μετά τόν τοκετό. Νομίζουμε ότι ή θεραπεία αυτή πολλά ύπόσχεται και στην χώρα μας.

Η χειρουργική θεραπεία δέν συμβουλεύεται κατά την διάρκεια της έγκυμοσύνης, διότι ή έγχειρση είναι δύσκολη και περικλείει κινδύνους, όπως ή άποβο-

λή και άπώλεια άρκετού αίματος, καθώς οί φλέβες είναι διογκωμένες και γεμάτες αίμα. Πάντως, τó δεδομένο της έγχειρσεως θά πρέπει να έξετασθή σοβαρά έφ' όσον πρόκειται ν' άκολουθηθούν και άλλες έγκυμοσύνες οί όποιες θά θλάψουν άνεπανόρθωτα τις φλέβες. Η καλλίτερη έποχή για ν' άποφασισθή ή έγχειρση είναι ή έξέταση της άρρωστης τρεις μήνες μετά τόν τοκετό. Πολλές φορές μπορεί ν' άναβάλλη κανείς την έγχειρση μετά την έπομένη έγκυμοσύνη ή και μέχρι να συμπληρωθή ó άριθμός τών παιδιών πού έπιθυμεί τó ζευγάρι (Dodd και Cockett, 1976). Φυσικά, κάθε περίπτωσης έξατομικεύεται και χρειάζεται πείρα άπό μέρος τού γιατρού για ν' άποφασίση σωστά άν και τότε θά πρέπει ή όχι να χειρουργηθή.

2 ΤΑ ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΤΡΙΧΟΕΙΔΗ ΔΙΚΤΥΑ

Έδω, ή θεραπεία, έφ' όσον είναι δυνατό, πρέπει να κατευθύνεται πρós την αίτία πού ευθύνεται για την εμφάνισή τους. Λ.χ., άν ή άρρωστη παίρνει άντισυλληπτικά χάπια θά πρέπει μόνη της να ζυγίζει τά πλεονεκτήματα (προφύλαξη άπό την έγκυμοσύνη) και τά μειονεκτήματα (άνάπτυξη τών φλεβικών αυτών δικτύων). "Αν ή άρρωστη είναι ήδη έγκυος τó μόνο πού χρειάζεται είναι να τής γίνει ή κατάλληλη ένήμερωση.

Γενικώς άκολουθείται ή συντηριτική άγωγή πού ήδη έχει περιγραφή. "Αν συνυπάρχει άνεπάρκεια της μείζονος ή έλάσσονος σαφηνούς ή τών διατιτρωσών, τότε ή έγχειρση ή ή θεραπεία με σκληρυντικές ένέσεις κατά την μέθοδο Fegan έχει άρκετά καλά άποτελέσματα. Τέλος, έφ' όσον υπάρχουν έντοπισμένοι και ευδιάκριτοι φλεβικοί άστέρες, μπορεί κανείς να δοκιμάση με μία πολύ λεπτή βελόνα να παρακεντήση ένα άπό τά τριχοειδή και να ένέση την κατάλληλη ποσότητα (συνήθως γύρω άπό 0,2ML) σκληρυντικού διαλύματος, όποτε όλο αυτό τó άραχνοειδές αίμαγγείωμα έξαφανίζεται, άν και μπο-

ρεϊ να παραμείνη ένα πολύ έλαφρό σκουρο χρώμα.

3. ΟΙ ΚΙΡΣΟΙ ΤΟΥ ΑΙΔΟΙΟΥ

Παρατηρούνται μόνο στις έγκυες γυναίκες και κυρίως σε αυτές που έχουν στο ιστορικό τους πολλές έγκυμοσύνες. Έμφανίζονται στα μεγάλα χείλη και στην έσω και όπισθία επιφάνεια του μηρού. Οί φλέβες που διογκώνονται είναι κλάδοι της έσω αϊδοϊκής και θυροειδούς, που με την σειρά τους είναι κλάδοι της έσω λαγονίου, έπικοινωνούν δε με τα φλεβικά πλέγματα της ούροδόχου κύστεως, του κόλπου και του όρθου, καθώς και με τις έπιπολής έξω αϊδοϊκές φλέβες προς τα όπισω και έπιλογής έπιγάστριες προς τα έμπρός.

Οί φλέβες αυτές μπορεί να παρουσιάσουν τεράστια διόγκωση κατά τον τρίτο και τέταρτο μήνα της έγκυμοσύνης — σαν τσαμπι σταφυλιού. Παρ' όλα αυτά πολύ σπάνια προκαλούν έπιπλοκές (αίμορραγία ή θρόμβωση). Μετά τον τοκετό μπορεί να εξαφανισθούν τελείως.

Κατά την διάρκεια της έγκυμοσύνης δεν χρειάζεται θεραπεία. Στην περίπτωση που έπιμένουν χειρουργούνται.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οί κίρσοι που έμφανίζονται κατά την έγκυμοσύνη αποτελούν συνηθισμένο πρόβλημα. Τα ένοχλήματα πολλές φορές είναι τέτοια που πρέπει να παρθούν όλα τα κατάλληλα μέτρα για την αντιμετώπισή τους, αλλά και για να ελαττωθῆ ὁ κίνδυνος των πιθανών έπιπλοκών (αίμορραγία, θρομβοφλεβίτις, πνευμονική έμβολή), που δεν είναι καθόλου άσημαντος (Nikolaïdis, 1975).

Τα μέτρα αυτά κατά την διάρκεια της έγκυμοσύνης είναι συντηρητικά (έλαστι-

κή περιδέσεις, άσκήσεις φάρμακα κλπ).

Η χειρουργική θεραπεία θα έφαρμοσθῆ μετά τον τοκετό έφ' ὅσον οί φλέβες είναι διογκωμένες και προκαλούν έντονα συμπτώματα ή πρόκειται ν' άκολουθήσουν και άλλες έγκυμοσύνες. Η πείρα του γιατρού βοηθάει για να παρθῆ ἡ σωστή άπόφαση. Ένω ἡ χειρουργική θεραπεία δεν συνιστάται κατά την έγκυμοσύνη, ἡ με σκληρυντικές ενέσεις θεραπεία, ὅπως εφαρμόζεται άπό την Κλινική Fegan στο Δουβλίνο, φαίνεται ότι έχει ίκανοποιητικά άποτελέσματα. Γι' αυτό και για τους λόγους που ἤδη ανεφέρθηκαν, νομίζουμε ὅτι πρέπει να δοκιμάζεται. Έξ άλλου, μέχρι τώρα δεν έχει προκύψει καμμία θλάβη ἢ έπιπλοκή άπό την εφαρμογή της, ένω τα ίκανοποιητικά άποτελέσματα σύμφωνα με την στατιστική του Fegan ξεπερνούν τα 80%.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Dodd, H. Cockett F (1956): The pathology and syrgery of the veins of the lower limb. 1st edition, E and S. Livingstone LTD Edinburgh and London.
- 2) Dodd, H and Cockett, F. (1976): The pathology and syrgery of the veins of the lower limb. 2nd edition, Churchill Livingstone, Edinburgh, London and New York.
- 3) Fegan, G. (1967): Varicose veins Compression sclerotherapy. W. Heinemann Medical Books Ltd London.
- 4) Nicolaidis, A. (1975): Thromboembolism. M.T.B., medical and Technical publishing Co Ltd.
- 5) Σουμίλα, Α. και Καρανίκα, Η (1971): Οί κίρσοι των σκελών ως κοινωνικόν πρόβλημα και ἡ αντιμετώπισί των. Α' Πανελλήνιον Ίατροασφαλιστικόν συνέδριον.