



ΠΡΟΟΔΟΙ ΕΙΣ ΤΗΝ ΠΛΑΣΤΙΚΗΝ ΤΩΝ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ

ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΙ ΤΟΥ ΣΤΟ Β' ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

Ἡ ἐμπειρία πού ἔχει ἀποκτηθῆ στὸν τομέα τῆς στειρότητος ἀποδεικνύει ὅτι οἱ ἀνωμαλίες τῶν σαλπύγγων παίζουσι κάποιον ρόλο τουλάχιστον στὸ ἓνα τρίτο ὄλων τῶν περιπτώσεων καὶ ἔρχονται δεύτερες σὲ συχνότητα, ἀμέσως μετὰ τοὺς παράγοντες πού προέρχονται ἀπὸ τὸν ἄνδρα. Ἡ ἀναπλαστικὴ χειρουργικὴ τῶν ὡαγωγῶν γιὰ τὴν ἀποκατάστασιν τῆς γονιμότητος ἔχει ὄλο καὶ περισσότερη ἐπιτυχία καθὼς ἀποκτᾶται περισσότερη πείρα. Οἱ σύγχρονες βελτιώσεις ὀφείλονται σὲ ἐκλεκτικώτερη ἐπιλογὴ τῶν ἀσθενῶν μετὰ τὴν ἐνδοσκοπήσιν καὶ σὲ τροποποιήσεις τῶν ὑπαρχουσῶν τεχνικῶν. Ἡ κριτικὴ ἀξιολόγησις ὠρισμένων τεχνικῶν ἀπόψεων πού προορίζονται νὰ βελτιώσουν τὴν σύλληψιν τοῦ ὡοῦ, νὰ διευκολύνουν τὴν μεταφορὰ τῶν γαμετῶν καὶ νὰ ἐπιταχύνουν τὴν δίοδον τοῦ ζυγωτοῦ διὰ μέσου τῆς σάλπιγγος ἀποτελεῖ τὸ θέμα τῆς ἀνακοινώσεως αὐτῆς. Στὴν μελέτη αὐτῆ περιλαμβάνονται ἐπίσης συστήματα γιὰ τὴν κατάλληλη ἐπιλογὴ τῶν ὑποψηφίων γιὰ σαλπυγγοπλαστικὴ καὶ γιὰ τὴν ἀνακοίνωσιν τῆς χειρουργικῆς μεθόδου καὶ τῶν ἀποτελεσμάτων τῆς.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ἡ παρουσίαισις τῆς παρούσης μελέτης βασίζεται στὰ ἀποτελέσματα τῆς

Ass. Prof. R. ELIASSON
Depart of Physiology Karolinska Institutet
Stokholm Sweden

ἀναπλαστικῆς χειρουργικῆς τῶν σαλπύγγων σὲ 205 ἀσθενεῖς ἀπὸ τὴν ἰδιωτικὴν πελατεία μας. Οἱ περιπτώσεις αὐτῆς διαλέχθησαν ἀπὸ 1075 ἐνδοσκοπικὰς ἐξετάσεις (48 δουλγασιοσκοπήσεως καὶ 1027 λαπαροσκοπήσεις) σὲ ἀσθενεῖς μετὰ πρωτοπαθῆ ἢ δευτεροπαθῆ στειρότητα. Πρὶν ἀπὸ τὴν ἐνδοσκοπικὴν ἐξέτασιν ὅλες οἱ ἀσθενεῖς εἶχαν ἀξιολογηθῆ εἴτε ἀπὸ τὸ προσωπικόν μας, εἴτε ἀπὸ τοὺς προσωπικοὺς γυναικολόγους τοὺς ὅσον ἀφορᾶ τὸν σχηματισμὸν γαμετῶν, τὴν ἐναπόθεσίν τοὺς καὶ τὴν προπαρασκευὴν γιὰ ἐμφύτευσιν.

Πίναξ 1. Παρουσιάζει τὰ ἀποτελέσματα τῆς σαλπυγγοπλαστικῆς πρὶν ἀπὸ τὴν ἐφαρμογὴ τῆς ἐνδοσκοπήσεως καὶ STENTS.

Π Ι Ν Α Ξ 1
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΑΛΠΙΓΓΟ-
ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ
ΤΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΩΣ ΚΑΙ ΤΩΝ
STENTS.

Σύνολον ἀσθενῶν	32
Ἀσθενεῖς μετὰ μετεγχειρητικὴν βατότητα	18 (56%)
Ἀσθενεῖς πού πέτυχαν κύησιν	4 (12%)
Σύνολον γεννήσεων ζώντων νεογνῶν	2 (6%)

Πίναξ 2. Παρουσιάζει την πορεία που ακολούθησαν 376 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ένδοσκόπηση με την πιθανή διάγνωση παθολογικών αλλοιώσεων των σαλπίνγων, που είχε τεθή από την βασική γυναικολογική εξέταση.

Π Ι Ν Α Ξ 2
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
ΣΤΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΕΣΤΗΣΑΝ
ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ Ή ΔΟΥΓΛΑΣΙΟ-
ΣΚΟΠΗΣΗ ΛΟΓΩ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΟΣ.

Σύνολον λαπαροσκοπήσεων	328
Σύνολον δουγλασιοσκοπήσεων	48
Σύνολον ένδοσκοπήσεων	376
Ασθενείς με άντενδείξεις για σαλπυγοπλαστική (βαρεία ένδομη-τρίωσις, χρόνια πυελική φλεγμο-νώδης νόσος, σαλπυγγεκτομή ή	

άλλη καταστρεπτική χειρουργική των σαλπίνγων, βαρεία βλάβη των σαλπίνγων κλπ.).

39	Ασθενείς με διαταραχάς δυναμέναν να διορθωθούν με σαλπυγοπλαστική	337
118	Ασθενείς που συνέλαβαν μετά την λαπαροσκόπηση αλλά χωρίς έγχειρηση των σαλπίνγων	14
14	Ασθενείς που άρνήθηκαν την επέμβαση	205
205	Ασθενείς που υπέστησαν σαλπυγοπλαστική	

Πίναξ 3. Παρουσιάζει τα άποτελέσματα της σαλπυγοπλαστικής άφ' ότου υιοθετήσαμε την συστηματική χρήση της ένδοσκοπήσεως και της τοποθέτσεως νάρθηκος.

Π Ι Ν Α Ξ 3
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΑΛΠΙΓΓΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ
ΕΓΕΝΕΤΟ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΕΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΙΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗ-
ΚΑΝ STENTS

ΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ	Σύνολον ασθενών	μετεγχειρητική βατότης		Κυήσις *		Αποβολή **		Γεννήσεις ζώντων	
		'Αρ.	%	'Αρ.	%	'Αρ.	'Αρ.	%	%
ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΟΣ ΟΜΟΙΟΓΕΝΗΣ									
Τών κροσσών	135	129	96	45	35	4	41		91
Τού κέρατος	22	20	91	12	60	1	11		92
Τής μεσότητος	4	3	75	3	100	—	3		100
Αμφοτερόπλευρος μικτή	44	41	93	15	37	2	13		87
Σύνολον και %	205	193	94	75	39	7	68		91

* Κυήσεων επί βατών σαλπίνγων, **% κυήσεων.

Η πιθανή διάγνωση παθήσεως των σαλπίνγων, που θα μπορούσε να παρεμποδίξη την λειτουργία μεταφοράς των σαλπίνγων έτέθη στο ιατρείο μας με την συνδεδασμένη τεχνική της ύδροεμφυσησεως και της έμφυσησεως άερος πριν υπο-

βληθούν οι ασθενείς σε ένδοσκοπική εξέταση. Σημαντικός αριθμός των ασθενών αυτών είχε ύποστη επίσης ύστεροσαλπυγογραφία, που συνήθως την είχε παραγγείλη ο παραπέμπων ιατρός.

Η ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΛΑΣΕΩΣ ΤΩΝ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ

‘Η έπαναστόμωσις τών σαλπγγων πού ειχαν περιδεθή προηγουμένως γίνεται με την βοήθεια ενός εϋθέου νάρθηκος από τεφλόν στενής διαμέτρου, με την άπλή συμπλησίαση τών φρεσκομένων, νεαροποιημένων άκρων με διακεδομένα ράμματα CHROMIE 5 - 0 πού διεκβάλλονται δια μέσου τής όρογονομυϊκής σιβάδος (Εικ. 1). (‘Επίδειξι διαφανείας).

‘Η έμφύτευσις στο κέρας τής μήτρας τών ώαγωγών πού ή άπόφραξις βρίσκειται στο έγγυς άκρο τους γίνεται με μία σημαντική τροποποίηση τής τυπικής τεχνικής ή όποία έχει άποδειχθή ότι πλεονεκτεί. ‘Η συμβατική τεχνική δημιουργεί ένα μεγάλο άνοιγμα με όριο σαν του φελλού και έφαρμόζει μιá τομή στο κερατικό άκρο του ώαγωγού, «σαν ούρά ψαριού». ‘Η έμφύτευσις αυτή, πού στερεώνεται με ράμματα στην ένδομητρική κοιλότητα άκολουθείται από έπούλωση κατά την όποία ένδοσαλπγγικός ιστός αύξάνεται μέσα στην κοιλότητα τής μήτρας. Το μεγάλο άνοιγμα του μυομητρίου στο κέρας και ό σαλπγγικός ιστός μέσα στην ένδομητρική κοιλότητα έχουν άποδειχθή ότι άποτελούν μη φυσιολογικές καταστάσεις στο κέρας και ραγδαία αίμορραγία κατά την ώαγωγική έκτρωση με ρήξη του ώαγωγού. ‘Αντίθετα, έμεις εφαρμόζουμε ένα στενό τροκάρ και σωληνίσκο για να δημιουργήσουμε μιá όμοιομορφα στενή κερατική ένδιάμεση όδò μέχρι την ένδομητρική κοιλότητα. ‘Η αντίμετώπισις του νοσούντος τμήματος του ώαγωγού έχει επίσης κριτική σημασία. ‘Η άποψη μας είναι ότι πρέπει να διατηρηθή το μέγιστο μήκος του ώαγωγού για την φυσιολογική μεταφορά του ζυγώτη. Συνεπώς, για να άποφευχθή ή θυσία ενός άνεπιθύμητου μεγάλου μέρους του ώαγωγού χρησιμοποιούμε ένα συρμάτινο καθετήρα και άπλώς δημιουργούμε έναν άγωγό στο έγγυς τμήμα του ώαγωγού, δη-

μιουργώντας ένα νέο αϋλό. ‘Επιπλέον, άπογυμνώνουμε ένα έκατοστό του όρογόνου του έγγυς τμήματος του ώαγωγού. ‘Ο εϋθύς νάρθηξ από TEFLON εισάγεται κατόπιν από το κωδωνικό άκρο του ώαγωγού και βγαίνοντας στο κερατικό άκρο στερεώνεται μέσα στην ένδομητρική κοιλότητα με δύο ράμματα CHROMIC 4 - 0, με εϋθεία βελόνη KEITH πού περνάει μέσα από την κοιλότητα και βγαίνει στον όρογόνο του πυθμένος τής μήτρας. Κατόπιν ό όρογόνος του ώαγωγού συμπλησιάζεται προς τον όρογόνο του πυθμένος στο σημείο τής κερατικής εισόδου με διακεκομένα ράμματα CHROMIC 4 - 0, με εϋθεία βελόνη KEITH πού περνάει μέσα από την κοιλότητα και βγαίνει στον όρογόνο του πυθμένος τής μήτρας. Κατόπιν ό όρογόνος του ώαγωγού συμπλησιάζεται προς τον όρογόνο του πυθμένος στο σημείο τής κερατικής εισόδου με διακεκομένα ράμματα CHROMIC 5 - 0. Εικ. 2—4). (έπίδειξι διαφανείας).

Τò ένδοσαλπγγικό έπιθήλιο αύξάνεται κατά μήκος του νάρθηκος από την πλευρά του ώαγωγού, αλλά δεν φθάνει στην ένδομητρική κοιλότητα, τής όποίας το έπιθήλιο έρχεται να καλύψη ένα μέρος του ένδιαμέσου τμήματος του νάρθηκος. Πιστεύουμε ότι αυτό δημιουργεί μιá περισσότερο φυσιολογική ένωση τών δύο έπιθηλίων και τόν σχηματισμό μιáς πιό κατάλληλης συνδέσεως, έξαφανίζοντας έτσι την δυσμενή μετατόπιση τής βλαστοκύστης δια μέσου του συσταλτου ένδιαμέσου τμήματος του ώαγωγού και επιτρέπει την έγκαιρον έμφύτευση.

‘Η κροσσοπλαστική, στην όποία προσφεύγουν συχνότερα έχει βελτιωθή θεαματικά στα άποτελέσματά μας με την εισαγωγή του SPIRAL TEFLON STENT του ROLAND όπως έχει ήδη άνακοινωθή. Το σπειροειδές τμήμα του STENT έχει μιá κωνοειδή προεξοχή από το εϋθύ μέρος του σωλήνος οϋτως ώστε προσαρμόζεται στο σχήμα του κωνοειδούς και

του κροσσωτού τμήματος του ώαγωγού. Ο σωλήνας από TEFLON ένισχύεται από ένα ίκρίωμα από εύθλο λεπτό χάλκινο σύρμα, τδ όποίο είναι εύπλαστο και παίρνει έπίσης τδ σχήμα του σπειροειδούς κώνου. Τά χαρακτηριστικά που κρίνουν μιá έπιτυχή κροσσοπλαστική είναι ή λύσις όλων τών συμφύσεων και ή έπαρκής διαστολή του στενεμένου ή άποφραγμένου κοιλιακού τμήματος του ώαγωγού με βαθμολογημένους κώνους από TEFLON, διατηρώντας συνεχώς την ύγρότητα τών κροσσών δια πλύσεως με φυσιολογικό όρό. Κατόπιν ό σπειροειδής κώνος εισάγεται στην λήκυθο με έναν αύλακωτό μεταλλικό κωνοειδή όδηγό και στερεώνεται μέσα στην λήκυθο για τδ χρονικό διάστημα που χρειάζεται μέχρι την έπούλωση με την τοποθέτηση τριών ή τεσσάρων ραμμάτων CHROMIC 4 - 0 στον όρογονομυϊκό χιτώνα του ώαγωγού άκριβώς πλησίον και παράλληλα προς τδ κοιλιακό τμήμα και τδν άμματισμό τους βαθειά μέσα στην λήκυθο. (Εικ. 5). (Έπίδειξι διαφάνειας).

Σέ όλες αυτές τις τεχνικές που χρησιμοποιούν νάρθηκες από TEFLON, τά άπω σκέλη διέρχονται χωριστά τδ καθένα, σε άπόσταση 2 εκ. μεταξύ τους δια μέσου τών κοιλιακών τους χωμάτων και βγαίνουν άκριβώς κάτω από τδ δέρμα. Τά δύο έλεύθερα άκρα δένονται μεταξύ τους σε τρεις διπλούς, εύκολα ψηλαφητούς κόμπους και στερεώνονται μεταξύ τής περιτονίας του SCARPA και τής δερμολιτικής τομής (Εικ. 5). (Έπίδειξι διαφάνειας).

8 έβδομάδες μετά την έγχειρηση είναι ό κατάλληλος χρόνος για άφαίρεση, ή όποία γίνεται εύκολα με έλάχιστη ένόχληση άκολουθώντας τους έξης κανόνες. Μετά από τοπική διήθηση με άναισθητικό γίνεται τομή μήκους ένδς έκατοστού, άκριβώς έπάνω από την πρώτη δερματική τομή του PFANNENSTIEL, συλλαμβάνεται ό κόμπος και έλκεται χωριστά τδ κάθε σκέλος

μέχρι να βγή από την κοιλιακή κοιλότητα. Αυτή ή ήπια σταθερή έλξις σε ένα σκέλος κάθε φορά εύθειάζει τδν σπειροειδή κώνο και έπιτρέπει την άφαίρεση του σωλήνος. Αυτή ή άπλη τεχνική, που εκτελείται στο ίατρείο, για την άφαίρεση τών STENTS άντικαθιστά την τρομερή έπιβάρυση μιáς δεύτερης έγχειρήσεως για την άφαίρεση έξοιρημάτων όπως ή καλύπτρα ROCK - MULLIGAN.

ΣΥΖΗΤΗΣΙΣ

Η πλήρης εξέταση του στείρου ζεύγους έχει ήδη άνακοινωθή. Ένα ουσιώδες χαρακτηριστικό τής βασικής μελέτης είναι ή λαπαροσκόπησις με FIBEROPTICS άμέσως μετά τδν σχηματισμό γαμετών στον άνδρα και στην γυναίκα και την έκτίμηση τών παραγόντων τής έμφυτεύσεως και τής μεταφοράς του ώου. Είναί τόσο πολύτιμες οι πληροφορίες που παρέχει ή λαπαροσκόπησις, ώστε μόνο στις πιό άσυνήθιστες περιστάσεις να δικαιολογείται ή άπόπειρα σαλπυγοπλαστικής χωρίς προηγούμενη λαπαροσκόπησις. Στην πρώτη έπισκόπησις του προβλήματος ένδς ζευγαριού μπορούν να χρησιμοποιηθούν άρχικά άπλούστερες τεχνικές τών σαλπύγγων. Σ' αυτές περιλαμβάνεται ή ύδροεμφύσεις που πρέπει να γίνεται άρκετές φορές άν πρόκειται να άντιμετωπισθή μιá περίπτωσης άποφράξεως. Έπίσης, ό όγκος του ύγρου που εισέρχεται πρέπει να υπερβαίνει τά συνήθη 10 κ. εκ., άν θέλουμε να άνακαλυφθή μιá ύδροσάλπιγξ με άπόφραξη του άπω πέρατός της. Η ύστεροσαλπυγογραφία, άν άποδειχθή μιá άπολύτως φυσιολογική μορφολογία του ώαγωγού και συνοδεύεται από καλή «περιτοναϊκή έπάλειψη», άμφοτεροπλεύρως, μπορεί να γίνη άποδεκτή στην άρχική έπισκόπησις του προβλήματος και την θεραπευτική άντιμετώπιση ένδς ζευγαριού. Έντούτοις, όταν όλοι οι βασικοί παράγοντες που έχουν έρευνηθή έχουν άποδειχθή ότι βρίσκονται

μέσα στα όρια του φυσιολογικού και ή αντιμετώπισις και οι οδηγίες που αφορούν στην γενετήσια έπαφή δεν πέτυχαν να προκύψη σύλληψις σε τρείς διαδοχικούς κύκλους, ένδεικνυται ή λαπαροσκοπήσις, παρὰ τὰ εύρηματα τών άλλων μεθόδων διερευνήσεως τής βατότητος τών σαλπγγων. Δεδομένου ότι ή συχνότης ύπάρξεως δυσμενών παραγόντων από τις σάλπιγγες είναι τουλάχιστον 35% - 40% και έφ' όσον ή ύστεροσαλπιγγογραφία είναι άνεπαρκής ή δίνει λανθασμένη απάντηση στο 25% - 30% τών περιπτώσεων τουλάχιστον, ή δέ λαπαροσκοπήση έχει αποδειχθή θεραπευτική τουλάχιστον στο 20% τών περιπτώσεων με μερική άποφραξη του κροσσωτού πέρατος τής σάλπιγγος, ή εφαρμογή της δικαιολογείται. Στόν μεγάλο άριθμό τών ζευγαριών που παρατέμπονται στο ίατρείο του ειδικού επί τής στειρότητος, στα όποια έχουν γίνει προηγουμένως μελέτες για την στειρότητα και δεν επέτυχαν να συλλάθουν παρὰ την ένεργό επίβλεψη του γιατρού επί έξ μήνες ή λαπαροσκοπήσις είναι έπιβεβλημένη και άποτελεί ούσιώδες στοιχείο τής βασικής μελέτης και τής αντιμετώπισεως.

Ένα ειδικό εύρημα κατά την λαπαροσκοπήση που δεν έπιτυγχάνεται με όποιοδήποτε άλλο τρόπο έρεύνης είναι ή άποδειξις τής στενώσεως του κοιλιακού τμήματος τών ώαγωγών, που αναφέρεται ως φίμωσις. Κατά την διαπότιση τών σαλπγγων, με άμεση λαπαροσκοπική παρατήρηση έπέρχεται σακκοειδής διάτasis του ίσθμικου τμήματος του ώαγωγού και ή κυανή χρωστική τής διαποτίσεως διαφαίνεται έντονα δια μέσου του όρογόνου χιτώνος. Η παρατήρησις αύτη διατηρείται μετά την άρχική πίεση τής σύριγγος για περισσότερα από 30 δευτερόλεπτα, καθώς μιὰ σταγόνα χρωστικής διαφεύγει από τόν ώαγωγό κάθε φορά. Ένα άλλο χαρακτηριστικό τής λαπαροσκοπικής παρατηρήσεως, στο όποίο ή

ύστεροσαλπιγγογραφία συχνά άποτυγχάνει είναι ή παρουσία περι-ωαγικών συμφύσεων σε διάφορα σημεία κατά μήκος του ώαγωγού, οι όποιες μπορεί να παρεμποδίζουν την κινητικότητά του και να άλλοιώνουν την μεταφορά του ζυγώτου. Έπίσης, ή παρουσία συμφύσεων τών κροσσών οι όποιες μπορεί να έμποδίζουν την «σύλληψη» του ώου εύκολα άποτυγχάνει να άλλοιώση την «περιτοναϊκή επάλειψη» τής ύστεροσαλπιγγογραφίας. Εικ. 6. (Έπίδειξι διαφάνειας).

Για να προσδιορίσουμε έντελώς τόν ρόλο τής λαπαροσκοπήσεως, πρέπει να έπιμείνουμε στο γεγονός ότι ή σαλπγοπλαστική δεν πρέπει να συνοδεύεται από ένδοσκόπηση στην ίδια «συνεδρεία», ιδιαίτερα επί μερικής άποφράξεως τής σάλπιγγος. Πρώτον, τó θεραπευτικό όφελος τής λαπαροσκοπήσεως είναι άρκετά ύψηλό, όπως φαίνεται στον Πίνακα 1. Η κρίσις του ρόλου και τής προγνώσεως τής έγχειρήσεως γίνεται βιαστικά και κάτω από συνθήκες STRESS, χωρίς την συμμετοχή τής άσθενούς. Τέλος, ό συνδυασμός τών χειρουργικών έπεμβάσεων έπιβάλλει πολύ μεγάλο χρόνο έγχειρήσεως, ό όποιος συνεπάγεται την έπιβάρυνση τών ηύξημένων κινδύνων μόλυνσεως και έπιπλοκών τής άναισθησίας. Κατά την κρίση μας, μόνο μιὰ προηγουμένως περιγραφείσα δυσμενής λαπαροσκοπική έξέτασις άποτελεί ένδειξη, υπό άσυνήθεις συνθήκας, για συνδυασμένη έπέμβαση λαπαροσκοπήσεως - σαλπγοπλαστικής.

Η γενική έμπειρία ένός μικρού αλλά σημαντικού άριθμού άσθενών, οι όποιες συνέλαβαν κατόπιν HYDROTUBATION ή ύστεροσαλπιγγογραφίας είναι έδραιωμένη. Έν τούτοις, ή έμπειρία μας άποδεικνύει ένα έπιπρόσθετο ποσοστό 20% περίπου άσθενών που συνέλαβαν μετά από λαπαροσκοπήση χωρίς καμμία άλλη σαφή θεραπεία.

Πίναξ 2. Αυτό είναι κατανοητό, με βάση τó γεγονός ότι στην άναισθητοποιημένη

άσθηνή, υπό άμεση παρατήρηση ό ώαγωγός μπορεί νά έκτεθή με άσφάλεια σέ σημαντικά ύψηλότερες πιέσεις κατά την διαπότιση του ώαγωγού, ούτως ώστε νά εκκενωθί από θρομβωτικά ύλικά και λεπτες συνέχειες.

Πρόσφατες ανακοινώσεις στην βιβλιογραφία περιγράφουν παλαιές και νέες τεχνικές για την λύση σαλπγγγο-ωσθηκικών συμφύσεων και την σαλπγγγοστομία χωρίς την χρήση ναρθήκων, πρέπει όμως νά θεωρηθούν άπορριπτές από άπόψεως φυσιολογίας. Κάθε χειρισμός που προκαλεί περιτοναϊκή αντίδραση, όπως ή διατομή ή ή ηλεκτροκαυτηρίασις των συμφύσεων θά έχει ως άποτέλεσμα την δημιουργία νέων ίνωδών συμφύσεων σαν ουσιώδες στάδιο τής έπουλώσεως. Αυτό πρέπει νά αντιπροσωπεύει άποτυχία για την χειρουργική τεχνική.

Ή στερέωσις του τελικού δεμένου τμήματος των STENTS υπό τó δέρμα έπιτρέπει στην κίνηση των έντέρων νά κινή τους ώαγωγούς που φέρουν τους νάρθηκας και άναστέλλει τόν σχηματισμό νέων ίνωδών συμφύσεων.

Τά ύποβοηθητικά μέσα στην σαλπγγγοπλαστική άπαιτούν έπίσης ταυτόχρονον εκτίμησιν. Ο ρόλος των κορτικοειδών και των φαινοθειαζινών στην άναστολή του σχηματισμού συμφύσεων δέν έχει άκόμη διευκρινισθί. Βάσει των πληροφοριών αυτών έφαρμόζουμε τά κορτικοειδή σέ έναλλασσόμενες περιπτώσεις. Είμεθα πεπεισμένοι ότι ή προφυλακτική χρήςις των αντιβιοτικών συνιστάται σέ όλες τες περιπτώσεις σαλπγγγοπλαστικής, έφ' όσον δέν μπορεί ποτέ μετά θεβαιόητος νά άποκλεισθί κατά τόν χρόνον τής έπεμβάσεως ό λοιμογόνος παράγων στην αίτιολογία των σαλπγγγο - ωσθηκικών συμφύσεων. Γι' αυτό κατά την λαπαροτομία παίρνουμε δείγμα για καλλιέργεια άπό τó άπω τμήμα του ώαγωγού. Ένα άκόμη μέτρο για την άποφυγή τής είσαγωγής λοιμογόνων παραγόντων είναι ή ά-

παγόρευσις τής σεξουαλικής δραστηριότητος. Χορηγούνται άντισυλληπτικά άπό του στόματος επί όκτώ έβδομάδες για νά άποκλεισθί ή έπιμόλυνσις των έπιθηλιακών έπιφανειών που θρίσκονται σέ έπούλωση άπό τά έμμηνα και για νά άποκλεισθί ό σχηματισμός βλεφαρίδων όσο ύπάρχει τó ήμίσκληρο πλαστικό ύλικό, τó όποίο θά μπορούσε νά βλάψη αυτά τά ζωτικής λειτουργικής σημασίας κυτταρικά στοιχεία.

Πρόσθετες παρατηρήσεις που έχουμε συγκεντρώσει άπό έμπειρία πολλών έτών έπί τής σαλπγγγοπλαστικής έπιτρέπουν νά καταλήξουμε και σέ άλλα χρήσιμα συμπεράσματα. Και ή προσεκτική άνάλυσις τής κάθε μίας περιπτώσεως μάς δίνει ένα συναίσθημα σεβασμού και ταπεινοφροσύνης για την έργασία που κάνουμε.

Είς την σειράν των περιστατικών μας ύπάρχουν τρεις περιπτώσεις όπου συναντήσαμε σοβαρότερες έπιπλοκές, χαρακτηρισζόμενες από έντερική άπόφραξη, περιτονίτιδα και βαρεία λοίμωξη. Ή μελέτη των τριών περιπτώσεων αυτών άπέδειξε ότι είχαν κοινά χαρακτηριστικά. Όλες είχαν σαν πρώτη διάγνωση βαρεία πυελική ένδομητρίωση, ή δέ μετεγχειρητική τους πορεία χαρακτηριζόταν από έμπύρετα έπεισόδια με κλινικό άντίκυπτο. Ή τρίτη, μία από τες πρώτες μας περιπτώσεις, έπαρουσίαζε σημαντική πυελική ένδομητρίωση που χρειάστηκε εκτεταμένη εκτομή, μετά την όποία έγινε σαλπγγγοπλαστική με σπειροειδή STENTS άπό TEF-LON για νά προστατευθούν οι κροσσοί άπό νέα συμμετοχή σέ συμφύσεις. Και στες τρεις περιπτώσεις χρειάστηκε λαπαροτομία και άνα-τομή του έντέρου. Σημαντικώτερο ήταν τó συμπέρασμα στην τρίτη περίπτωση, που χειρουργήθηκε για σαλπγγγοπλαστική για πρώτη φορά. Αυτή συνέλαβε μέσα σέ ένα χρόνο και έγέννησε ένα τελειόμηνο νεογνό.

ΣΥΝΕΧΙΖΕΤΑΙ