



Η ΑΜΝΙΟΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ

ΣΤΟΝ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Κ. ΠΡΕΒΕΔΟΥΡΑΚΗ

Ύφηγητου Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν
Διευθυντοῦ Μαιευτ.-Γυναικολογ. Κλινικῆς
Τζανείου Γεν. Νοσοκομ. Πειραιῶς

Ἡ παρακέντηση τῆς ἀμνιακῆς κοιλότη-
τας ἀπὸ τὸ πρόσθιο κοιλιακὸ τοίχωμα, γιὰ
τὴ συλλογὴ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ κατὰ τὴν κή-
ση, συμπληρῶνει σὲ λίγο πενήντα χρόνια
στὴν ὑπηρεσίᾳ τῆς Μαιευτικῆς, θεωρεῖται
δὲ ὅτι εἶναι ἡ πρώτη μέθοδος πὺν πρόσφε-
ρε τόσο πολλὰς καὶ παλύτιμες πληροφορίες
γιὰ τὴν ἐνδομήτρια ζωὴ τοῦ ἐμβρύου.

Ἡ ἐφαρμογὴ ὁμοῦ τῆς ἀμνιοπαρακεν-
τήσεως γιὰ τὸν προγεννητικὸ ἔλεγχο συγ-
γενῶν ἀνωμαλιῶν τοῦ ἐμβρύου ἄρχισε με-
τὰ τὸ 1955, ὅταν κατορθώθηκε ἐκτὸς ἀ-
πὸ τὸν καθορισμὸ τῆς χρωματίνης τοῦ φύ-
λου, νὰ διαγνωστοῦν χρωμοσωματικὲς καὶ
μεταβολικὲς διαταραχὲς ἀπὸ τὴν μελέτη
τοῦ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ. (Πίνακας I).

Σήμερα ἡ μέθοδος εἶναι πολὺ διαδεδο-
μένη σὲ ὅλο τὸν κόσμο γιὰ τὸν προγεννη-
τικὸ ἔλεγχο γιατί, βασικά, παρουσιάζει ὑ-
ψηλὸ ποσοστὸ ἐπιτυχίας (97 - 99%) καὶ
μικρὸ ποσοστὸ ἐπιπλοκῶν, (κάτω ἀπὸ
0,5%).

Ἀπαραίτητες προϋποθέσεις γιὰ τὴν ἐκ-
τέλεσή της εἶναι ἡ καθωρισμένη γενετικὴ
ἐνδειξη καὶ ἡ ἐνημέρωση τῶν δύο συζύ-
γων γιὰ τὶς λεπτομέρειες, τοὺς κινδύνους
καὶ τὶς πιθανὲς ἀποτυχίες τῆς μεθόδου, οἱ
ὁποῖοι στὴ συνέχεια ὑπογράφουν εἰδικὸ ἐν-
τυπο συγκαταθέσεως.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Ὅπως καθε μέθοδος πὺν ἐφαρμόζεται
στὴν Ἱατρικὴ, ἔτσι καὶ ἡ ἀμνιοπαρακέν-
τηση ἔχει ὁρισμένους γενικὲς ἀρχές (Πί-
νακας II), πὺν ἀπὸ τὴν σχολαστικὴ τους
τῆρηση ἐξαρτᾶται ἡ ἐπιτυχία της καὶ ἡ

ἀποφυγὴ δυσαρέστων συμβαμμάτων κατὰ
καὶ μετὰ τὴν ἐκτέλεσή της.

Ἀναλύοντας τὶς γενικὲς ἀρχές τῆς ἀ-
μνιοπαρακεντήσεως, καλύτερη ἐποχὴ γιὰ
τὴν ἐφαρμογὴ της θεωρεῖται ἡ 16η ἐβδο-
μάδα τῆς ἐγκυμοσύνης, γιατί τότε ὑπάρχει
μεγαλύτερη ἀναλογία ζωντανῶν κυττάρων
στὸ ἀμνιακὸ ὑγρὸ καὶ ἔτσι διευκολύνεται ἡ
καλλιέργειά τους, τὸ δὲ ποσὸ τοῦ ὑγροῦ
εἶναι ἀρκετὸ καὶ κυμαίνεται ἀπὸ 150 ὠς
200 κ. ἑκατοστά.

Μεγάλῃ προσοχῇ χρειάζεται νὰ δοθεῖ
στὰ ὑλικά πὺν χρησιμοποιοῦνται γιὰ τὴν
παρακέντηση ὥστε νὰ ἀποφεύγονται οἱ λοι-
μώξεις, γι' αὐτὸ τὰ τελευταῖα χρόνια χρη-
σιμοποιοῦνται στὰ πλούσια κράτη, ἀποστει-
ρωμένοι δίσκοι ἀμνιοπαρακεντήσεως μιᾶς
χρήσεως, πὺν περιέχουν ὀδόντιο μὲ κεντρι-
κὴ ὀπή, φιαλίδια γιὰ τὴ συλλογὴ τοῦ ἀ-
μνιακοῦ ὑγροῦ, τολυπολαβίδες, σύριγγες
τῶν 2ml καὶ 20ml, βελόνες γιὰ τοπικὴ ἀ-
ναισθησία καὶ βελόνες ὀσφυνοωτιαίας πα-
ρακεντήσεως 3½ Ἴντσῶν No 20 gauge.

Ἡ ἡλικία τῆς ἐγκυμοσύνης ἐλέγχεται
σχολαστικὰ μὲ βάση τὴν τελευταία περι-
οδο, τὸ ὕψος τοῦ πυθμῆνα τῆς μήτρας καὶ
ὑπερηχογραφικὰ μὲ μέτρηση τῆς ἀμφι-
βρεγματικῆς διαμέτρου τῆς κεφαλῆς τοῦ
ἐμβρύου, γιὰ ν' ἀποφευχθοῦν σφάλματα
πὺν θὰ ἔχουν ἀντίκτυπο στὴ λήψη τοῦ ὑ-

γροῦ καὶ τὴν καλλιέργεια τῶν κυττάρων. Τὸ ἴδιο σχολαστικὰ ἐλέγχονται καὶ οἱ καρδιακοὶ παλμοὶ τοῦ ἔμβρυου μὲ τὸ ἀκουστικὸ μηχανήμα ὑπερήχων, διότι ἡ παρακέντησις εἶναι ἀσκοπιθὴ ἐὰν διαπιστωθεῖ ἐνδομήτριος θάνατος τοῦ ἔμβρυου.

Ὁ καθορισμὸς τῆς θέσεως τοῦ πλακοῦντα μὲ τοὺς ὑπερήχους ἐπέτυχε νὰ ὑποδεικπλασιάσει τοὺς κινδύνους τῆς μεθόδου (Miskin καὶ συν. 1974) καὶ τὶς κυριώτερες ἐπιπλοκὰς τῆς.

Ἡ χορήγησις φαρμάκων ποὺ ἐλαττώνουν τὸν τόνο τῆς μήτρας (ἰσοξουπρίνη-ριτοδρίνη) πρὶν ἀπὸ τὴν παρακέντησις υἰοθετεῖται ἀπὸ πολλοὺς ἐρευνητές, γιὰ τὴν ἀποφεύγονται οἱ συστολὲς τῆς μήτρας ἀπὸ τὸν ἐρεθισμὸ τοῦ τοιχώματός της ποὺ προκαλεῖται ἀπὸ τὴν βελόνα.

Σχετικὰ μὲ τὴν εἰσαγωγή ἢ ὄχι στὸ Νοσοκομεῖο τῆς ἐγκύου ποὺ πρόκειται νὰ ὑποβληθεῖ σὲ ἀμνιοπαρακέντησις, ὅλοι συμφωνοῦν σήμερα ὅτι δὲν χρειάζεται εἰσαγωγή ἐκτὸς ἀν προκίψει κάποια ἐπιπλοκὴ μετὰ τὴν παρακέντησις ὅποτε συνιστᾶται ἡ παραμονὴ τῆς στὸ Νοσοκομεῖο γιὰ 24 ἢ 48 ὥρες. Ἡ ὁδὸς ποὺ ἀκολουθεῖται γιὰ τὴν ἀμνιοπαρακέντησις εἶναι πάντοτε ἀπὸ τὸ πρόσθιο κοιλιακὸ τοίχωμα, στὴ μέση γραμμὴ καὶ κοντὰ στὸν πυθμένα τῆς μήτρας ἐπειδὴ ἐκεῖ συνήθως ὑπάρχει περισσότερο ἀμνιακὸ ὑγρὸ, ἢ δὲ βελόνα συνήθως μπαίνει κάθετα ἢ σὲ ὀξεία γωνία μὲ τὸ τοίχωμα τῆς μήτρας. Ἡ κολπικὴ ὁδὸς δὲν χρησιμοποιεῖται πιά γιὰ τὴν παρουσιάζει μεγαλύτερο κίνδυνον γιὰ λοίμωξιν καὶ αὐτόματη ἔκτρωσις, ἐπιχειρεῖται δὲ μόνον σὲ ἀμνιοπαρακέντησις πρὶν ἀπὸ τὴ 14ῃ ἑβδομάδα τῆς ἐγκυμοσύνης. Ἡ σχολαστικὴ ἀντισηψία στὴν περιοχὴ ποὺ θὰ γίνῃ ἡ παρακέντησις ἔχει πολὺ μεγάλη σημασίαν γιὰ τὴν ἀποφυγὴν λοιμώξεως, γι' αὐτὸ οἱ περισσότεροι χρησιμοποιοῦν γιὰ ἀντισηψίαν τὸ βάμμα ἰωδίου ἢ τὸ Betadine (Queenan) ποὺ εἶναι μικροβιοκτόνες οὐσίες.

Ἡ χρησιμοποίησις προφυλακτικῆς χημειοθεραπείας μετὰ τὴν ἀμνιοπαρακέντησις μὲ μικροβιοκτόνον ἀντιβιοτικὸν (ἀμπικιλίνη) ποὺ ἐπιτρέπεται ἡ χορήγησις του στὴν κύησις, ἀποτελεῖ κανόνα, γιὰ τὴν μείωσιν τῶν κινδύνων τῆς λοιμώξεως.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Οἱ κυριώτερες ἐνδείξεις τῆς ἀμνιοπαρακέντησεως γιὰ τὸν προγεννητικὸ ἔλεγχο ἀναφέρονται στὸν Πίνακα III. Ἀπὸ τὶς χρωμοσωματικὰς ἀνωμαλίας ἀνακαλύπτονται οἱ διάφορες τρισωμίες (13 - 15, 18, 21) τῶν σωματικῶν χρωμοσωμάτων καὶ οἱ ἀνωμαλίες τῶν φυλετικῶν χρωμοσωμάτων (σύνδρομα Turner and Klinefelter). Οἱ φυλοσύνδετες μονογονυλλιακὰς (αἰμοφιλία, μυϊκὴ δυστροφία Duchenne - Becker, σύνδρομον Lesch - Nyhan) ἀνωμαλίες, μὲ τὴν διάγνωσιν τοῦ φύλου τοῦ ἔμφυτου ἐνδομητρίως, κατορθώνεται ν' ἀντιμετωπίζονται πῶς σωστὰ γιὰ τὴν εἶναι γνωστὸ ὅτι σ' αὐτὰς νοσεῖ τὸ ἄρρεν ἐνῶ φορέας εἶναι τὸ θῆλυ.

Οἱ μεταβολικὰς συγγενεῖς ἀνωμαλίες ποὺ ἔχουν βρεθεῖ μετὰ ἀπὸ προσδιορισμὸν διαφόρων ἐνζύμων στὸ ἀμνιακὸ ὑγρὸ διακρίνονται σὲ διαταραχὰς τοῦ μεταβολισμοῦ τῶν ὑδατανθράκων, τῶν λιπῶν, τῶν ἀμινοξέων καὶ σὲ βλεννοπολυσακχαριδῶσεις.

Στὴ διάγνωσιν ἀνοικτῶν βλαβῶν τοῦ Κ.Ν.Σ. τοῦ ἔμβρυου (μηνιγγοκίλη, ἀνεγκέφαλα, ἐγκεφαλοκίλη) ἡ ἀμνιοπαρακέντησις συμβάλλει μὲ τὸν προσδιορισμὸν τῆς α-φετοπρωτεΐνης καὶ τῆς ἀνοσοσφαιρίνης G (IgG) στὸ ἀμνιακὸ ὑγρὸ, μὲ τὴν ἐγγύση σκιερᾶς οὐσίας (Urographin) στὴν ἀμνιακὴ κοιλότητα (ἀμνιογραφία) καὶ ἐνισχύεται μὲ τὴν ἐμβρουσκόπησις.

Ἡ συγγενὴς ὑπερπλασία τῶν ἐπινεφριδίων ἀνακαλύπτεται ἀπὸ τὸν προσδιορισμὸν τῆς πρεγνανετριόλης καὶ τῶν 17 κετοστεροειδῶν τοῦ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ, ἐνῶ στὶς αἰμοσφαιρινοπάθειες χρησιμοποιεῖται ἡ ἀμνιοπαρακέντησις μόνον στὸν πρόσθιον πλακοῦντα, ὅπου μὲ παλινδρομικὰς κινήσεις τῆς βελόνας λαμβάνεται ἀμνιακὸ ὑγρὸ ἀναμειγμένον μὲ αἷμα (πλακουντοκέντησις). Ἡ τελευταία ἐνδειξις τῆς παρακέντησεως, δηλαδὴ σὲ ἔκθεσις τῆς μητέρας σὲ ἀκτινοβολία καὶ ἰώσεις κατὰ τὸν Nadler δὲν θεωρεῖται πρὸς τὸν παρὸν ὑλοποίησις ἀν καὶ ἔχουν παρατηρηθεῖ χρωμοσωματικὰς ἀνωμαλίας μετὰ τὴν ἔκθεσις τῆς μητέρας σὲ ἀκτινοβολία (ἀτομικὰς βόμβες στὸ Ναγκα-σάκι καὶ Χιροσίμα) ἐνῶ σχετικὰ μὲ τὶς

ιώσεις τὸ θέμα ἐρευνᾶται χωρὶς μέχρι στιγμῆς θετικό ἀποτέλεσμα.

ΤΕΧΝΙΚΗ

Ἡ ἐπίτοκος ἔρχεται τὸ πρῶτὸ στὸ Νοσοκομεῖο, ἀφοῦ πρὶν δυὸ ὥρες ἔχει πάρει δύο δισκία ἰσοξουπρίνη per os, ξαπλώνει ὑπτιὰ στὸ κρεβάτι, ἐλευθερώνεται τὸ ὑπογάστριο ἀπὸ τὰ ρούχα καὶ γίνεται ἀκρόαση τῶν καρδιακῶν παλμῶν τοῦ ἐμβρύου μὲ τὸ ἀκουστικό μηχανήμα ὑπερήχων. Ἐπειτα ὁ γιατρός φορεῖ ἄσηπτα γάντια, ἀνοίγει τὸν ἀποστειρωμένο δίσκο ἀμνιοπαρακεντήσεως μιᾶς χρήσεως πὺν περιέχει ὄλα τὰ ἀπαραίτητα γιὰ τὴν παρακέντηση ἐργαλεῖα καὶ μὲ τολυπολαβίδα καθαρίζει τὸ ὑπογάστριο μὲ βάμμα ἰωδίου. Ἀκολουθεῖ τοποθέτηση σεντονιοῦ μὲ κεντρικὴ ὁπή στὸ ὑπογάστριο καὶ ὁ γιατρός διαλέγει τὴν βελόνα ὄσφυονωτιαίας παρακεντήσεως πὺν θὰ χρησιμοποιοῦσῃ (No 20 ἢ 22 gauge). Στὴ συνέχεια πιέζει μὲ τὸ ἀριστερό του χέρι τὴν μήτρα πρὸς τὸ πρόσθιο κοιλιακὸ τοίχωμα ἐνῶ μὲ τὸ δεξιὸ ἐκτελεῖ τὴν παρακέντηση σπρώχνοντας τὴν βελόνα πρὸς τὸ τοίχωμα τοῦ ὑπογαστρίου στὴ μέση γραμμὴ κάθετα ἢ σὲ ὄξεία γωνία. Ἡ βελόνα περνάει ὄλο τὸ πάχος τοῦ προσθίου κοιλιακοῦ τοιχώματος, τὸ πάχος τοῦ μυομητρίου καὶ τέλος μπαίνει μέσα στὴν ἀμνιακὴ κοιλότητα γεγονός πὺν ἀντιλαμβάνεται ὁ γιατρός ἀπὸ τὸ χαρακτηριστικὸ αἰσθημα κενοῦ πὺν νοιώθει. Μετά, ἀφαιρεῖται ὁ στείλεδς τῆς βελόνας ὄποτε ἀναβλύζει σταγόνα ἀμνιακοῦ ὕγρου καὶ τοποθετεῖται σύριγγα γιὰ νὰ γίνει ἡ συλλογὴ 20 - 25ml ἀμνιακοῦ ὕγρου. Ἀφοῦ τελειώσει ἡ συλλογὴ τοῦ ὕγρου, ἀφαιρεῖται ἡ σύριγγα, τὸ ὕγρὸ μεταγγίζεται στὸ εἰδικὸ ἄσηπτο πλαστικὸ σωληνάριο καὶ ἀποστέλλεται στὸ ἐργαστήριο Κυτταρογενετικῆς, ξανατοποθετεῖται ὁ στείλεδς μέσα στὴ βελόνα καὶ ἡ τελευταία ἀφαιρεῖται μὲ γρήγορα κίνηση ἀπὸ τὴν κοιλία. Ἀκολουθεῖ ἀντισηπτικὸ τοῦ δέρματος μὲ βάμμα ἰωδίου, τοποθετεῖται μικρὴ γάζα μὲ λευκοπλάστ (Hansaplast) στὸ σημείο νύξεως τῆς βελόνας καὶ ἔπειτα γίνεται ἀκρόαση τῶν καρδιακῶν παλμῶν τοῦ ἐμβρύου.

Ἡ γυναίκα παραμένει στὸ Νοσοκομεῖο γιὰ 1 - 2 ὥρες καὶ ἔπειτα ἐπιστρέφει στὸ σπίτι τῆς ὄπου γιὰ 24 ὥρες τῆς συστήνεται νὰ ἔχει μειωμένη δραστηριότητα.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Ἡ διαγνωστικὴ ἀμνιοπαρακέντηση, γιὰ τὴν περίοδο τῆς ἐγκυμοσύνης κάτω ἀπὸ τὶς 20 ἐβδομάδες παρουσιάζει γενικὰ μικρὴ γενικὴ συχνότητα ἐπιπλοκῶν (<0.5%) πὺν διακρίνονται σὲ ἐπιπλοκὲς ἀπὸ τὴν μητέρα, ἀπὸ τὸ ἔμβρυο καὶ σὲ τεχνικὲς (Πίνακας IV).

Οἱ ἐπιπλοκὲς τῆς μητέρας εἶναι σπάνιες, δὲν προκαλοῦν κινδύνους στὴν ὕγεια τῆς καὶ τῆ ζωὴ τῆς καὶ οἱ περισσότερες ποροῦν ν' ἀποφεύγονται ὄπως π.χ. τὸ αἱμάτωμα τοῦ κοιλιακοῦ τοιχώματος ἢ ἡ τρώση τοῦ ἐντέρου καὶ τῆς οὐροδόχου κύστεως καὶ ἡ πρόκληση εὐαισθητοποιήσεως σὲ Rh ἀρνητικὴ μητέρα.

Ἀπὸ τὶς ἄλλες ἐπιπλοκὲς, ἡ διαφυγὴ ἀμνιακοῦ ὕγρου εἶναι σπάνια, καὶ δὲν δημιουργεῖ προβλήματα γιὰ τὴν σταματάει αὐτόματα, οἱ συστολὲς τῆς μήτρας εἶναι παροδικὲς καὶ ἀντιμετωπίζονται μὲ ἰσοξουπρίνη ἐνῶ ἡ τάση λιποθυμίας (νευροφυτικὴ ἀστάθεια) καὶ ἡ ναυτία μὲ τὸν ἔμετὸ δὲν διακοῦν παρὰ λίγα λεπτά τῆς ὄρας. Οἱ ἐπιπλοκὲς ἀπὸ τὸ ἔμβρυο, παρὰ τὴ μικρὴ συχνότητα πὺν ἔχουν (0.4%), πολλὲς φορὲς στοιχίζου τὴν ἀπώλεια τῆς ζωῆς του εἴτε ἔμμεσα (αὐτόματη ἔκτρωση 0.3% λοίμωξη) εἴτε ἄμεσα (τραυματικὴ κάκωση - αἱμορραγία).

Τὰ τελευταία χρόνια ἡ τελειοποίηση τῶν μηχανημάτων ὑπερήχων βοήθησε πολὺ στὴν ἀποφυγὴ ἐπιπλοκῶν ἀπὸ τρώση τοῦ ὄμφαλιου λώρου ἢ ἐπίσημου ἀγγείου τῆς ἐμβρυϊκῆς ἐπιφανείας τοῦ πλακούντα. Ἀντίθετα οἱ τραυματικὲς κακώσεις τοῦ ἐμβρύου πὺν ἀναφέρθηκαν στὴν βιβλιογραφία (σπανιότατες) ἀφοροῦν σὲ νύξεις τῆς βελόνας σὲ διάφορα σημεία τῆς ἐξωτερικῆς του ἐπιφανείας χωρὶς ἰδιαίτερη σημασία. Τέλος, οἱ τεχνικὲς δυσχέρειες τῆς μεθόδου, πὺν κατὰ τὸν Nadler (1976) φθάνου τὸ 4%, ἀντιμετωπίζονται μὲ δευτέρη παρακέν-

τηση ώστε τὸ ποσοστὸ ἐπιτυχίας φθάνει τελικὰ τὸ 99.4%, ποσοστὸ πὸν δίνει τὸ Ἐθνικὸ Ἰνστιτούτο Ὑγείας τοῦ Παιδιοῦ στὶς Ἠνωμένες Πολιτεῖες τῆς Ἀμερικῆς.

Συμπερασματικὰ ἡ ἀμνιοπαρακέντηση εἶναι πολὺ ἐπιτυχημένη μέθοδος γιὰ τὸν προγεννητικὸ ἔλεγχο τοῦ ἐμβρίου πρὶν ἀπὸ τὴν 20ῆ ἑβδομάδα τῆς ἐγκυμοσύνης,

γιατὶ ἔχει μεγάλο πεδίο ἐφαρμογῆς, πολλαπλὲς ἐνδείξεις, ἡ τεχνικὴ τῆς εἶναι ἀπλή καὶ τέλος οἱ ἐπιπλοκὲς τῆς ἔχουν γενικὴ συχνότητα κάτω ἀπὸ 0.5%, πὸν εἶναι μικρότερη ἀπὸ τὸν κίνδυνο τοῦ ἐμβρίου νὰ γεννηθεῖ μὲ συγγενεῖς ἀνωμαλίες (1%) στὶς αὐξημένους γενετικοῦ κινδύνου ἔγκυες γυναῖκες.

ΠΙΝΑΚΑΣ I

ΣΤΑΘΜΟΙ ΑΜΝΙΟΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΕΩΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

- 1955 SERR: Καθορισμὸς χρωματίνης φύλου στὸ ἀμνιακὸ ὑγρὸ.
- 1956 FUCHS - RIIS: Προγεννητικὴ διάγνωση τοῦ φύλου τοῦ ἐμβρίου ἀπὸ τὸ ἀμνιακὸ ὑγρὸ.
- 1965 KLINGER: Χρωμοσωματικὴ ἀνάλυση τοῦ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ (καρυότυπος).
- 1966 STEELE - CHEIDE: Χρωμοσωματικὴ ἀνάλυση τοῦ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ (καρυότυπος).
- 1968 NADLER: Διάγνωση συγγ. μεταβολικῶν νόσων ἀπὸ ἔνζυμα τοῦ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ.

ΠΙΝΑΚΑΣ II

ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΑΜΝΙΟΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΕΩΣ

(πρὶν ἀπὸ τὴν 20ῆ ἑβδομάδα κηΐσεως)

1. Χρόνος ἐφαρμογῆς (16ῆ ἑβδομάς).
2. Ὑλικό.
3. Ἐλεγχος ἡλικίας κηΐσεως καὶ ζωῆς ἐμβρίου.
4. Καθορισμὸς θέσεως πλακούντα.
5. Χορήγηση φαρμάκων πρὸ τῆς παρακεντήσεως.
6. Μὴ εἰσαγωγή τῆς ἐγκύου στὸ Νοσοκομεῖο.
7. Ὅδὸς ἐφαρμογῆς τῆς μεθόδου.
8. Ἐκλογή σημείου παρακεντήσεως.
9. Ἀντισηψία περιοχῆς τῆς παρακεντήσεως.
10. Χημειοθεραπεία μετὰ τὴν παρακέντηση.

11. Προσδιορισμὸς ἐμβρυικῶν ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων στὸ αἷμα τῆς μητέρας.

ΠΙΝΑΚΑΣ III

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΑΜΝΙΟΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΕΩΣ ΓΙΑ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

1. Χρωμοσωματικὲς ἀνωμαλίες.
2. Μεταβολικὲς συγγ. ἀνωμαλίες.
3. Φυλοσύνδετες συγγ. ἀνωμαλίες.
4. Ἀνοικτὲς βλάβες Κ.Ν.Σ. ἐμβρίου
5. Συγγ. Ὑπερπλασία ἐπινεφριδίων.
6. Αἰμοσφαιρινοπάθειες (πλακουντοκέντηση).
7. Ἐκθεση τῆς μητέρας σὲ ἀκτινοβολία καὶ ἰώσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ IV

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΜΝΙΟΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΕΩΣ

(Ἡλικία ἐγκυμοσύνης <20 ἑβδομάδων)

ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ

Αἱμάτωμα τοιχώματος
Διαφυγὴ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ
Πρόκληση εὐαισθητοποιήσεως (PH—)
Ἄλγη κοιλίας (συστολὲς)
Τρώση οὐροδ. κύστεως - ἐντέρου
Λιποθυμία - Ναυτία - Ἐμετος

ΑΠΟ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ (0,4%)

Αἱμορραγία
Τραυματικὴ κάκωση
Λοίμωξη
Αὐτόματη ἔκτρωση (0,3%)

ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Ἀδυναμία λήψεως Ἀ. Ὑγροῦ
Πρόσμειξη αἵματος

ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΣ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ
<0.5%



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- EMERY A.E. (1970): Antenatal diagnosis of genetic disease. Modern Trends Human Genetics 1,267.
- GOODNER D.M. (1976): Prenatal genetic diagnosis. An historical perspective Clin. Obst. Gyn. 19,837.
- MILUNSKI A, ATKINS L (1974): Prenatal diagnosis of genetic disorders. An analysis of experience with 600 cases. J.A.M.A. 230,232.
- MISKIN M, DORAN T.A. RUDD N. GARDENER H.A.
- LIEDGREN S, BENJIE R (1974): Use of ultrasound for placental localization in genetic amniocentesis. Obst. Gyn. 43,872.
- NADLER H.L (1976): Prenatal detection of genetic defects Adv. Pediat 22,1.
- NICHHD (1976): National Registry for Amniocentesis. Study Group Mid-Trimester amniocentesis for prenatal diagnosis: Safety and accuracy. J.A.M.A. 236,1471.
- ΠΡΕΒΕΔΟΥΡΑΚΗΣ Κ. (1977): 'Η ἀμνιοπαρακέντησις. Εἰς ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΘΕΜΑΤΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ, Τόμος Ι τῶν Κ. Πρεβεδουράκη, Α. Σούμπλη, Ζ. Παπαθανασίου. Ἐκδότης Χ. Κοβάνης.
- SIMPSON J.L, MARTIN A.O. (1976): Prenatal diagnosis of cytogenetic disorders. Clin. Obst. Gyn. 19,841.
- WAGNER G. FUCHS F (1962): Volume of amniotic fluid in the first half of pregnancy. J. Obst. Gyn. Br. CWIth 69, 131.



Κάθε ἔτος πρέπει νὰ εἶναι ἔτος τοῦ παιδιοῦ

ΜΥΝΗΜΑ ΤΟΥ Κ. ΚΩΝ. ΤΣΑΤΣΟΥ

«Κάθε ἔτος πρέπει νὰ εἶναι ἔτος τοῦ παιδιοῦ», διακήρυξε ὁ πρόεδρος τῆς Δημοκρατίας κ. Κων. Τσάτσος, σὲ μῆνυμά του γιὰ τὸν ἑορτασμό τοῦ «Ἔτους τοῦ Παιδιοῦ».

Εἶπε μεταξὺ ἄλλων:

1) «Τὸ ἔτος τοῦ παιδιοῦ, ποῦ ἀνήγαν σὲ παγκόσμιο θέμα τὰ Ἴνωμένα Ἔθνη, ἓνα βασικὸ νόημα ἔχει: Ἀφήσετε γιὰ λίγο τὰ παρόντα καὶ κυττάξτε τὸ μέλλον. Τὸ παιδί εἶναι τὸ μέλλον. Ἡ εὐτυχία τοῦ μέλλοντος. Γιὰ τὴν εὐτυχία τοῦ μέλλοντος θυσιάσετε κάτι ἀπὸ τὴν καλοπέραση τοῦ παρόντος. Σωματικὴ, ἡ-

θικὴ καὶ πνευματικὴ ὑγεία χαρίσετε στὰ παιδιά. Ὅχι μόνο τὰ δικά σας, ἀλλὰ σὲ ὅλα τὰ παιδιά τῆς Οἰκουμένης.

2) Τὰ παιδιά πεινοῦν γιὰ ψωμί, ἀλλὰ πεινοῦν καὶ γιὰ λίγο χάδι. Ὅλα τὰ συμφέροντα καὶ οἱ βουλιμίες ποῦ μᾶς χωρίζουν ἐπὶ αἰῶνες, σταματοῦν μπρὸς τὸ παιδί. Ποιὸς ἀμφισβητεῖ αὐτὲς τὶς ἀλήθειες; Μερικὰ ἐλάχιστα τέρατα, τρελλοὶ τῆς γενοκτονίας.

3) Ἄς ἐπαινέσωμε λοιπὸν τὴν πρωτοβουλία αὐτὴ τῶν Ἰνωμένων Ἐθνῶν. Καὶ νὰ μὴν σταματήσωμε στὸν ἔπαινο. Ἄς βοηθήσουν οἱ πλοῦσοι μὲ πολλὰ καὶ οἱ φτωχοὶ μὲ λίγα».