



ΚΥΗΣΙΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΙ*

Αί καρδιακαί βλάβαι τῆς μητρός, οὔσαι ἀπότοκοι ὀξέος ρευματισμοῦ κυρίως καί σπανιώτερον ἄλλων λοιμώξεων, δὲν εἶναι κληρονομικαί.

Νῦν, ἄς ἐπανέλθωμεν εἰς τὸ κύριον θέμα μας καί εἰς τὰ ἐρωτήματα τὰ ἐξ αὐτοῦ ἀπορρέοντα. Τὰ ἐρωτήματα ταῦτα τίθενται ὑπὸ δύο μορφᾶς εἰς τὸν ἱατρὸν ἐν τῇ καθ' ἡμέραν πράξει: 1) "Ἄν ἐπὶ ἐγκύου καρδιοπαθοῦς εἶναι ἀναγκαῖον νὰ διακοπῇ ἡ κύησις ἢ ὄχι, καί πότε; 2) "Ἄν καρδιοπαθῆς νέα δύναται νὰ ἔλθῃ εἰς γάμον κοινωϊάν καί ἐνδεχομένως νὰ τεκνοποιήσῃ;

Ἡ ἱατρικὴ ἀποψις τοῦ θέματος ἐνέχει καί τὴν κοινωνικὴν, σπανίως τὴν δικαστικὴν καί ἐνίοτε καί τὴν θρησκευτικὴν αὐτῆς πλευράν. Δὲν πρέπει νὰ μᾶς διαφεύγῃ ὅτι πᾶσα γυνὴ προσβεβλημένη ὑπὸ βαλβιδικῆς βλάβης τῆς καρδίας συνεπεῖα ρευματικῆς ἐνδοκαρδίτιδος, ὅταν ἡ βλάβη αὐτῆ μάλιστα τυγχάνῃ στένωσις τῆς μιτροειδοῦς καί δὴ συνεσφιγμένη, περιπίπτουσα εἰς κατάστασιν ἐγκυμοσύνης ὑπόκειται εἰς ὠρισμένους κινδύνους, οἱ ὅποιοι εἶναι κατὰ τοσοῦτον μᾶλλον ὀλιγώτεροι, ὅσω ἡ γυνὴ εἶναι ἀκόμη νέα, κάτω τῶν 28, τὸ πολὺ 30 ἐτῶν, καί δὲν παρουσίασεν εἰσέτι ρῆξιν τῆς ἀντιρροπήσεως διὰ βαθμοῦ τινος καρδιακῆς ἀνεπαρκείας, ὅφ' οἶανδήποτε αὐτῆς μορφήν. Ἐπίσης, ἂν ἡ βαλβιδικὴ αὐτῆς βλάβη δὲν εἶναι στένωσις τῆς μιτροειδοῦς, οἱ κίνδυνοι περιορίζονται ἔτι πλέον. Ἐχει παρατηρηθῆ καί διαπιστωθῆ ὅτι αἱ βλάβαι τοῦ ἀορτικοῦ στομίου καί ἡ ἀνεπάρκεια τῆς μιτροειδοῦς, ἐφ' ὅσον δὲν συνοδεύονται ὑπὸ μυοκαρδίτιδος ἢ περικαρδιακῶν συμφύσεων, γίνονται

κατὰ πολὺ κάλλιον ἀνεκταί καί ἀντισταθμίζονται. Ἐπίσης αἱ συγγενεῖς καρδιακαί ἀνωμαλῖαι, ὅταν εἶναι μονήρεις, ὡς ἡ στένωσις τοῦ ἀορτικοῦ στομίου, ἢ ἡ στένωσις τῆς πνευμονικῆς ἀρτηρίας, ἢ νόσος τοῦ Roger, κλπ. Ἐφ' ὅσον ὁμως τυγχάνουν πολλαπλαῖ καί συνδεδυασμέναί καί ὑφίσταται κυάνωσις, ἢ κύησις γίνεται λίαν δυσκόλως ἀνεκτῆ, ἂν ὄχι ἀδύνατος.

Τοῦναντίον, ἐὰν ἡ γυνὴ εἶναι ἄνω τῶν 30 ἐτῶν, ἂν ἡ βαλβιδικὴ αὐτῆς βλάβη ὀφείλεται εἰς τὴν στένωσιν τῆς μιτροειδοῦς καί δὴ συνεσφιγμένην, ἂν ὑφίσταται ταχυαρρυθμία μὲ προγηγθέντα μάλιστα ἐμβολικὰ ἐπεισόδια, ἂν ἐνεφάνισε πρὸ τῆς ἐγκυμοσύνης φαινόμενα καρδιακῆς ἀνεπαρκείας, ὑποσυστολῆν ἢ ὑπόξυ ἢ ὀξύ πνευμονικὸν οἴδημα, ἂν ὁ ἀριστερὸς κόλπος κατὰ τὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν ἐμφανίζεται λίαν διατεταμένος καί πληροὶ τὸ ὀπισθοκαρδιακὸν διάστημα συγχεόμενος πρὸς τὴν σκιάν τῆς σπονδυλικῆς στήλης, ἂν εἰς τὸ Η.Κ.Γ. ἡ κολπικὴ ἀπόκλισις Ρ παρουσιάζεται πλατεῖα καί δικόρυφος εἰς τὴν II ἀπαγωγὴν καί ἂν ὑφίσταται ἀποκλεισμός τοῦ δεξιοῦ σκέλους τοῦ δεματίου τοῦ His καί ἠλεκτροκαρδιογραφικὰ σημεῖα ὑπερφορτώσεως τῆς δεξιᾶς κοιλίας μετὰ κλινικῶν συμπτωμάτων σχεδὸν μονίμου στάσεως εἰς τοὺς πνεύμονας καί διόγκωσις τοῦ ἥπατος ὡς καί μλνιμος δυσπνοιῆ κατὰστασις, τότε ὑπάρχει σχεδὸν ἀπόλυτος βεβαιότης, ὅτι ἡ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια θὰ ἐμφανισθῇ ἀναμφισβητήτως κατὰ τὴν διαδρομὴν τῆς κύησεως καί ἰδίᾳ κατὰ τὸν 3ον ἢ 4ον μῆνα.

Φυσικὰ δὲν εἶναι ἀνάγκη νὰ ἀναζητήσῃ τις τὸ σύνολον τῶν περιγραφομένων ἀνωτέρω συμπτωμάτων διὰ νὰ σχηματίσῃ τὴν κρίσιν του· ὁ συνδυασμός τῶν κυριωτέρων

* Συνέχεια ἐκ τοῦ προηγουμένου καί τέλος.

και η συνύπαρξις περισσοτέρων θα μᾶς οδηγήσῃ εἰς τὴν ἀπόφασίν μας.

Εἰς αὐτὰς ὡς ἄνω κυρίως τὰς περιπτώσεις ἢ ἀπάντησις εἰς τὸ ἐρώτημα τῆς διακοπῆς τῆς κηήσεως θὰ εἶναι *θ ε τ ι κ ῆ*, ἢ ὅποια ἐφ' ὅσον κριθῆ ἀπαραίτητος δέον νὰ πραγματοποιηθῆται ἐντὸς τῶν τριῶν πρώτων μηνῶν. Ἄν πάλιν, παρὰ πᾶσαν πρόβλεψίν μας ἐπὶ τοῦ περιστατικοῦ, ἢ καρδιακῆ ἀνεπάρκειαι ἐμφανισθῆ κατὰ τὸν τέταρτον μῆνα καὶ ἐν γένει κατὰ τὸ δεύτερον ἡμισυ τῆς κηήσεως καὶ δὲν ὑποχωρῆ εἰς τὴν ἀπόλυτον ἀνάπαυσιν καὶ τὴν δέουσαν καρδιοδυναμικὴν καὶ διουρητικὴν ἀγωγὴν καὶ εἰς τὴν ἐνδεδειγμένην διαιτητικὴν, πρέπει καὶ τότε νὰ προσφεύγωμεν εἰς τὴν διακοπὴν τῆς κηήσεως.

Ὡς πρὸς τὸ δεύτερον ἐρώτημα, ἂν καρδιοπαθῆς νέα δύναται νὰ ἔλθῃ εἰς γάμου κοινωνίαν καὶ ἐνδεχομένως νὰ τεκνοποιήσῃ, γίνεται προφανές ὅτι τὸ ἐρώτημα τοῦτο θὰ θέσῃ τὸν Ἴατρον, ὅστις θὰ ἔχη τὴν πολλαπλὴν εὐθύνην τῆς ἀπαντήσεως, εἰς πολὺ λεπτὴν θέσιν. Ἡ γνώμη τοῦ Ἴατροῦ δὲν πρέπει νὰ ἀκολουθῆσῃ τὸ ἀπόλυτον, συντασσομένη ἢ πρὸς τὰς δρακοντεῖως ἀσθηρὰς ἀπόψεις τοῦ Peter, διαφυσθεῖσας ἤδη ἐξαιρετικῶς συχνὰ εἰς τὴν δοκιμασίαν τοῦ χρόνου, ἢ πρὸς ἐντελῶς ἐπιεικῆ καὶ ἀπολύτως αἰσιόδοξον ἄποψιν, παρασυρομένη ἀπὸ λόγους συναισθηματικοὺς καὶ ἀπὸ τὴν ἐγγύτησιν τοῦ νεαροῦ τῆς ἡλικίας τῆς ἐνδιαφερομένης.

Ἡ γνώμη τοῦ Ἴατροῦ πρέπει νὰ εἶναι ἀποτέλεσμα ἀνεπηρεάστου κρίσεως καὶ νὰ βασίζεται στερεῶς ἐπὶ μακρᾶς παρακολούθησεως καὶ λίαν ἐπισταμένης καὶ ἐπανειλημμένης ἐξετάσεως τῆς ἀρρώστου, τῆς ἐξετάσεώς του χρησιμοποιοῦσης ἅπαντα τὰ κλινικὰ καὶ παρακλινικὰ μέσα ἐρεῦνης. Καὶ ὅσον μὲν ἀφορᾷ εἰς τὰς βαλβιδικὰς βλάβας τὰς ἐνδιαφερούσας τὸ ἀορτικὸν στόμιον ὡς καὶ διὰ τὴν ἀνεπάρκειαν τῆς μιτροειδοῦς, ἢ κρίσις μας θὰ εἶναι εὐκολωτέρα, ὅπως καὶ ἀνωτέρω ἐξεθέσαμεν. Διὰ τὴν στένωσιν ὁμως τῆς μιτροειδοῦς χρειάζεται πολὺ μεγαλυτέρα προσοχὴ καὶ περίσκεψις, καθ' ὅσον ἐκτὸς τῶν ἄλλων δὲν εἶναι διόλου σπάνιον ἢ βλάβη αὕτη νὰ ἐξελισσεται,

μετατρέπουσα διαρκῶς ἐπὶ τὸ δυσμενέστερον τοὺς ὄρους τῆς κυκλοφορίας, εἰς τρόπον ὥστε ἡ ἐγκυμοσύνη νὰ δύναται νὰ ἀποβῆ μοιραία. Διὰ τὸν λόγον τοῦτον, ὄταν τὰ κλινικὰ, τὰ ἀκτινολογικὰ καὶ τὰ ἠλεκτροκαρδιογραφικὰ σημεῖα μαρτυροῦν συνεσφιγμένην στένωσιν τῆς μιτροειδοῦς βαλβίδος μὲ τάσιν πρὸς ἐξέλιξιν, μετὰ σημαντικῆς διατάσεως τοῦ ἀριστεροῦ κόλπου, ὑπερφορτώσεως τῆς δεξιᾶς κοιλίας καὶ πλήρους ἀρρυθμίας, τὸ δὲ ὑπὸ κρίσιν ἄτομον ἔχει ἤδη ὑποστῆ μίαν ἢ καὶ περισσοτέρας ἐκδηλώσεις καρδιακῆς ἀνεπάρκειας, τότε πρέπει νὰ εἴμεθα ἀναμφισβητήτως ἄ ρ η τ ι κ ο ί. Κατὰ συμβουλήν μάλιστα τοῦ Vaquez καὶ δεδομένου ὅτι ἡ πάθησις ἔχει πλειστάκις τάσιν ἐξελικτικὴν, ἐκτὸς ἐπιεγούσης ἐκ τῶν πραγμάτων περιστάσεως, δὲν πρέπει νὰ ἐπειγώμεθα ὅπως δώσωμεν ἀπάντησιν. Ἐν ἕως δύο ἔτη παρακολούθησεως εἶναι συνήθως ἀρκετὰ διὰ τὴν μόρφωσιν τῆς γνώμης μας.

Ἐν προκειμένῳ θὰ ἐπιμεινώμεν καὶ ἐπὶ ἄλλου τινὸς σημείου, κοινωνικῆς σημασίας εἶναι ἀναγκαῖον νὰ ἀπαιτῶμεν ἐπιβάλλοντες διὰ τοῦ κύρους μας καὶ τῆς πειθούς εἰς τὴν ἐνδιαφερομένην καὶ τὸ περιβάλλοντες, νὰ καθιστοῦν γνώστην τῆς καταστάσεως τὸν μέλλοντα σύζυγον. Ἡ ἐκ τύχης, ἢ ἐκ τῆς φορᾶς τῶν πραγμάτων μετὰ τὸν γάμον ἀποκάλυψις, δύναται νὰ καταστῆ πηγὴ σοβαρῶν ἀνωμαλιῶν εἰς τὸν μετέπειτα συζυγικὸν βίον καὶ δημιουργὸς δραματικῶν ἐνίοτε ἐξελίξεων.

Θὰ ἤμεθα ἄλλοι περαινόντες ἂν δὲν ἐπιλαμβανώμεθα τοῦ θέματος τῆς βαλβιδοτομῆς ἐπὶ τῶν ἐκ στενώσεως τῆς μιτροειδοῦς πασχουσῶν, εἴτε αὐταὶ πρόκειται νὰ νυμφευθοῦν, εἴτε εὐρίσκονται ἤδη εἰς κατὰστασιν ἐγκυμοσύνης. Καὶ ὡς πρὸς μὲν τὴν πρώτην περίπτωσιν, ἢ κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη εἰσαχθεῖσα εἰς τὴν κλινικὴν καὶ διαρκῶς καὶ εὐθρῶς διαδιδομένη πολύτιμος αὕτη χειρουργικὴ μέθοδος ἐπεμβάσεως ἐπὶ τῆς ἐστενωμένης μιτροειδοῦς βαλβίδος εὐχερῶς δύναται νὰ συστηθῆ, ἰδίως ἐπὶ συνεσφιγμένης στενώσεως, καὶ πολλὸς θὰ παράσχη θετικὰς ὑπηρεσίας εἰς τὴν μετέπειτα ζωὴν τῆς χειρουργηθείσης καὶ γενι-

κώς, αλλά και ιδιαιτέρως ως εγκύου και μητρός. Ἡμεῖς τοῦλάχιστον ἐπανελημμένως τὴν συνεστήσαμεν και δὲν μετενοήσαμεν διὰ τοῦτο.

Ὡς πρὸς τὴν ἐφαρμογὴν ὅμως τῆς βαλβιδοτομῆς ἐπὶ γυναικῶν εὐρισκομένων ἡδη εἰς κατάστασιν κήσεως, ἡ μέθοδος νεωστὶ ἤρξατο ἐφαρμοζομένη και τὸ θέμα χρήζει ιδιαιτέρας τινὸς ἀναλύσεως πρὸς κρίσιν.

Ἐπειδὴ ἡ στένωσις τῆς μιτροειδοῦς εἶναι ἡ συχνότερα και σοβαρώτερα βαλβιδικὴ ρευματικὴ βλάβη, ἡτις λόγῳ τῶν συμφορητικῶν ἀπὸ τοῦ πνεύμονος φαινομένων ὡς ἐκ τῆς ἐπιβαρύνσεως τῆς μικρᾶς κυκλοφορίας και τῆς συνεχοῦς ἀπειλῆς τοῦ πνευμονικοῦ οἰδήματος, ἀντιτίθεται εἰς τὴν ὁμαλὴν διαδρομὴν τῆς κήσεως ἐνίοτε δὲ και τοῦ τοκετοῦ, ἐσκέφθησαν νὰ ἐφαρμόσουν τὴν βαλβιδοτομήν, πρὸς διευκόλυνσιν τῆς κυκλοφορίας και ἀποφυγὴν τῆς ἐνδεχομένης διακοπῆς τῆς κήσεως, ἂν αὐτὴ μάλιστα ἔχει ὑπερβῆ τὸν 4ον μῆνα. Ἡ μεγάλη μείωσις τοῦ κωλύματος τῆς στενώσεως δημιουργεῖ πολὺ ὀλιγώτερον φόρτον διὰ τὸ μυοκάρδιον και τοῦ ἐξοικονομεῖ λίαν σημαντικὰς ἐφεδρικὰς δυνάμεις πρὸς ἀντιστάθμισιν τῆς ἐκ τῆς κήσεως ἐπιπροσθέτου και βαρείας ἐργασίας τῆς καρδίας. Τὸ ποσοστὸν τῆς θνησιμότητος ἐκ τῆς βαλβιδοτομῆς ἐπὶ τοιούτων περιστατικῶν κυμαίνεται ἀπὸ 1-5% και δὲν εἶναι μεγαλύτερον τοῦ ποσοστοῦ τῆς ἐπὶ

μὴ εγκύων ἐφαρμοζομένης τοιαύτης. Ἡ ἐπέμβασις δὲν συνεπάγεται και θνησιμότητα τοῦ ἐμβρύου, ὅπερ πολὺ ὀλιγωτέρους κινδύνους διατρέχει ἐκ τῆς βαλβιδοτομῆς παρὰ ἐκ τῆς ἐπερχομένης κατὰ τὴν κήσιν καρδιακῆς ἀνεπαρκείας. Ὡς ἀντένδειξις τῆς ἐπεμβάσεως θεωρεῖται ἡ ἔξαψις τῆς ρευματικῆς νόσου και τῆς ἐκ ταύτης ἐνδοκαρδίτιδος, ἡ ἐξ ἐπιμολύνσεως ὑποξεία ἐνδοκαρδίτις, ὡς και ἡ συνύπαρξις ἀνεπαρκείας τῆς βαλβίδος, ἡ και ἄλλων βαλβιδικῶν βλαβῶν.

Οἱ θιασῶται τῆς τοιαύτης κατὰ τὴν κήσιν ἐπὶ τῆς μιτροειδοῦς βαλβίδος ἐπεμβάσεως, οἵτινες καθημερινῶς ἀξιάγονται εἰς τὰς Ἠνωμένας Πολιτείας, τὴν Γιουγκοσλαβίαν και ἄλλαχοῦ, ὑποστηρίζουν ὅτι ἡ βαλβιδοτομὴ πολὺ ὀλιγωτέρους κινδύνους παρουσιάζει ἀπὸ τὴν ἐπερχομένην κατὰ τὴν κήσιν καρδιακὴν ἀνεπάρκειαν ἢ τὴν ἀναγκαστικὴν ἐπείγουσαν διακοπὴν τῆς κήσεως εἰς προχωρημένον αὐτῆς στάδιον. Ἡ θνησιμότης τούτων κυμαίνεται ἀπὸ 10-15%, φθάνουσα ἐνίοτε και εἰς 20%.

Τὸ θέμα εὐρίσκειται ὑπὸ συνεχῆ μελέτην και παρακολούθησιν, ἡ δὲ ἐπέμβασις τῆς βαλβιδοτομῆς διαρκῶς βελτιοῦται και συμπληροῦται, ὥστε ὁ χρόνος θὰ ἀποδείξῃ συντόμως ἂν αἱ ἐν καταστάσει κήσεως εὐρισκόμεναι καρδιοπαθεῖς θὰ δύνανται νὰ ἐπωφεληθοῦν σχεδὸν ἀκινδύνως τῆς τόσον ἄλλωστε πολυτίμου μεθόδου.

Δρ Ν. ΤΣΟΥΧΛΟΣ

Ἐκτ. Καθηγητῆς τοῦ Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν

