

Η ΛΥΣΙΣ (ΔΙΑΣΤΑΣΙΣ) ΤΗΣ ΗΒΙΚΗΣ ΣΥΜΦΥΣΕΩΣ ΕΠΙ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΟΣ

Υπό

Δρ Κ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ
Χειρουργού - Ὀρθοπεδικού

Ἡ λύσις (διάστασις) τῆς ἡβικῆς συμφύσεως (Η.Σ.) ἀποτελεῖ πάθησιν οὐχὶ σπανίως ἀπαντωμένην εἰς τὰς Μαιευτικὰς Κλινικὰς.

Ἐνίοτε εἶναι ἀρκετὰ θορυβώδης ὡς πρὸς τὴν ἐμφάνισιν ἢ τὴν ἐξέλιξιν. Ἡ ἀκριβὴς γνῶσις αὐτῆς κρίνεται ἀπαραίτητος δι' ὅλους τοὺς ἀσχολουμένους μὲ τὴν ἐγκυμονοῦσαν καὶ τίκτουςαν γυναῖκα, Ἰατροὺς καὶ Μαίας.

Κατωτέρω προσπαθοῦμεν νὰ περιγράψωμεν τὴν πλήρη εἰκόνα τῆς παθήσεως αὐτῆς, ἀρχόμενοι ἀπὸ τῆς ἀνατομικῆς μελέτης.

Ἀνατομικὴ

Ἡ πύελος ἐν τῷ συνόλῳ τῆς παριστᾶ ἓνα δακτύλιον, ὅστις σχηματίζεται ἀφ' ἑνὸς ἀπὸ τὰ μεταξὺ των συνηνωμένα λαγόνια, ἡβικὰ καὶ ἰσχιακὰ ὀστᾶ, ἀφ' ἑτέρου ἀπὸ τὸ ἱερὸν τοιοῦτον.

Τὸ σύνολον τῶν ὀστῶν αὐτῶν, ἀνώνυμα καὶ ἱερὸν, συνεννοῦνται μεταξὺ των διὰ διαρθρώσεων καὶ συνδέσμων. Οὕτω, ὀπισθεν ἔχομεν τὴν ἀριστερὰν καὶ δεξιὰν ἱερολαγονίον διαρθρώσιν καὶ τὴν ἀριστερὰν καὶ δεξιὰν ἰσchioῖερὰν συνδέσμων, ἔμπροσθεν δὲ τὴν ἡβικὴν σύμφυσιν.

Ἐκάστης ἱερολαγονίου διαρθρώσεως ὁ ἀρθρικός θύλακος ἐνισχύεται ἐκ τῶν πρόσω (ἔσω) ὑπὸ τοῦ προσθίου ἱερολαγονίου συνδέσμου καὶ ἐκ τῶν ὀπίσω (ἔξω) ὑπὸ τοῦ ὀπισθίου ἱερολαγονίου, τοῦ μεσοστέου καὶ τοῦ ὀσφυολαγονίου συνδέσμου.

Ἡ ἰσchioῖερὰ συνδέσμωνισ συνδέει τὸ ἰσχιακὸν τμήμα τοῦ ἀνωνώμου ὀστού μὲ τὸ ἱερὸν διὰ τοῦ μείζονος καὶ ἐλάσσονος ἰσchioῖεροῦ συνδέσμου.

Ἡ ἡβικὴ σύμφυσις ἀποτελεῖ συγγόνδρων ἀνευ ἀρθρικοῦ θυλάκου. Τὰ δύο ἡβικὰ πέρατα συνάπτονται μεταξὺ των διὰ ἰνοχονδρίνου δίσκου, εἰς τὸ κέντρον τοῦ ὁποίου ὑφίσταται μικρὰ κοιλότης περιέχουσα ὀρῶδες ὑγρὸν. Ἡ συγγόνδρω-

σις αὕτη ἐνισχύεται ἀνωθεν ὑπὸ τοῦ ἄνω συνδέσμου τῆς ἡβης, κάτωθεν δὲ ὑπὸ τοῦ ἰσχυροτάτου συνδέσμου τοῦ κάτω ἢ καμαρατοῦ συνδέσμου τῆς ἡβης.

Εἰς τὰς περιγραφείσας ἱερολαγονίους διαρθρώσεις καὶ τὴν ἡβικὴν σύμφυσιν οὐδεμίαν πρακτικῶς τελεῖται κίνησις. Οἱ περιγραφέντες σύνδεσμοι, ἰσχυρότατοι ὄντες, ἐμποδίζουν πᾶσαν μετακίνησιν τῶν ἀποτελούντων τὴν πύελον ὀστῶν. Ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν ὅμως τῆς κυοφορίας οἱ σύνδεσμοι αὐτοὶ ὑφίστανται χάλασιν, ἐπιτρεπομένης οὕτω ποῖα τινος κινητικότητος τῶν ὀστῶν τῆς πύελου.

Αἰτιολογία-Παθογένεια

Ἡ λύσις τῆς Η.Σ. προκαλεῖται αὐτομάτως κατὰ τοὺς τελευταίους μῆνας τῆς ἐγκυμοσύνης ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν ταύτης, ἢ δύναται νὰ προκληθῆ κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ἐξωθήσεως.

Δυνατὸν ἢ κατὰ τοὺς τελευταίους μῆνας ἀρξαμένη χάλασις τῆς Η.Σ. νὰ ἐξελεχθῆ εἰς πλήρη διάστασιν κατὰ τὴν διάρκειαν τοῦ τοκετοῦ ἢ τῆς ἐμβρυουλκίας. Ἡ ἀρχὴ τῆς δέον νὰ ἀναζητηθῆ εἰς τὴν εἰδικὴν κατάστασιν τῶν διαρθρώσεων καὶ συνδέσμων τῆς πύελου, οἱ ὁποῖοι κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ἐγκυμοσύνης καὶ ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν αὐτῆς χαλαροῦνται καὶ οὕτω χάνουν εἰς στερεότητα ὅ,τι ἐκέρδισαν εἰς εὐκινήσιαν. Οἱ Delore καὶ Roulet, κατόπιν πειραματισμοῦ, εὔρον ὅτι ἐπὶ Η.Σ. μὴ ἐγκύου γυναικὸς ἀπαιτεῖται πίεσις 200 χιλιογράμμων, ἵνα προκληθῆ ρῆξις αὐτῆς, ἐνῶ ἐπὶ ἐγκύου, 150 χιλιογράμματα εἶναι ἱκανὰ νὰ προκαλέσουν τὴν ρῆξιν.

Οἱ ἀριθμοὶ ὅμως αὐτοὶ δὲν δύνανται νὰ χαρακτηρισθοῦν ὡς ἀπόλυτοι. Εἰδικοί ἄλλοι λόγοι συμβάλλουν εἰς τὴν πρόκλησιν τῆς λύσεως. Οὕτω, ἡ λύσις τῆς Η.Σ. εἶναι συχνότερα εἰς τὰς πολυτόκους, εἰς τὰς διδύμους κυήσεις, ἐπὶ μεγαλοσώμων ἐμβρύων ἢ ἐπὶ ὑδραμνίου, ὡς ἐπίσης εἰς

τὰς πρωτοτόκους λίαν νεαρᾶς ἡλικίας ἢ προκεχωρημένης τοιαύτης.

Παθολογικὴ ἀνατομία

Ἡ διάστασις τῆς Η.Σ. δυνατόν νὰ εἶναι μικρά, μὴ διαπιστωμένη κλινικῶς ἢ ἀκτινολογικῶς, ὀφείλεται δὲ εἰς ρῆξιν ἑνὸς συνδέσμου, τοῦ ἄνω συνδέσμου τῆς ἡβης, ἢ εἰς μερικὴν ρῆξιν περισσοτέρων συνδέσμων. (Μερικὴ λύσις ἢ χάλασις τῆς Η.Σ.)

Ἐπὶ πλήρους ρήξεως ὄλων τῶν συνδέσμων, τοῦ ἄνω καὶ τοῦ καμαρωτοῦ συνδέσμου τῆς ἡβης, ἡ διάστασις εἶναι μεγαλύτερα, ὁρατὴ ἀκτινολογικῶς, οὐχὶ ὁμως καὶ κλινικῶς.

Εἰς τὰς προαναφερθείσας περιπτώσεις, καθ' ἃς ἐπῆλθε μερικὴ ἢ ὀλικὴ ρῆξις τῶν συνδέσμων τῆς Η.Σ., ὁ ἰνοχόνδρινος δίσκος αὐτῆς παραμένει ἀνέπαφος. Εἰς τινὰς ὅμως περιπτώσεις καὶ αὐτοῦ ἐπέρχεται ρῆξις ἢ εἰς τὸ κέντρον αὐτοῦ, ὅπου ὑφίσταται μικρὰ κοιλότης, ἢ κατὰ τὴν ὀστικὴν πρόσφυσιν αὐτοῦ.

Εἰς τὰς τελευταίας αὐτὰς περιπτώσεις ἡ διάστασις εἶναι σημαντικὴ, κλινικῶς ψηλαφητὴ καὶ μὲ συμπτωματολογίαν ἔντονον.

Αἱ δύο ἱερολαγόνιοι διαρθρώσεις μετὰ τῆς Η.Σ. ἀποτελοῦν ἀρθρωτὸν ἀλλὰ ἀκίνητον σύστημα. Ἡ διάστασις ἐπομένως τῆς Η.Σ. προϋποθέτει τὰσιν τῶν προσθίων ἱερολαγονίων συνδέσμων. Ἡ τάσις αὕτη δυνατόν ἐπὶ μεγάλης διαστάσεως τῆς Η.Σ. νὰ φθάσῃ μέχρι μερικῆς ἢ ὀλικῆς ρήξεως ἑνὸς ἢ σπανιώτερον ἀμφοτέρων τῶν συνδέσμων.

Κλινικὴ εἰκὼν

Τὰ κύρια συμπτώματα εἶναι τὸ ἄλγος καὶ ἡ δυσχέρεια βαδίσεως. Ταῦτα ἐμφανίζονται κατὰ τοὺς τελευταίους μῆνας τῆς ἐγκυμοσύνης, χωρὶς νὰ ἀποκλείεται ἡ ἐνωρίτερον ἔναρξις αὐτῶν.

Ἐπὶ τῶν περιπτώσεων αὐτῶν τὰ συμπτώματα εἶναι ἥπια, βραδέως ὅμως καὶ σταθερῶς ἐπιτείνονται μέχρι τοῦ τοκετοῦ. Ἡ κατὰ τὸν τοκετὸν ἀρξαμένη διάστασις συνοδεύεται ὑπὸ ἐντόνων συμπτωμάτων,

τὸ κυριώτερον τῶν ὁποίων εἶναι τὸ ἄλγος. Τὸ πρῶτον σύμπτωμα αὐτῆς συχνὰ τὸ ἀντιλαμβάνεται ὁ Μαιευτὴρ κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ἐξωθήσεως ἢ κατὰ τὴν ἐμβρυοσυκίαν, ὅτε γίνεται ἀντιληπτὸς ξηρὸς κρότος ἐκ τῆς ρήξεως τῶν συνδέσμων τῆς Η.Σ. καὶ ἀπότομος ἀπελευθέρωσις τῆς κεφαλῆς τοῦ ἐμβρύου. Τὸ ἄλγος ἐντοπίζεται εἰς τὴν περιοχὴν τῆς Η.Σ. καὶ ἐπεκτείνεται κατὰ μῆκος τῆς ἔσω ἐπιφανείας τῶν μηρῶν. Εἰς ἐκάστην προσπάθειαν τῆς λεχωίδος νὰ ἐγειρῆ ἢ νὰ μετακινήσῃ τὰ ἄκρα της, αἰσθάνεται ἔντονον ἄλγος. Ἀναλόγως τοῦ βαθμοῦ τῆς διαστάσεως τὰ σκέλη λαμβάνουν θέσιν στροφῆς πρὸς τὰ ἔξω, λόγῳ τῆς ἐκ τῆς διαστάσεως ἀλλαγῆς κατευθύνσεως τῶν κοτυλῶν. Χαρακτηριστικὴ εἶναι ἐπίσης ἡ ἐπίτασις τοῦ ἄλγους κατὰ τὴν ἀλλαγὴν θέσεως ἐκ τῆς καθεστηκυίας εἰς τὴν ὀρθίαν, ὡς ἐπίσης κατὰ τὴν βάδισιν ἢ τὴν ἀνοδὸν κλίμακος, ἐπιτεινομένου καθ' ἐκάστην αἰώρησιν τῶν σκελῶν πρὸς ἀλλαγὴν βήματος. Διὰ τῆς ψηλαφήσεως, εἴτε ἐκ τῶν ἔξω εἴτε ἀπὸ τοῦ κόλπου, ἀνευρίσκεται ἐπώδυνον σημεῖον ἐπὶ τῆς Η.Σ. Δυνατὸν νὰ συνυπάρχῃ ἄλγος εἰς τὴν περιοχὴν τῆς ἱερολαγονίου τῆς μιᾶς ἢ ἀμφοτέρων ἐπὶ μεγάλης διαστάσεως τῆς Η.Σ. καὶ δι' οὓς λόγους ἀνεφέραμεν.

Κατὰ τὴν ἀμφίχειρον πίεσιν ἐπὶ τῶν προσθίων λαγονίων ἀκανθῶν, τῆς γυναικός, εὐρισκομένης εἰς ὑπίαν κατάκλισιν, προκαλεῖται ἄλγος εἰς τὴν περιοχὴν τῆς Η.Σ. λόγῳ τάσεως πρὸς διάνοξιν αὐτῆς. Ἡ δυσχέρεια βαδίσεως εἶναι ἐκ τῶν πρώτων συμπτωμάτων, συνοδεύεται δὲ ἀπὸ αἰσθημα κοπώσεως, δύναται δὲ νὰ φθάσῃ μέχρι πλήρους ἀδυναμίας μετακινήσεως, ὡς ἐπὶ τῆς μετὰ τοκετὸν διαστάσεως καὶ λόγῳ τοῦ ἐντόνου ἄλγους, προξενουμένου καθ' ἐκάστην προσπάθειαν κινήσεως.

Ἡ διάστασις τῆς Η.Σ. ἐπιφέρει αὐξήσιν τῆς κινητικότητος αὐτῆς, ἥτις ὅμως δὲν εἶναι ἀντιληπτὴ διὰ τῆς συνήθους κλινικῆς ἐξετάσεως. Ἐπὶ ἀμφιβολίας, διαπιστοῦμεν αὐτὴν ψηλαφῶντες τὴν Η.Σ. ἐπὶ ὀρθίας ἀσθενοῦς ἐκτελοῦσης κινήσεις βαδίσεως. Σαφέστερον ἀντιλαμβανόμεθα

τὴν κινητικότητα, ἂν διὰ τοῦ δείκτου, εἰσερχομένου διὰ τοῦ κόλπου, περιβάλλωμεν τὴν Η.Σ. Ἀντιλαμβανόμεθα τὴν πρὸς τὰ ἄνω ἐναλλάξ κινήσιν τῶν ἡβοῖσχιακῶν κλάδων καθ' ἐκάστην κινήσιν τοῦ συστοίχου σκέλους.

Τὴν κινητικότητα τῶν ἱερολαγονίων διαρθρώσεων δὲν δυνάμεθα κλινικῶς τοῦλάχιστον νὰ ἀντιληφθῶμεν. Διὰ τῆς ἀκτινογραφίας ἐπιβεβαιοῦται ἡ διάστασις τῆς Η.Σ. ὡς καὶ ὁ βαθμὸς αὐτῆς. Αὕτη δέον νὰ λαμβάνεται δι' ἀκτῖνος ἐπικεντρουμένης ἐπὶ τῆς Η.Σ. καὶ οὐχὶ ἐπὶ κοινῆς ἀκτινογραφίας λεκάνης.

Πρόγνωσις

Γενικῶς καὶ κλινικῶς ἡ πρόγνωσις εἶναι καλή, παρ' ὅλον ὅτι δὲν ἐπιτυγχάνεται πάντοτε ἡ σύγκλεισις τῆς Η.Σ. Ὁ χρόνος τῆς τελικῆς ἀποκαταστάσεως ἐξαρτᾶται ἀφ' ἑνὸς μὲν ἐκ τοῦ χρόνου καθ' ὃν ἤρξατο ἡ λύσις καὶ ἐκ τῆς ὀρθότητος τῆς θεραπευτικῆς ἀγωγῆς. Ἐάν τὰ συμπτώματα ἤρξαντο πρὸ τοῦ τοκετοῦ, ταῦτα βαίνουν ἀξανόμενα μέχρι τοῦ πέρατος αὐτοῦ καὶ ἐξακολουθοῦν ἐπὶ ἄρκετὸν ἀκολούθως. Ἀντιθέτως, καλυτέραν πρόγνωσιν ἐμφανίζουν αἱ μικροῦ βαθμοῦ διαστάσεις. Ἡ προϋπαρξίς διαστάσεως τῆς Η.Σ. δὲν ἀποτελεῖ ἀντένδειξιν διὰ νέαν κύησιν. Ὁ σχηματιζόμενος πόρος εἶναι ἰσχυρὸς καὶ ἐπομένως ἀσφαλῆς διὰ νέαν κύησιν.

Θεραπευτικὴ ἀγωγή

Διακρίνομεν τὴν πρὸ καὶ μετὰ τὸν τοκετὸν τοιαύτην.

Πρὸ τοῦ τοκετοῦ συνιστᾶται ἡ ἀποφυγὴ ὀρθοστασίας, παρατεταμένης βαδίσσεως καὶ ἐγέρσεως βαρῶν. Ἡ χρῆσις ἐλαφρᾶς εἰδικῆς ζώνης καὶ εἰδικῆς γυμναστικῆς εἶναι ἀπαραίτητος εἰς τὸ πλεῖστον τῶν περιπτώσεων. Τῶν δύο τελευταίων μέσων ἡ ἐφαρμογὴ δέον νὰ γίνεταί κατόπιν συμφώνου γνώμης τοῦ θεράποντος Μαιευτῆρος.

Μετὰ τὸν τοκετόν. Ἀμέσως μετὰ τὸν τοκετόν ἐφαρμόζομεν περιδέσιν τῆς λεκάνης. Πρὸς τὸν σκοπὸν αὐτόν, ἀντι

τοῦ κοινοῦ λευκοπλάστ ἢ τενσοπλάστ, τὰ ὁποῖα ἐρεθίζουν τὸ δέρμα καὶ διὰ τῶν ὁποίων ἡ συγκράτησις τῆς λεκάνης εἶναι ἀμφίβολος, προτιμῶμεν τὴν ἀπλῆν ζώνην κοιλίας. Πρὸς τὸν σκοπὸν αὐτὸν χρησιμοποιοῦμεν καινουργὴ ζώνην, τὴν ὁποῖαν ἐφαρμόζομεν ἀπὸ τῶν λαγονίων ἀκρολοφιῶν μέχρις ἄνωθεν τῶν τροχαντήρων. Τοὺς ἱμάντας αὐτῆς δένομεν ἰσχυρῶς καὶ ἀσφαλιζομεν διὰ καρφίδων ἀσφαλείας.

Ἡ περιδέσις αὕτη εἶναι πλέον ἰσχυρὰ οἰασθήποτε ἄλλης καὶ ἐπιτρέπει τὴν περιποίησιν τῆς γυναικὸς ὡς καὶ τὸν ἔλεγχον τοῦ δέρματος.

Συνιστῶμεν ἐπίσης τὴν κατάκλισιν τῆς ἀσθενοῦς. Ἐπὶ τοῦ σημείου αὐτοῦ δέον νὰ τονίσωμεν ὅτι ἡ θέσις τὴν ὁποῖαν πρέπει νὰ λάβῃ ἡ ἀσθενὴς δὲν εἶναι ἡ ὑπτία, ἀλλὰ ἡ πλαγία δεξιὰ ἢ ἀριστερὰ ἐναλλάξ.

Εἰς τὴν ὑπτίαν θέσιν, ἡ Η.Σ. τείνει νὰ διανοιγῇ ὑπὸ τοῦ βάρους τῶν ἐνδοκοιλιακῶν σπλάχνων καὶ αὐτῆς ταύτης τῆς λεκάνης, στηριζομένης ἐπὶ τοῦ ἱεροῦ ὀστοῦ, ὅπερ δρᾷ ὡς ὑπομόχλιον. Ἀντιθέτως, κατὰ τὴν πλαγίαν κατάκλισιν τὸ βᾶρος τῆς λεκάνης τείνει νὰ συγκλείσῃ τὴν Η.Σ. Ἐπὶ πλέον ἡ πλαγία κατάκλισις παρέχει ἄνεσιν εἰς τὴν ἀσθενῆ, λόγῳ δυνατότητος ἀλλαγῆς θέσεως ἀπὸ δεξιᾶς εἰς ἀριστερὰν καὶ λόγῳ εὐκολωτέρας ἀπὸ τῆς θέσεως αὐτῆς κινήσεως τῶν ποδῶν. Κατὰ τὸ ἀρχικὸν αὐτὸ στάδιον, ἡ χρῆσις ἀναλγητικῶν εἶναι ἀπαραίτητος, ὡς ἐπίσης καὶ ἡ τέλεισις μικρῶν συστηματικῶν ἀσκήσεων τῶν κάτω ἄκρων.

Μετὰ τὴν ἀρόδον τῶν ὀξέων φαινομένων, συνιστῶμεν εἰδικὴν ὀρθοπεδικὴν ζώνην συγκρατήσεως τῆς λεκάνης, καὶ μετὰ ἀρόδον 2-3 ἑβδομάδων ἐπιτρέπομεν τὴν ἔγερσιν.

Ἀπὸ τῶν πρώτων ἡμερῶν, ἡ ἀσθενὴς ὑποβάλλεται εἰς γυμναστικὴν, μετὰ τὴν ἀρόδον δὲ τῶν ὀξέων φαινομένων, ἀρχεται ἡ κυρίως θεραπεία, διὰ τῆς συστηματικῆς θεραπευτικῆς γυμναστικῆς.

Διὰ τῆς γυμναστικῆς θὰ ἰσχυροποιηθοῦν οἱ μῦς τῆς κοιλίας-λεκάνης-ράχεως καὶ κάτω ἄκρων, καὶ δι' αὐτῶν πλέον θὰ διασφαλισθῇ ἡ συγκράτησις τῆς λεκάνης.