



ΟΙ ΚΙΡΣΟΙ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ*

Υπό

Δρος ΣΤΑΜ. Δ. ΧΟΥΛΗ

Επιμελητοῦ τοῦ Ἐξωτερικοῦ Ἱατροῦ
τοῦ Μαιευτηρίου «Μαρία Ἡλιάδη»

Ἐποτομία τῶν λείων μυϊκῶν ἰνῶν. Στὴν ἐγκυμοσύνη παρατηρεῖται μιὰ γενικὴ χαλάρωσις, ἀκόμη καὶ ὑπερτροφία, τῶν λείων μυϊκῶν ἰνῶν τοῦ γυναικειοῦ ὄργανισμοῦ. Χαλάρωσις καὶ ὑπερτροφία τῆς μήτρας, τοῦ κόλπου, τῶν οὐρητήρων, ἀτονία τῆς χοληδόχου. Ἡ χαλάρωσις λοιπὸν τῶν φλεβῶν εἶναι μιὰ εἰδικώτερη ἐκδήλωσις τῆς γενικῆς διευρύνσεως, πού ὀφείλεται στὴν ἀτονία τῶν λείων μυϊκῶν ἰνῶν στὴν ἐγκυμοσύνη. Μήπως αὐτὴν τὴν ἀτονία ἐπηρεάζουν ἐνδοκρινικοὶ παράγοντες; Παρατηρήθη ὅτι ἡ ἐπιδείνωσις τῶν κίρσων γίνεται συχνότερα σὲ περιόδους ἐνδοκρινικῆς ἀναστατώσεως: στὴν ἡβη, στὴν ἐμμηνόπαυσι καὶ στὴν ἀρχὴ τῆς ἐγκυμοσύνης. Παρατήρησαν ἀκόμη νὰ ἔρχεται ἓνα συμφορητικὸ φλεβικὸ κῦμα τὶς παραμονὲς τῆς περιόδου. Ὑστερα ἀπὸ πολλὰ παρατηρήσεις καὶ ἔρευνες, διατυπώθηκε ἡ γνώμη, ὅτι σ' αὐτὸ τὸν πολὺπλοκο μηχανισμό ἔχουν τὸν ρόλο τοὺς οἱ ἐνδοκρινεῖς ἀδένες καὶ εἰδικώτερα ἡ ὑπόφυσις καὶ οἱ ὠοθήκες. Εἶναι γνωστὴ ἡ συσπαστικὴ ἐπίδρασις τῆς ὁρμόνης τοῦ ὀπισθίου λοβοῦ τῆς ὑποφύσεως ἐπὶ τῶν λείων μυϊκῶν ἰνῶν. Φαίνεται, λοιπὸν, ὅτι στὴν ἐγκυμοσύνη ἡ ἰδιότης αὐτῆ τῆς πιτουϊτρίνης ἐξουδετερώνεται ἀπὸ τὸ ὠχρὸν σωμάτιον. Ὅτι ἡ ὑπόφυσις παίζει ρόλο στὸ σχηματισμὸ κίρσων ἐπιβεβαιώνει καὶ τὸ γεγονὸς ὅτι στὴν ἀκρομεγαλία (βαρεῖα πάθησι τῆς ὑποφύσεως) ἔχομε σχε-

δὸν πάντοτε φλεβικὲς διευρύνσεις, κίρσους ἢ αἱμορροῖδες.

Ὁ ρόλος πάλι τῶν ὠοθηκῶν στὴν ἐξηγησι τῆς ἀτονίας τῶν λείων μυϊκῶν ἰνῶν τῶν τοιχωμάτων τῶν φλεβῶν, βασίζεται στὴ διατάραξι τοῦ ἰσοζυγίου θυλακίνης-ὠχρίνης, μὲ μιὰν ἐντονώτερη ὑπερωχριναιμία στὴν ἐγκυμοσύνη. Μερικοὶ συγγραφεῖς παρατήρησαν ὅτι οἱ κίρσοπαθεῖς ἔγκυοι ἀποβάλλουν σπανιότερα, καὶ ἀποδίδουν τὸ φαινόμενον τοῦτο στὴ χαλάρωσι τῶν λείων μυϊκῶν ἰνῶν, πού προκαλεῖται ἀπὸ τὴν ὑπάρχουσαν ὑπερωχριναιμία. Ἐδῶ βασίσθησαν κι' αὐτοί, πού γιὰ πρόληψι τῶν κίρσων ἢ τοῦλάχιστο γιὰ τὴν ἀνακούφισί τους, δίνουν τὴ θυλακίνη.

Ἀπὸ τὰ παραπάνω βγαίνει τὸ συμπέρασμα, ὅτι γιὰ αἰτιολογία τῶν κίρσων πρέπει νὰ θεωρήσωμεν ἀπαραίτητα τὴν ἰδιοσυστασία καὶ κατόπιν τὴν ἀτονία τῶν λείων μυϊκῶν ἰνῶν τοῦ ὄργανισμοῦ (εἰδικώτερα τῶν φλεβῶν), πού ἔχει σχέσι μὲ ἐνδοκρινικοὺς παράγοντες: ἐξουδετέρωσις τῆς ὑποφυσίνης ἀπὸ τὴν ὠχρίνη καὶ ἀκόμη διαταραχὴ τοῦ ἰσοζυγίου θυλακίνης-ὠχρίνης μὲ ὑπεροχὴν τῆς ὠχρίνης. Τοὺς μηχανικοὺς παράγοντας (τὴν πίεσι τοῦ ὄγκου τῆς μήτρας ἐπὶ τῶν λαγονίων ἀγγείων) δὲν μπορεῖ νὰ τοὺς λάβωμεν ὑπ' ὄψιν μας, ἢ τοῦλάχιστον πολὺ λίγο.

Οἱ ἐπιπλοκὲς τῶν κίρσων τῆς ἐγκυμοσύνης δὲν διαφέρουν ἀπὸ τὶς ἐπιπλοκὲς τῶν κίρσων γενικά. Τὸ οἶδημα εἶναι πολὺ συχνό. Παρουσιάζεται κυρίως τὶς

* Συνέχεια ἐκ τοῦ προηγουμένου καὶ τέλος.

βραδυνές ὥρες ὕστερα ἀπὸ τὴν κούρασι τῆς ἡμέρας καὶ ὑποχωρεῖ συνήθως μὲ τὴν ἀνάπαυσι καὶ τὴν ἀνάρροπο θέσι. Τὸ κίρσῶδες ἔκζεμα δὲν εἶναι σπάνιο καὶ μπορεῖ νὰ περιπλακῆ δευτεροπαθῶς μὲ ἐπιμολύνσεις τοῦ πάσχοντος δέρματος. Τὰ κίρσῶδη ἔλκη εἶναι πλὸ σπάνια στὴν ἔγκυμοσύνη. Ἡ ρῆξις κίρσου δὲν εἶναι συχνή. Μπορεῖ ὅμως νὰ προκαλέσῃ σημαντικὴ αἱμορραγία, καμμιά φορὰ μοιραία. Ἡ ἄμεση τοπικὴ περίδεσι τοῦ σκέλους εἶναι ἀπαραίτητη γιὰ τὸ σταμάτημα τῆς αἱμορραγίας. Γιὰ τὴν ρῆξι τῶν κίρσῶν τοῦ κόλπου συνήθως ἀρκεῖ ὁ ἰσχυρὸς ἐπιπωματισμός. Τέλος ἡ φλεβίτις καὶ περιφλεβίτις εἶναι ἀπὸ τίς πλὸ συνηθισμένες ἐπιπλοκές. Δημιουργοῦνται ἀπότομα, χωρὶς καμμιά φανερὴ αἰτία, συχνὰ ὕστερα ἀπὸ ἑλαφροὺς τραυματισμούς. Δὲν πρόκειται περὶ φλεγμονῆς στὴν κυριολεξία, ἀλλὰ περὶ τοπικῆς θρομβώσεως μὲ ἔντονη ἀντίδρασι τοῦ γειτονικοῦ ἰστοῦ. Ἐμφανίζονται τὸ δεύτερο ἡμισυ ἢ τὸ τελευταῖο τρίμηνο τῆς ἔγκυμοσύνης, συνηθέστατα στὸ ἀριστερὸ σκέλος. Δὲν δίνει θορυβώδη φαινόμενα καὶ ὁ πυρετὸς δὲν εἶναι μεγάλος. Μὲ τὴν κατάκλισι, τὴν τοποθέτησι τοῦ σκέλους σὲ ἀνάρροπο θέσι καὶ μὲ θερμὰ ὑγρὰ ἐπιθέματα, συνήθως ὑποχωρεῖ. Μερικοὶ ἀπεναντίας συνιστοῦν, στίς περιπτώσεις αὐτές, τὸ περπάτημα τῆς ἀρρώστου, ἀφοῦ προηγουμένως τῆς γίνῃ μιὰ σφιχτὴ περιτύλιξις τοῦ σκέλους μὲ ἐλαστικούς ἐπιδέσμους ἢ ἀκόμη καλύτερα μὲ Τεντοπλάστ. Στὴν αἰτιολογία αὐτοῦ τοῦ εἶδους τῶν φλεβίτιδων σημαντικὸ ρόλο παίζει ἡ ἠδύξημένη προθρομβιναιμία, πού παρατηρεῖται κατὰ καὶ κυρίως στὸ τέλος τῆς ἔγκυμοσύνης.

Προφύλαξις-Θεραπεία. Ἡ παρουσία κίρσῶν, ἔστω καὶ μεγάλων, σὲ ἄτοκο γυναῖκα ἢ καὶ σὲ πολυτόκο, μᾶς ἀναγκάζει νὰ τῆς συστήσουμε νὰ μὴ κἀνῃ παιδί; Βεβαίως ὄχι! Γιατί, ὅσο καὶ κουραστικοὶ νὰ εἶναι οἱ κίρσοι καὶ ὅσες περιπλοκές στὴν ἔγκυμοσύνη καὶ τὸν τοκετὸ μπορεῖ νὰ προκαλέσουν, δὲν φθάνουν νὰ ἰσοφαρίσουν τὸ μεγάλο πλεονέκτημα γιὰ τὴ γυναῖκα καὶ τὴν κοινωνία: τὴ γέννησι ἐνὸς παιδιοῦ.

Ἡ προφύλαξις ἀπὸ τοὺς κίρσοὺς εἶναι νὰ ἀποφεύγεται ἡ φλεβικὴ στάσις στὰ κάτω ἄκρα. Ἡ στάσις αὐτὴ εἶναι κυρίως ζήτημα βαρύτητος, καὶ γιὰ νὰ ἐξουδετερωθῆ, πρέπει νὰ ἀποφεύγεται κάθε τι πού τὴν εὐνοεῖ. Γιὰ νὰ ἀποφύγουμε αὐτὴ τὴν πίεσι στίς φλέβες, ἢ μᾶλλον γιὰ νὰ τὴν ἐλαττώσουμε ὅσον εἶναι δυνατόν, θὰ συστήσουμε στὴν ἔγκυο νὰ ἀποφεύγῃ τὴν παρατεταμένη ὀρθοστασία. Δὲν ὑπάρχει βέβαια λόγος νὰ λέμε σὲ κάθε ἔγκυο νὰ μὲνῃ ξαπλωμένη σ' ὅλη τῆς τὴν ἔγκυμοσύνη. Ἀλλὰ θὰ συστηθῆ νὰ μὴ μὲνῃ ὀρθια περισσότερη ὥρα ἀπ' ὅ,τι χρειάζεται γιὰ τίς ἀπαραίτητες δουλειές τῆς. Ὁ περίπατος χρειάζεται, καὶ μάλιστα μὲ κάπως γρήγορο βηματισμό. Θὰ τῆς συστήσουμε ὅμως νὰ φορῆ στερεὰ παπούτσια, τύπου σπόρ, μὲ λίγο τακοῦνι (3-4 πόντους) καὶ μὲ φαρδεῖὰ βάσι. Κάθε βράδυ πρὶν κοιμηθῆ νὰ μὲνῃ γιὰ 10-15 λεπτά μὲ τὰ πόδια ὅσο πλὸ ψηλά μπορεῖ, καὶ τὴν ὥρα τοῦ ὕπνου νὰ ἀνασηκῶνῃ λίγο τὸ στρῶμα, οὕτως ὥστε τὰ πόδια καὶ ἡ λεκάνη τῆς νὰ βρίσκωνται σὲ ὑψηλότερη θέσι ἀπὸ τὸν κορμὸ τῆς. Ἡ θερμότης πρέπει νὰ ἀποφεύγεται, καθὼς καὶ ἡ ἡλιοθεραπεία, ἐνῶ τὰ κρύα ποδόλουτρα ὠφελοῦν. Πολλοὶ συνιστοῦν διάφορα ἱαματικά λουτρά. Δὲν νομίζουμε ὅτι μποροῦν νὰ ὠφελῆσουν σὲ τίποτε. Ἐνα ἄλλο ζήτημα πού πρέπει νὰ προσέξουμε εἶναι νὰ ἔχῃ ἡ ἔγκυος τακτικὲς κενώσεις. Μὲ διάφορες τροφές πλούσιες σὲ κυτταρίνη καὶ ἐν ἀνάγκη μὲ ἑλαφρὰ ὑπακτικὰ φάρμακα θὰ πρέπει ἡ ἔγκυος νὰ ἐνεργῆται τακτικά. Ἐκτὸς ἀπ' αὐτά, σὲ κάθε γυναῖκα πού ἔχει ἤδη κίρσοὺς θὰ συστήσουμε νὰ φορέσῃ λαστιχένιες κάλτσες ἢ λαστιχένιο ἐπίδεσμο. Σὲ ἑλαφρὲς περιπτώσεις, οἱ λαστιχένιες κάλτσες εἶναι προτιμότερες καὶ ἀνακουφίζουν, ἀλλὰ σὲ βαρύτερες, καλύτερος εἶναι ὁ λαστιχένιος ἐπίδεσμος πού σφίγγει καλύτερα.

Στὸ σημεῖο αὐτὸ καλὸν θὰ ἦτο νὰ ξεκαθαρίσουμε καὶ τὸ ζήτημα τῆς καλτσοδέτας, πού οἱ περισσότεροί μας τὴν θεωροῦν σὰν ἐχθρὸ ὑπ' ἀριθ. 1 τῶν κίρσῶν. Τὸ πρῶτο πρᾶγμα πού ἀπαγορεύουμε στίς

έγκυες, και μάλιστα στις κίρσοπαθείς, είναι ή καλτσοδέτα. Η άποψις αυτή φαίνεται λογική, γιατί σ' ένα υγιές άτομο ή περιδεις πάνω ή κάτω απ' τὸ γόνατο προκαλεί φλεβική στάσι παρεμποδίζοντας τή φλεβική κυκλοφορία (άν και άμέσως τήν κυκλοφορία αυτή αναλαμβάνει ή στο βάθος παράπλευρος κυκλοφορία). Στους κίρσοπαθείς όμως δέν συμβαίνουν τὰ ίδια. Έχει άποδειχθῆ, και κλινικῶς και πειραματικῶς, ότι στις έπιπολής κίρσώδεις διευρύνσεις, ή κυκλοφορία, σέ ὀρθία στάσι, είναι αντίστροφος, δηλ. από πάνω πρὸς τὰ κάτω, και ὄχι από τὰ κάτω πρὸς τὰ άνω. Η περιδεις λοιπόν, διακόπτοντας τήν στήλη τοῦ αίματος στην σαφηνή φλέβα, έμποδίζει ή έλαττώνει τήν πίεσι στις παρακάτω φλέβες. Αυτό άλλωστε άποδεικνύεται κι απ' τὸ γεγονός, ότι για τή θεραπεία τῶν κίρσῶν έβαζαν παλαιότερα μιὰ ζώνη με ειδικὸ μαξιλαράκι (σάν τῆς κήλης) και έπίεζαν με αυτό τήν έσω σαφηνή στο σημείο τῆς διασταυρώσεώς της στο τρίγωνο τοῦ Scarpa, ή άκόμη ότι χρησιμοποιεῖται ή άπολίνωσις τῆς ίδιας φλεβὸς στο ίδιο σημείο. Άλλά και ή χρησιμοποιουμένη σήμερα μεθοδος θεραπείας τῶν κίρσῶν με σκληρυντικὰς ενέσεις στην έσω σαφηνή, τί άλλο είναι παρά ένα σταμάτημα τῆς κυκλοφορίας;

Άπό πλευρῆς φαρμάκων, πολλὰ κατά καιρούς έχουν προταθῆ και εφαρμοσθῆ για τήν πρόληψι και τήν θεραπεία τῶν

κίρσῶν. Η βιταμίνη Ρ, τὸ ιώδιον, διάφορα φλεβοσυσπαστικά, εκχύλισμα θυρεοειδοῦς, εκχυλίσματα ὠθηκῶν και ὑποφύσεως κ.ά. Τὰ αντιπηκτικά (ήπαρίνη, δικουμαρόλη) είναι προτιμότερον νὰ μη χρησιμοποιοῦνται στην έγκυμοσύνη, και μάλιστα πρὸς τὸ τέλος της, γιατί, επηρεάζοντας τὸν χρόνο πήξεως, είναι δυνατόν νὰ προκαλέσουν κατά τὸν τοκετὸν και τήν ὕστεροτοκίαν βαρειές και επικίνδυνες αίμορραγίες. Προτιμότερον είναι νὰ τὰ κρατήσωμε σαν έφεδρεία σέ περίπτωσηι έπιλοχείου φλεβίτιδος.

Σήμερα για τοῦς κίρσους χρησιμοποιεῖται ευρύτατα ή θεραπεία με σκληρυντικὰς ενέσεις (διαλύματα γλυκόζης, γλυκερίνης, σαλικυλικοῦ νατρίου κ.ά.) πού έχει σκοπὸ νὰ καταστρέψη τις κίρσώδεις φλέβες και νὰ τις άποκλείση από τήν κυκλοφορία. Η θεραπεία αυτή, καθὼς και ή χειρουργική (άπολίνωσις ή και έξαιρέσις τῆς σαφηνοῦς), προτιμότερον είναι ν' άποφεύγωνται κατά τήν διάρκεια τῆς έγκυμοσύνης. Τις περισσότερες φορές είναι και τελείως περιττές, άφου ένα από τὰ χαρακτηριστικά τῶν κίρσῶν τῆς έγκυμοσύνης είναι ότι ὑποχωροῦν σημαντικά άμέσως μετὰ τὸν τοκετὸ και, σέ πολλές περιπτώσεις, εξαφανίζονται τελείως μερικὲς εβδομάδες άργότερα. Έάν βεβαίως και μετὰ τὸν τοκετὸ δέν ὑποχωροῦν, τότε ὁ ειδικὸς ιατρὸς πρέπει νὰ αναλάβη τήν θεραπεία τους, με μιὰν από τις παραπάνω μεθόδους.

