

Μετατραυματική εκρηκτική ρήξη εγκυμονούσας μήτρας και ενδοκοιλιακός εμβρυϊκός θάνατος

Καβαδίας Μ.
Φυτράπουλος Θ.
Μυστακίδης Ι.
Μαυράκης Γ.
Γεωργίου Σ

Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Γ.Ν.Ν.
Κερκύρας

Γνωστό είναι ότι οποιαδήποτε συνθήκη βιαιάς παραβίασης της εγκυμονούσας μήτρας μπορεί να οδηγήσει σε εξώθηση του εμβρύου και των εξαρτημάτων του με συνέπεια τον ενδοκοιλιακό εμβρυϊκό θάνατο.

Αναφέρεται περίπτωση τελειομήνου εγκυμονούσας νεαρής γυναίκας που διακομίσθηκε μετά από τροχαίο ατύχημα σε κατάσταση SHOCK εις το Γ.Ν.Ν.Κ.

Κατά τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο ενδεικτικά αναφέρεται:

ΗΤ=26%, ΑΠ=65 mmhg - 45 mmhg,
σφύξεις=130/min, ενώ συνυπάρχει αιμοθώρακας δεξιά.

Επιπλέον γίνεται προσπάθεια εντοπίσεως της καρδιακής λειτουργίας του εμβρύου η οποία αποβαίνει αρνητική. Επείγοντως αποφασίζεται όπως η άρρωστη μεταβεί στο Χειρουργείο όπου τοποθετείται συσκευή παροχέτευσης αιμοθώρακα (BULLAU).

Υπό γενική νάρκωση και μέση ξιφο-ηβική διατομή γίνεται διάνοιξη της περιτοναϊκής κοιλότητας. Αμέσως παρατηρείται μεγάλη ποσότητα αιματηρού υγρού και το νεκρό έμβρυο μετά του πλακούντος, ανιχνεύεται εκτός της μητρικής και εντός της κοιλιακής κοιλότητας.

Ο έλεγχος για πιθανή βλάβη άλλων οργάνων αποβαίνει αρνητικός.

Η μήτρα παρουσιάζει καθολική ρήξη του πρόσθιου τοιχώματος ισούψως των στρογγύλων συνδέσμων, ενώ συνυπάρχουν άλλες ρήξεις μη καθολικού χαρακτήρα.

Διεχειρητικά αποκαθίστανται όλες οι βλάβες, παροχεύεται το αιματηρό υγρό, ταυτόχρονα απομακρύνεται το νεκρό έμβρυο μετά των εξαρτημάτων του.

Κατά την προσαγωγή ασθενών με τέτοιες βλάβες όπως σ' αυτήν ακριβώς την περίπτωση και αφού διαπιστωθούν ακέραια τα λοιπά όργανα, πρέπει να ελεγχθεί η απαραίτητη αύξηση του κυκλοφορούντος όγκου αίματος με ψυχραιμία γιατί η μεταβολή της Α.Π. μοιραία θα σημάνει και αύξηση της αιμορραγίας λόγω:

α) εξαγγείωσης στα σημεία ρήξεων που λόγω χαμηλής Α.Π. θρομβώθηκαν.

β) αντιρροπιστικής αγγειοσύσπασης από την ύστατη προσπάθεια που κάνει ο οργανισμός για την διάσωσή του.

Χορήγηση υγρών, ΝΑ CL 0,9% έχει ως αποτέλεσμα άνοδο της Α.Π. και εκ νέου εξαγγείωση πολύτιμης πλέον ποσότητας αιμοσφαιρίων.

Τα αγγεία της μήτρας είναι έτσι κατασκευασμένα ώστε να χορηγούν πολύ μεγάλες ποσότητες αίματος σ' αυτήν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ενώ συσπώνται και υποστρέφουν μετά την εκκενωση του οργάνου από το περιεχόμενο έμβρυο μετά των εξαρτημάτων του.

Αυτός είναι ο λόγος που παρά τις πολλαπλές και

εκτεταμένες καθολικού χαρακτήρα ρήξεις, η μήτρα από μόνη της διέκοψε την αιμορραγία πολύτιμου αίματος. Βεβαίως, σε σημαντική μείωση της Α.Π. η αυτορύθμιση μειώνει την παροχή σε όργανα ώστε να διασωθούν άλλα ζωτικής σημασίας όπως ο εγκεφαλικός και καρδιακός ιστός.

Παρά τις εκτεταμένες ρήξεις και δεδομένης της εξαιρετικής αγγειοβρίθειας του οργάνου, ευδοκιμεί η προσπάθεια διάσωσης του, γεγονός εξαιρετικά σημαντικό για μια άτοκη νεαρή γυναίκα.

Είναι εμφανές ότι το πιο ευένδοτο όργανο κατά τη διάρκεια της κύησης όσον αφορά μεταβολές επιτάχυνσης είναι η μήτρα, γεγονός που διαφαίνεται και από αυτό το περιστατικό, γιατί παρά τις πολλαπλές βλάβες της κανένα άλλο όργανο δεν παρουσίασε αλλοιώσεις. Η ερμηνεία είναι απλή.

Η μεγάλη ποσότητα του αμνιακού υγρού (4H) κατά το πέρας της εγκυμοσύνης επιβάλλει μη συμπίεσή - ανελαστική μάζα σ' έναν ιδιαίτερα ελαστικό και ευένδοτο χιτώνα πάχους 3-5 mm. Την μήτρα που κατ' αυτήν την περίοδο παρομοιάζει με μπαλόνι φουσκωμένο το οποίο έχει τον αυλό του στο κατωφερότερο μέρος. Λογικό λοιπόν η ρήξη, όταν αυτή συμβαίνει, να επέρχεται στο θόλο διότι εκεί εδρεύουν και οι μέγιστες διαστατικές δυνάμεις.

Ο χρόνος θα αποδείξει κατά πόσον οι προσπάθειες μας έχουν ευοδώσει. Έστω και αν υπάρχουν ευαίωτες προοπτικές για μελλοντική εγκυμοσύνη.

Απέναντι σ' αυτό το περιστατικό έχουμε να αντιμετωπίσουμε μια τριπλή πρόκληση με χαρακτήρα:

- α) άμεσο
- β) μεσοπρόθεσμο
- γ) μακροπρόθεσμο

Άμεσα επιβάλλεται η διάσωση του τραυματία με βέλτιστη προσπάθεια της διάσωσης του οργάνου της και αποφυγή τυχόν πνευμονικής εμβολής αμνιακής προελεύσεως.

Μεσοπρόθεσμο θα ελέγχεται και θα μελετάται η αντίδραση του οργανισμού στην μεταβολή της αιματώσεως της υπόφυσης. Κατά την κατάσταση SHOCK για τυχόν ανάπτυξη του συνδρόμου SHEHAN, γνωστή και ως αποπληξία ανοξαιμικού τύπου από αιμορραγία. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι σε εγκυμοσύνη αυξάνεται ο όγκος της υπόφυσης λόγω αυξημένων απαιτήσεων του οργανισμού. Αν η παράλληλη αύξηση της αγγείωσης σε σχέση με την ολική αύξηση μάζας είναι σχέση τετραγώνου και κύβου αντιλαμβανόμαστε πόσο εύκολα μικρές

μεταβολές λόγω μεγάλης πτώσης της πίεσης στην αγγείωση της υποφύσεως μπορούν να οδηγήσουν μοιραία σε καθολική νέκρωσή της με δραματικές συνέπειες για όλη την ενδοκρino-παραγωγή. Η νόσος SHEHAN μπορεί να εκδηλωθεί ακόμα και με DIC/IH. Πάντως και οι δύο περιπτώσεις αποτελούν δραματική εξέλιξη για τον οργανισμό.

Μακροπρόθεσμο θα επιβλέπουμε τυχόν παρουσία συμφύσεων ή οποιαδήποτε παραμόρφωση λόγω ουλοποιήσεως του οργάνου.

Επειδή τελικός σκοπός είναι μια νέα εγκυμοσύνη επιβάλλεται η χορήγηση επί μακρόν, αντισυλληπτικών δισκίων που θα εξασφαλίσουν αδιάκοπη και καλύτερη δυνατή ουλοποίηση του μυομητρίου.

Παράλληλα χορηγούμε παγκρεατικά ένζυμα και αντιφλεγμονώδη για αποφυγή δημιουργίας συμφύσεων με τυχόν μερική ή ολική εμπλοκή της μητρικής κοιλότητας.

Τέλος μελλοντικά μπορεί να κριθεί επιβεβλημένη η υστεροσκόπηση για έλεγχο διαβατότητας ή ενδεχόμενη λύση νεοσυστατων συνεχειών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. AMMINI AC, Mathur SK: Sheehan syndrome: An analysis possible aetiological factors: Aust NZ Obstet Gynecol 34: 534, 1994.
2. Ananth CV, Savitz DA, Williams MA: Placental abruption and its association with hypertension and prolonged rupture of membranes: A methodologic review and meta-analysis. Obstet Gynecol 88: 30 9 1996.
3. Badwy AH: Abdominal pregnancy in a previously ruptured uterus Lancet 1: 5 11, 1962.
4. Bakiri F, Bendid SE Maoni R, Bendid A. Benmilond M: The sella euraica in shehan' s syndrome: computerized tomographic study in 54 patient I. Endocrinol invest 14: 193, 1991.
5. Berchuck A, Sokol R: Uterine rupture in second - trimester abortion AM obs: Lyn 145: 766, 1983.
6. Eden Rd, Parker Rt, Gall SA: Rupture of the pregnant uterus: A 53 year review. Obst Gynecol 68: 671, 1986.
7. Fedorcow DM Nimrod CA, Taylor P: Ruptured uterus in pregnancy: A canadian hospitals experience. Can med Assoc. 137: 27, 1987.
8. Stettler RW, Lutich A. Pritchard A. Guntinghan FL. Traumatic placental abruption: presented at the American college of obst, Gynecol. Annual clinical meeting Las Vegas April 27, 1992.