

Καθ' έξιν αποβολές...

Ένας εφιάλτης για πολλά ζευγάρια...

Υπάρχει έξοδος;

Ίσως από τα πιο δύσκολα περιστατικά που καλείται να αντιμετωπίσει καθημερινά ο ειδικός της γονιμότητας είναι αυτό των καθ' έξιν αποβολών. Αφορά ζευγάρια τα οποία συλλαμβάνουν κατά κανόνα πολύ εύκολα αλλά μετά από κάποιες ημέρες ή εβδομάδες ελπίδας βιώνουν δυστυχώς επανειλημμένα την "τραγική" απώλεια της. Ο "φαύλος" κύκλος σχηματίζεται πολύ γρήγορα και μέσα σε αυτόν εγκλωβίζονται όνειρα και προσδοκίες ετών συνύπαρξης. Πού έγκειται όμως η δυσκολία που αντιμετωπίζουμε εμείς οι ειδικοί της γονιμότητας στην αντιμετώπιση τέτοιου είδους περιστατικών; Η απάντηση είναι ότι οι μηχανισμοί που εξασφαλίζουν τη βιωσιμότητα μίας κύησης είναι ιδιαίτερα πολύπλοκοι και συχνά δύσκολα αναγνωρίσιμοι, τα δε ζευγάρια που έχουμε απέναντι μας έχουν ήδη καταπονηθεί πολύ από τις πολλές και επώδυνες εμπειρίες τους.

Τι είναι όμως καθ' έξιν αποβολές; Ως τέτοιες ορίζεται η απώλεια τουλάχιστον τριών κατ' εξακολούθηση κλινικά ανιχνεύσιμων κυήσεων (δηλαδή κυήσεων αναγνωρίσιμων στον υπέρηχο). Η συχνότητα τους δεν ξεπερνά ευτυχώς το 4% στον γενικό πληθυσμό. Διακρίνονται σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς. Πρωτοπαθείς είναι οι καθ' έξιν αποβολές οι οποίες αφορούν εγκυμοσύνες με τον ίδιο σύντροφο χωρίς ποτέ κάποια από αυτές ή κάποια άλλη να έχει ξεπεράσει την 24η εβδομάδα κύησης. Δευτεροπαθείς είναι εκείνες οι αποβολές οι οποίες συμβαίνουν αφού έχει προηγηθεί εγκυμοσύνη η οποία συνεχίστηκε και πέραν από τις 24 εβδομάδες. Οι δευτεροπαθείς είναι λιγότερο συχνές από τις πρωτοπαθείς.

Στο παρόν άρθρο, ο μαιευτήρας-γυναικολόγος Σφακιανούδης Κωνσταντίνος (ΓΕΝΕΣΙΣ ΑΘΗΝΩΝ) απαντάει στις ερωτήσεις μας και μοιράζεται την εμπειρία του γύρω από το φλέγον αυτό θέμα.

Τα ζευγάρια αυτά τελικά δεν τα καταφέρνουν ποτέ;

Πολύ καλά κάνετε και ξεκινάτε με αυτή τη ερώτηση διότι από την απάντηση και μόνο προκύπτει ένα πολύ θετικό μήνυμα. Όσο δύσκολο και αν ακούγεται για τα ζευγάρια που βιώνουν αυτό το δράμα θα πρέπει να κρατήσουν ένα ποσοστό το οποίο καταγράφεται στη βιβλιογραφία. Το 85-90% από αυτά καταφέρνει τελικά να αποκτήσει παιδί.

Σε τι ποσοστό υπάρχουν αναγνωρίσιμα αίτια;

Η διερεύνηση των αιτιών οδηγεί σε ανεύρεση προφανούς παθογενετικού παράγοντα σε μόνο 30% των περιπτώσεων. Το υπόλοιπο ποσοστό παραμένει αδιάγνωστο. Τα πιθανά αίτια διακρίνονται σε χρωμοσωμικά, ανατομικά, ανοσολογικά, ορμονικά και προβλήματα πήξης.

Τι εννοούμε με τον όρο χρωμοσωμικά αίτια;

Ένα μεγάλο μέρος των εμβρύων (περίπου 65-70%) που αποβάλλονται στο πρώτο τρίμηνο θεωρείται ότι πάσχει από χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Οι ανωμαλίες αυτές μπορεί να προέρχονται από γενετικές ανωμαλίες των δύο γονέων ή να προέρχονται από ένα είδος «αστάθειας» του γενετικού υλικού των δύο γονέων. Πράγματι, σε περίπου 5 % των περιπτώσεων ένας από τους δύο και ορισμένες φορές και οι δύο γονείς είναι φορείς κάποιας χρωμοσωμικής μετάθεσης ή κάποιας άλλης χρωμοσωμικής ανωμαλίας με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός γενετικά ανώμαλου εμβρύου. Στα ζευγάρια αυτά πρέπει να συστηθεί γενετική καθοδήγηση και προεμφυτευτική διάγνωση (PGD-ARRAY CGH).

Πώς διενεργείται αυτή;

Ουσιαστικά διενεργείται εξωσωματική γονιμοποίηση και τα παραγόμενα έμβρυα υποβάλλονται σε «βιοψία» (δηλαδή αφαίρεση ενός ή δύο κυττάρων στο στάδιο της τρίτης ημέρας ανάπτυξης ή περισσότερων όταν η βιοψία λαμβάνει χώρα στο στάδιο της βλαστοκύστης) και έλεγχο του καρυότυπου τους. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιείται ένα από τα πλέον σύγχρονα επιτεύγματα της σύγχρονης επιστήμης που δεν είναι τίποτε άλλο από τον μοριακό καρυότυπο και τη μέθοδο Array-CGH. Με την τεχνική αυτή είμαστε σε θέση να αναλύσουμε το σύνολο των χρωμοσωμάτων και να επιλέξουμε τα υγιή έμβρυα προς μεταφορά. Το ποσοστό επιτυχίας αυτής της μεθόδου φτάνει ακόμα και το 80% σε ορισμένες μελέτες.

Υπάρχουν και ανατομικά αίτια καθ' εξιν αποβολών;

Βέβαια και μάλιστα είναι ιδιαίτερα συχνά. Οι συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας (π.χ. η δίδελφος και η μονόκερως μήτρα), τα ινομώματα που επηρεάζουν την κοιλότητα της μήτρας (π.χ. υποβλεννογόνια), οι ενδομητρικές συμφύσεις (ιδιαίτερα όταν αυτές συνοδεύονται από χρόνια ενδομητρίτιδα) και η ανεπάρκεια τραχήλου αποτελούν τα πλέον κοινά ανατομικά αίτια που προδιαθέτουν σε καθ' εξιν αποβολές.

Η ανεπάρκεια τραχήλου είναι κάτι που προλαμβάνεται;

Πραγματικά ιδιαίτερης προσοχής πρέπει να τύχει η ανεπάρκεια του τραχήλου και καλά κάνετε και το θίγετε. Ο τράχηλος είναι το ανατομικό όριο ανάμεσα στον κόλπο και τη μήτρα και συχνά στις ασθενείς μου τον περιγράφω ως την «πόρτα» που συγκρατεί την εγκυμοσύνη στο εσωτερικό της. Ο τράχηλος,

αρκετές φορές από κατασκευής του και ακόμα περισσότερες φορές από προηγηθείσα επέμβαση στη μήτρα (π.χ απόξεση) παρουσιάζει δυσλειτουργία και «ανοίγει» εύκολα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αθόρυβη απώλεια της κύησης και αποβολή στο δεύτερο τρίμηνο. Προλαμβάνεται πολύ εύκολα, με την τακτική και προσεκτική παρακολούθηση της εγκύου και με τη διενέργεια της «περίδεσης» όταν ο τράχηλος αρχίζει να βραχύνεται απειλητικά.

Ποια η άποψή σας για τη συμμετοχή της ανοσολογίας στο φαινόμενο των καθ' έξιν αποβολών;

Αν κανείς αναζητήσει το μηχανισμό με τον οποίο εμφυτεύονται τα έμβρυα στο ενδομήτριο δε μπορεί παρά να διαπιστώσει ότι αυτός χαρακτηρίζεται από μία ανοσολογική αντίδραση μοσχεύματος-ξενιστή. Με άλλα λόγια ο οργανισμός της εγκύου αναγνωρίζει το έμβρυο ως «εισβολέα» και προκειμένου να το αποδεχτεί πρέπει να «προποιοήσει» την ανοσολογική του αντίδραση. Να μειώσει με άλλα λόγια τις αντιστάσεις του και να επιτρέψει στην εγκυμοσύνη να προχωρήσει.

Όταν λοιπόν επανειλημμένες εγκυμοσύνες στην ίδια ασθενή δεν εξελίσσονται, ιδιαίτερα στο πρώτο τρίμηνο, θα μπορούσε κάποιος πολύ απλά να υποθέσει ότι δυσλειτουργεί αυτός ο ανοσολογικός μηχανισμός. Και θα είχε πράγματι δίκιο σε ορισμένες εξειδικευμένες περιπτώσεις. Αυτό που καθιστά όμως δύσκολη την επιβεβαίωση αυτού του ισχυρισμού είναι ότι οι ανοσολογικοί μηχανισμοί είναι δαιδαλώδεις και η απομόνωση ενός μόνο παράγοντα εξ αυτών πρακτικά αδύνατη.

Γι' αυτόν το λόγο επικρατεί τέτοια διαμάχη στην επιστημονική κοινότητα σε σχέση με την κλινική σημασία των παραγόντων αυτών στην παθογένεια των καθ' έξιν αποβολών και τη σχετική θεραπευτική τους αντιμετώπιση (βλέπε ανίχνευση ΝΚ κυττάρων, αντιπατρικών αντισωμάτων και θεραπείες με εμβόλια κτλ). Όλες αυτές οι μορφές θεραπείας (π.χ. εμβόλια) μένει να αποδείξουν την ωφελιμότητά τους.

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να αποδοθεί στη χρόνια ενδομητρίτιδα η οποία σίγουρα εμπλέκει ανοσολογικούς μηχανισμούς στον τρόπο με τον οποίο οδηγεί στις καθ' έξιν αποβολές. Η απομόνωση του υποκείμενου παθογενετικού παράγοντα πολλές φορές είναι δύσκολη ενώ η επιβεβαίωση της διάγνωσης πολύ συχνά διαφεύγει από καλλιέργειες ενδομητρικών κυττάρων και κοιλικών υγρών ακόμα και από βιοψίες ενδομητρίου. Γι αυτό ακριβώς τον λόγο η θεραπεία αυτής της τόσο σημαντικής πάθησης παραμένει ακόμα εμπειρική. Κατά την προσωπική μου άποψη και κλινική πράξη, η ιδανικότερη θεραπευτική προσέγγιση όταν υπάρχει κλινική υποψία ενδομητρίτιδας είναι η διενέργεια υστεροσκόπησης με βιοψία ενδομητρίου και η χορήγηση κατάλληλου αντιμικροβιακού σχήματος. Πολλές είναι οι περιπτώσεις ασθενών που έχω να θυμηθώ να έχουν ευεργετηθεί από τη συγκεκριμένη προσέγγιση...

Υπάρχουν και ορμονικά αίτια ;

Βεβαίως και είναι ίσως τα πλέον συχνά αίτια καθ' έξιν αποβολών. Αφορούν πάνω από το ένα τρίτο των περιστατικών αυτών. Διαταραχές στον θυρεοειδή (υποθυρεοειδισμός και λιγότερο συχνά υπερθυρεοειδισμός), διαταραχές στο μεταβολισμό της γλυκόζης (υπογλυκαιμία, υπερνισουλιναιμία και υπεργλυκαιμίες) καθώς και υπερπρολακτιναιμία είναι σε θέση να οδηγήσουν με μεγάλη ευκολία στην απώλεια της κύησης στο πρώτο τρίμηνο συνήθως. Για το λόγο αυτό τα περιστατικά αυτά πρέπει να αντιμετωπίζονται συντονισμένα από μία ομάδα θεραπειών (γυναικολόγος, ενδοκρινολόγος, διατροφολόγος, ψυχολόγος και αιματολόγος) προκειμένου να τύχουν της καλύτερης αντιμετώπισης.

Οι ασθενείς αυτές πρέπει να απευθύνονται και σε αιματολόγο;

Ασφαλώς. Και αυτό γιατί έχει παρατηρηθεί συσχέτιση του φαινομένου αυτού με ορισμένες περιπτώσεις θρομβοφιλίας (όπως διαταραχή του παράγοντα πήξης V-LEIDEN) αλλά όχι με το σύνολο των θρομβοφιλικών διαταραχών που συναντά κανείς συχνότατα τον Ελληνικό πληθυσμό (π.χ δεν έχει παρατηρηθεί καμία συσχέτιση με την ετεροζυγωτία για τον MTHFR). Για το λόγο αυτό η εμπειρισταωμένη προσέγγιση από ειδικό αιματολόγο θα μπορούσε να απομακρύνει τον κίνδυνο της υπερθεραπείας και να οδηγήσει σε στοχευμένο αποτέλεσμα.

Συμπερασματικά, ποιο είναι το μήνυμα που θα θέλατε να περάσετε στις ασθενείς που «υποφέρουν» από καθ' έξιν αποβολές;

Πολύ σωστά θέσατε το ερώτημα χρησιμοποιώντας το ρήμα «υποφέρω». Πραγματικά οι ασθενείς αυτές «υποφέρουν». Χωρίς να αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα γονιμότητας, αναγκάζονται να συναντήσουν όλους τους ειδικούς υπογονιμότητας και να μην πανηγυρίσουν κάθε φορά που διαπιστώνουν ότι ξεκινά μια νέα εγκυμοσύνη. Αντιθέτως, κατακλύζονται από αισθήματα ανασφάλειας, αγωνίας και ενοχής όταν το φαινόμενο επαναλαμβάνεται.

Το μήνυμα που πρέπει να γίνει σαφές σε αυτά τα ζευγάρια είναι ότι, εφόσον υπάρχουν αίτια, στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει και θεραπεία. Απλά ο έλεγχος θα πρέπει να είναι σε βάθος και να διενεργείται από έμπειρη και ειδική ομάδα επιστημόνων με ιδιαίτερη φροντίδα στην υποστήριξη αυτού του τόσο πολύπαθου ζευγαριού.