

KÜLÖNLENYOMAT

A

Magyar Nőorvosok Lapja

C. FOLYÓIRATBÓL

*A Debreceni Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának
(igazgató: Lampé László dr., egyetemi tanár) közleménye*

Ikerterhesség – Cerclage műtét*

Írta: KOMÁROMY BÉLA dr., TÓTH ZOLTÁN dr., SZÜCS GÉZA dr.**
és LAMPÉ LÁSZLÓ dr.

A cervicalis insuficiencia a terhesség idő előtti megszakadásának egyik közismert oka. A kórkép hazánkban nem ritka és ennek magyarázata a korábbi évek családtervezésének dilatatio + curettage-n alapuló helytelen gyakorlata. A károsodott cervix záró és tartó funkciójának elégtelensége akkor manifesztálódik, amikor a terhesség folyamán a méhűr térfogata és tartalmának súlya kritikus értéket ér el. E kritikus érték a cervix állapotától függ.

Az ikerterhességnek a méhnyak elégtelenség sajátos problémája. A nagyobb méh-tartalom hatékonyabb záró funkciót igényel. Ha a méhnyak körkörös záró izomzata nem kifogástalan, a többes terhesség nagyobb valószínűséggel fog a II. trimeszterben, vagy a III.-ban hetekkel a terminus előtt megszakadni, mint a szinguláris terhesség. A cervix insuficiencia bizonyára fontos tényezője az ikerterhességek 60–70%-os koraszülési gyakoriságának.

A cervix záró funkciójának terhesség alatti helyreállítására az első műtéti eljárásokat *Shirodkar* (1955) és *McDonald* (1957) ajánlották. A műtéttel hazai szerzők is kiterjedt tapasztalatokat szereztek (*Horn és Gimes*, 1960; *Székely és mtsai*, 1964, *Kónya és mtsai*, 1965; *Szendi*, 1966, *Kiss és Oriovics*, 1966; *Szombati és mtsai*, 1970; *Veres és Balázsy*, 1971; *Dorka és mtsai*, 1974; *Szabó és mtsai*, 1975; *Kubinyi és mtsai*, 1976). Klinikánkról *Ruzicska és Szücs* (1971), ill. *Szücs* (1975) 70% feletti eredményről számoltak be szinguláris terhességekben. Ikerterhességben való alkalmazásáról azonban csak szórványosan olvashatunk közléseket (*Solomon*, 1960; *Allahbadia*, 1962; *Hofmeister és mtsai*, 1968; *McGowan*, 1970; *Dennerstein*, 1971).

Intézetünkben az ikerterhesek ellátásának fontos részét képezi a cerclage műtét kiterjesztése (*Komáromy és Lampé*, 1977). Jelen munkánkban eddigi tapasztalatainkról és eredményeinkről számolunk be.

Anyag és módszer

Klinikánkon 1970. január 1.- és 1976. december 31. között 52 cerclage műtét történt ikerterheseken, a korábbi években ritkábban, az utóbbi 3 évben azonban mind gyakrabban. Az évenkénti megoszlást az I. táblázat mutatja.

I. táblázat
Cerclage műtéteinek
évenkénti megoszlása

Év	Esetszám
1970	3
1971	1
1972	2
1973	5
1974	15
1975	12
1976	14
Összesen	52

*Dr. Árvay Sándor professzor, nyug. egyetemi tanár tiszteletére, 75. születésnapja alkalmából
**Jelenlegi munkahelye DOTE II. sz. Sebészeti Klinika

A műtétet akkor végeztük, ha a rendszeres vaginális vizsgálat során cervix inszufficienciára utaló jeleket észleltünk: megrövidült cervix vagy nyitott nyakcsatorna, esetleg nyitott vagy megnyílóban levő belső méhszáj. Néhány esetben már a terhes felvételekor előrehaladottabb méhszáj státuszt találtunk: a pete alsó pólusa ujjal elérhető volt, esetleg a burok előbaltosult. Sor került a műtetre akkor is, ha a cervix állapotát kielégítőnek ítéltük, de az anamnézisben közepidős vetelés, éretlen vagy koraszülés, egy vagy több spontán vagy művi vetelés szerepelt. A terhességi kor felső határa 34 hét volt.

A beavatkozást korábban rövid hatású iv. barbiturát narkózisban végeztük, újabban megelőgésünk a hüvelyfalak és a portiofelszín Lidocain sprayvel való érzéstelenítésével. Előkészítésként Dolargant és Seduxent adunk. Technikánk annyiban tér el a *Horn* és *Gimes* által ajánlott eljárástól, hogy a cerclage felhelyezéséhez nem Dechamps eszközt, hanem sebészeti tűt használunk. A kettős selyem varratot a portio alsó és középső harmadának határára helyezzük.

Anyagunkat két csoportra osztottuk. Az I. csoportba kerültek azok, akik a cerclage műtétet követően nem feküdtek tartósan intézetben (22 terhes), mert azt nem vállalták, vagy néhány esetben azért, mert ikerterhességüket ekkor még nem ismertük fel. Őket a cerclage-t követő 6–10. napon hazabocsátottuk. A II. csoportba az a 30 terhes tartozik, akik a műtétet követően szülésükig intézetben feküdtek.

Összehasonlításként 1976. december 31-től visszamenőleg azokat az ikerterheseket választottuk ki, akiknek abortusz terhessége (100 terhesre eső művi és spontán vetélések száma; *Pohánka*, 1975) hasonló volt anyagunkéhoz, továbbá előzményükben hasonló arányban szerepelt éretlen és koraszülés. Így a kontrollcsoportot olyan 52 terhes alkotta, akiknek gesztációs előzménye, legalábbis szám szerint, közel azonos volt, de náluk cerclage műtetre nem került sor. Közülük is 30 feküdt intézetben, míg 22 számára nem volt biztosítva az ágynyugalom.

A cerclage műtéten átesett 52 gravida közül 6 először, 15 másodszor volt terhes (*II. táblázat*). Anamnézisükben összesen 38 arteficiális és 16 spontán vetelés szerepelt. Így abortusz terhességük 103,8. A jelenlegi graviditást leszámítva együtt 69 terhességet kívántak kiviselni, de csak 47 érett magzatot szültek és ebből is 8-at egy asszony. A jelenlegit megelőző utolsó, ill. utolsó előtti terhességük sorsát a *III. táblázat* részletezi.

II. táblázat

A terhések megoszlása jelen terhességük sorrendje szerint

	I. Grav.	II. Grav.	III. v. több Grav.	Összesen
Intézetben nem fekvők	2	4	16	22
Intézetben fekvők	4	11	15	30
Összesen:	6	15	31	52

III. táblázat

A cerclage műtéten átesettek utolsó (I) és utolsó előtti (II) terhességének sorsa

	Ab. artef.	Ab. sp.	P.immat.	P.praemat.	P. mat.	Összesen
I.	11	7	2	3	23	46
II.	12	7	–	1	11	31
Össz.	23	14	2	4	34	77

A kontrollcsoportot képező 52 asszony közül 5 volt először, 10 másodszor terhes. Abortusz terhességük 113,5. Eddig 101 terhességet kívántak kiviselni, 58 érett magzatot szültek. A két utolsó terhességük sorsát a *IV. táblázat* mutatja.

IV. táblázat

A kontrollcsoportbeliek utolsó (I) és utolsó előtti (II) terhességének sorsa

	Ab. artef.	Ab. sp.	P. immat.	P. praemat.	P. mat.	Összesen
I.	13	14	2	6	12	47
II.	8	9	–	3	17	37
Össz.	21	23	2	9	29	84

Eredmények

A műtéteket a terhesség 17–34. hete között végeztük (*V. táblázat*), a 21–26. héten 16-ot, a 27–32. héten 30-at. A terhességi hetek átlaga 27,3 volt a műtét időpontjában, a nem fektetetteknél 28,6. A cerclage elvégzése és a szülés között 1–18, átlagosan 8,5 hét telt el.

V. táblázat
A cerclage műtétek időpontja

Terhességi hét	Esetszám
17–20	3
21–22	5
23–24	5
25–26	6
27–28	11
29–30	10
31–32	9
33–34	3
Összesen:	52

A szülések a 24–41. hetek között indultak meg. Az átlagos gesztációs kor a szüléskor 36,4 hétnek adódott, a bentfekvőknél 37,5, a nem fekvőknél azonban csak 34,9 hét. A különbség jelentős, 2,6 hét. A kontrollcsoportban az átlagos gesztációs kor 34,7 hét, a bentfekvőknél 35,9, a nem fektetetteknél 33,1 hét (*VI. táblázat*).

VI. táblázat
Átlagos gesztációs kor a szüléskor hetekben

	Intézetben nem fekvő	Intézetben fekvő	Összesen
Cerclage	34,9	37,5	36,4
Kontroll	33,1	35,9	34,7
Δ	1,8	1,6	1,7

Anyagunkban 32 terhesség fejeződött be a 38. hét előtt. Így a koraszülések gyakorisága 61,54%. A bentfekvőknél 50,00%, a nem fekvők között 77,27%. A kontrollcsoportban magasabb koraszülési arányt láttunk (*VII. táblázat*).

VII. táblázat
A koraszülés (< 38. hét) gyakorisága

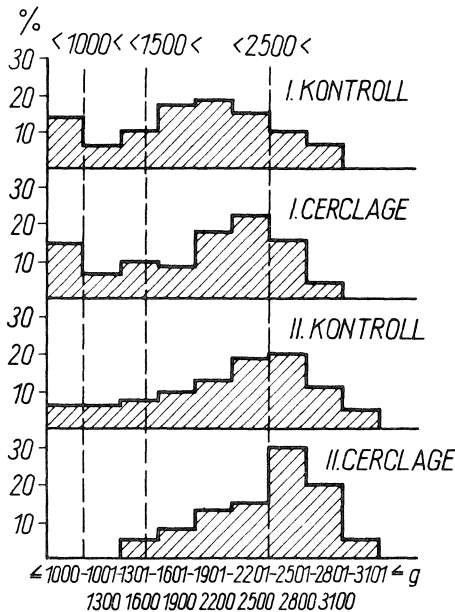
	Intézetben nem fekvő	Intézetben fekvő	Összesen
Cerclage	17 (77,27 %)	15 (50,0 %)	32 (61,54 %)
Kontroll	18 (81,28 %)	18 (60,0 %)	36 (69,23 %)
Δ	4,01 %	10,0 %	7,69 %

Az újszülöttek átlagsúlya cerclage műtét után 2291,7 g volt. Lényeges különbséget láttunk azonban a bentfekvők (2566,4 g) és a nem fekvők között (1917,0 g). A kontrollcsoport értékei: 2098,1 g, ill. 2358,4 és 1743,2 g (*VIII. táblázat*). Az újszülöttek

súlymegoszlásából (I. ábra) kitűnik, hogy a műtéten átesett és intézetben fekvő terhesek újszülöttjei között a legkevesebb az 1500 g-nál kisebb és a legtöbb a 2500 g-nál nagyobb súlyú. Ugyanakkor az intézetben nem fekvők között jelentős számban fordulnak elő alacsony súlyúak, különösen ha még cerclage műtét sem történt. A diagramon jobbra tolódás látható intézetben nem fekvő és nem operált, nem fekvő, de operált, intézetben fekvő nem operált, valamint fekvő és operált sorrendben.

VIII. táblázat
Az újszülöttek átlagsúlya (g)

	Intézetben nem fekvő	Intézetben fekvő	Összesen
Cerclage	1917,0	2566,4	2291,7
Kontroll	1743,2	2358,4	2098,1
Δ	173,8	208,0	193,6



I. ábra. A cerclageval védett és a kontrollcsoport újszülöttjeinek súlymegoszlása.
A két felső diagram az intézetben nem fekvők, a két alsó az intézetben fekvők adatait mutatja

Anyagunkban a perinatális mortalitás 9,62%-nak adódott, az intézetben nem fekvők között 22,73%, míg a bentfevők között 0. A kontrollcsoport megfelelő értékei: 17,31%; ill. 29,55% és 8,34% (IX. táblázat).

IX. táblázat
A perinatális mortalitás

	Intézetben nem fekvő	Intézetben fekvő	Összesen
Cerclage	22,73 %	—	9,62 %
Kontroll	29,55 %	8,34 %	17,31 %
Δ	6,82 %	8,34 %	7,69 %

Ikerterhességben végzett cerclage műtétről csak elvétve olvashatunk. A szórványos közlések 1–2 esetről számolnak be. Számos intézetben idegenkednek a méhnyakzáró műtéttől többes terhességben. McGowan (1970) 103 egyetemi klinikát kérdezett meg és közülük 85 azt válaszolta, hogy nem végeznek cerclage-t ikerterhességben. A maradék 18 intézetben 43 cerclage történt és ebből 28 volt sikeres (66%).

Többes terhességben általában a méhnyak nagyobb hányada vesz részt a peteür alkotásában, mint szinguláris terhességben. Nem könnyű annak eldöntése, hogy a cervix megrövidülése és a méhszáj megnyílása meddig „fiziológiás” és mikor fenyeget a terhesség megszakadásának veszélyével. Véleményünk szerint, ha a cervix jelentősen megrövidült, még teljesen zárt méhszáj esetén is, továbbá, ha a nyakcsatorna ujj számára nyitott, megtartott cervix mellett is, végül természetesen, ha a belső méhszáj megnyílóban van, a cerclage műtétet feltétlenül el kell végezni. Célszerű a műtétet kiterjeszteni azokra az esetekre is, amelyekben a méhszájstatusz kielégítő, az anamnézisben azonban kora vagy éretlen szülések spontán vagy művi vetélések szerepelnek. Álláspontunk kialakításában az a megfontolás vezetett, hogy többes terhességben a cervix körkörös záró izomzatára nagyobb feladat hárul és így hamarabb válhat insufficienssé.

Gyakorlatunk helyességét eredményeink igazolják. A cerclage műtétek után terheseinknél vetélés nem fordult elő, és az 52 asszony közül 48-nak 94 újszülöttje maradt életben. Ez 90,38% eredményességet jelent, ami lényegesen jobb az irodalomból ismert 66%-nál. Ennek magyarázata az, hogy a műtétet az esetek nagyobb részében tartós fektetéssel tudtuk kiegészíteni.

Adataink értékelésekor nehézséget jelentett, hogy mivel ikerterhességről volt szó, nem képezhetette összehasonlítás alapját gravidáink megelőző terhességének lefolyása. Ezért választottunk ki ugyanazon időszakból hasonló mértékben terhelt anamnéziséis 52 ikerterhest, akik nem estek át cerclage műtéten. Az intézetben fekvők aránya ebben a kontrollcsoportban is azonos volt. Azt láttuk, hogy velük szemben a cerclage-val védettek terhességének ideje átlagosan 1,7 héttel meghosszabbodott, a koraszülés 7,5%-kal kevesebb, az újszülöttek átlagsúlya pedig közel 200 g-mal nagyobb lett. Mindezek következtében a perinatális mortalitás a felére csökkent a kontrollcsoporttal szemben.

Ikerterhességben az ágynyugalom, az intézetben történő tartós fektetés jelentőségét korábban már meggyőzően igazoltuk (Komáromy és Lampé, 1968; 1977). Ez mostani adatainkból is kitűnik. Az intézetben fekvők eredményei mind a műtéten átesett, mind a kontrollcsoportban jobbak. A különbség minden paraméterben jelentős és ezek eredőjeként feltűnő a perinatális mortalitásban is. Adatainkból azonban az is kiderül, hogy a műtét az intézetben nem fekvők számára is védelmet nyújtott. Közel 2 héttel meghosszabbodott a terhesség tartama, az újszülöttek átlagsúlya 170 g-mal nőtt. Ugyanakkor azt is láthatjuk, hogy az ágynyugalom önmagában jobb eredményeket adott, mint egyedül a cerclage, ágynyugalom nélkül.

A korábban feldolgozott 491 ikerterhesünk adataiban a jelenlegiek is benne foglaltattak. Akkor azt találtuk, hogy az intézetben fekvők terhességének átlagos tartama 37,4 hét, a koraszülés gyakorisága 41,1%, az újszülöttek átlagsúlya pedig 2581 g volt. Az intézetben nem fekvők ugyanazon adatai: 35,0 hét, 75,4% és 1972 g. Jelen anyagunk egyik csoportja sem szárnyalja túl ezeket az értékeket. Ennek magyarázata az, hogy mind a műtéttel védett, mind a kontrollcsoport tagjai kifejezetten terhelt anamnézissel rendelkeztek. Előzményeik érthetővé teszik, hogy a fektetés és a cerclage együttesen sem hozhatott nagyobb mértékű javulást. Az átlagos értékek elérése is figyelemre méltó eredmény. Szembetűnő továbbá a kis számok ellenére is, hogy a műtéttel védett és fektetett terhések 60 magzatából nem vesztettünk el egyet sem.

Nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt sem, hogy a II. csoportunk nem teljes értékű kontrollcsoport. Hisz az összehasonlításuként szereplők cervixének állapota sokkal

kedvezőbb volt, olyannyira, hogy – véleményünk szerint – nem indokolta a műtétet. Ez azt jelenti, hogy valódi – a méhszáj elégtelen zárófunkciójának jeleit mutató – kontrollcsoport esetén a különbség a műtéten átesettek javára még nagyobbak adódna.

Összegezve eredményeinket megállapíthatjuk, hogy a cerclage műtétnek az ikerterhesek ellátásában fontos szerepe van. A cervix elégtelenségével többes terhességben gyakrabban kell számolnunk, ezért elengedhetetlen a rendszeres ellenőrzés és a nem kielégítő zárófunkció első jeleinek észlelésekor, de olykor egyedül a terhelő anamnézis alapján is a méhnyakzáró műtétet el kell végezni.

A műtéti indikációt liberálisabban kell kezelni, mint szinguláris terhességben. A cerclage kiterjesztése az ikerterheseknél a – különben igen magas – koraszülési arány és ezáltal a perinatális mortalitás csökkenését eredményezi.

Összefoglalás

Szerzők 52 ikerterhesen végeztek cerclaget a graviditás 17–34. hete között. A műtétet védettek átlagos gesztációs kora a szüléskor 36,4 hét, a koraszülés aránya 61,5%, az újszülöttek átlagsúlya 2291,7 g volt. Ugyanakkor a kontrollcsoportban a gesztációs kor 34,7 hétnek, a koraszülés gyakorisága 69,2%-nak, az átlagsúly pedig 2098,1 g-nak adódott. Az 52 operált asszonynak 94 újszülöttje maradt életben, ez 90,38%-os eredményességet jelent. Tapasztalataik alapján az ikerterheseknél a cerclage kiterjesztése a különben igen magas perinatális mortalitás csökkentését eredményezi.

Irodalom

1. *Allahbadia, N. K.*: Brit. med. J. 2, 1120 (1962). – 2. *Dennerstein, G. J.*: Obstet. Gynec. Surv. 26, 704 (1971). – 3. *Dorka, A., Misley, E., Imre, M., Tivadar, J.*: Magy. Nőorv. L. 37, 77 (1974). – 4. *Hofmeister, F. J., Schwartz, W. R., Vondrak, B. F., Martens, W.*: Amer. J. Obstet. Gynec. 101, 58 (1968). – 5. *Horn, B., Gimes, R.*: Magy. Nőorv. L. 23, 321 (1960). – 6. *Kiss, Cs., Oriovics, J.*: Orv. Hetil. 107, 456 (1966). – 7. *Komáromy, B., Lampé, L.*: Magy. Nőorv. L. 31, 487 (1968). – 8. *Komáromy, B., Lampé, L.*: Orv. Hetil. 118, 1591 (1977). – 9. *Kónya, Z., Horn, B., Gimes, R., Szeker, I., Ébner, L.*: Magy. Nőorv. L. 28, 323 (1965). – 10. *Kubinyi, J., Pilishegyi, J., Lacza, T.*: Zbl. Gynäk. 98, 1043 (1976). – 11. *McDonald, I. A.*: J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. 64, 346 (1957). – 12. *McGowan, G. W.*: Obstet. Gynec. 35, 589 (1970). – 13. *Pohánka, Ö.*: A koraszülés epidemiológiája. A DOTE Női Klinikájának kiadványai (Szerk.: Lampé L.) 1975/2. 27. p. – 14. *Ruzicska, Gy., Szücs, G.*: Orv. Hetil. 112, 1628 (1971). – 15. *Shirodkar, V. A.*: Antiseptic. 52, 299 (1955). – 16. *Solomon, H. J.*: J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. 67, 249 (1960). – 17. *Szabó, S., Reichard, J., Nádas, F.*: Magy. Nőorv. L. 38, 52 (1975). – 18. *Szendt, B.*: Magy. Nőorv. L. 29, 18 (1966). – 19. *Székely, J., Igaz, K., Hasitz, S.*: Magy. Nőorv. L. 27, 359 (1964). – 20. *Szombati, Zs., Iván, M., Argay, I.*: Magy. Nőorv. L. 33, 255 (1970). – 21. *Szücs, G.*: A cerclage műtét és jelentősége a koraszülés elleni küzdelemben. A DOTE Női Klinikájának kiadványai (Szerk.: Lampé, L.) 1975/2. 62. p. – 22. *Veres, L., Balázs, T.*: Magy. Nőorv. L. 34, 234 (1971).

Б. Комароми, З. Тот, Г. Сюч, Л. Лампэ: *Операция — серкляж по поводу беременности близнецами*

Komáromy, B., Tóth, Z., Szücs, G., Lampé, L.: *Twin pregnancy cerclage operation*