

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

## *Μαζική κολπική αιμορραγία από ρήξη κισσών του τραχήλου της μήτρας: περιγραφή μιας εξαιρετικά σπάνιας κλινικής περίπτωσης σχετιζόμενη με απώλεια του εμβρύου στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης*

Ευθυμία Θανασά,<sup>1</sup> Άννα Θανασά,<sup>1</sup> Ιωάννης-Ραφαήλ Αντωνίου,<sup>2</sup> Αλέξανδρος Λερούτσος,<sup>2</sup> Ιωάννης Θανασάς<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Επιστημών Υγείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, <sup>2</sup>Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, <sup>3</sup>Τμήμα Παθολογικής Ανατομικής, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι κισσοί του τραχήλου της μήτρας στην εγκυμοσύνη είναι μια σπάνια νοσολογική οντότητα. Η ρήξη κισσών του τραχήλου στις έγκυες μπορεί να σχετίζεται με εμβρυική απώλεια μετά από την διακοπή της κύησης ή με πρώιμο-πρόωρο τοκετό, όταν αυτή συμβαίνει σε βιώσιμο έμβρυο. Στην παρούσα εργασία περιγράφεται η διακοπή της εγκυμοσύνης με καισαρική τομή λόγω μαζικής κολπικής αιμορραγίας μετά από τη ρήξη κισσών του τραχήλου στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Έγκυος πρωτοτόκος, ηλικίας 26 ετών, με ιστορικό προδρομικού πλακούντα, διανύοντας την 21η εβδομάδα της εγκυμοσύνης προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, στην Ελλάδα, αναφέροντας ανώδυνη κολπική αιμορραγία σημαντικού βαθμού. Με την διακολπική Doppler υπερηχογραφία στον ενδοτράχηλο παρατηρήθηκαν επιμήκεις σχηματισμοί με παρουσία αυξημένης αγγείωσης, οι οποίοι συνηγορούσαν υπέρ διατεταμένων αγγειακών δομών χωρίς εμφανή σημεία περιφερικής αποκόλλησης του προδρομικού πλακούντα. Στο χειρουργείο, με την προσεκτική επισκόπηση του τραχήλου της μήτρας διαπιστώθηκαν ευμεγέθη με κισσοειδή διάταξη διευρυμένα οφιοειδή αγγεία, τα οποία μέσω του τραχηλικού καναλιού προέβαλαν στον εξωτράχηλο και αιμορραγούσαν ενεργά. Κατά την προσπάθεια ψηλαφητού ελέγχου των αγγειακών δομών προκλήθηκε μαζική αιμορραγία. Μετά από τον προσωρινό έλεγχο της αιμορραγίας με τη βοήθεια αιμοστατικών λαβίδων σύλληψης του τραχήλου της μήτρας, εκτελέστηκε διακοπή της εγκυμοσύνης με καισαρική τομή. Για την αντιμετώπιση της σοβαρής διεγχειρητικής αιμορραγίας διενεργήθηκε μετάγγιση αίματος και έγινε μητρο-τραχηλο-κολπικός επιπωματισμός με συσκευασία από γάζα. Μετάγγιση αίματος για την αιμοδυναμική σταθεροποίηση της ασθενούς απαιτήθηκε και κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Η ασθενής εξήλθε από την κλινική την πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα. Είκοσι ημέρες αργότερα, τα ευρήματα του τραχήλου της μήτρας από την κλινική εξέταση και την διακολπική Doppler υπερηχογραφία ήταν φυσιολογικά. Με την παρούσα εργασία τονίζεται η αξία της διακολπικής Doppler υπερηχογραφίας στην έγκαιρη διάγνωση των κισσών του τραχήλου της μήτρας. Επίσης, δίδεται έμφαση στην αναγκαιότητα της διαφορικής διάγνωσης των αιμορραγικών κισσών του τραχήλου της μήτρας από την σχετιζόμενη με περιφερική αποκόλληση προδρομικού πλακούντα κολπική αιμορραγία, με σκοπό τη μείωση της μητρικής και περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

*Λέξεις ευρετηρίου:* κίρσοι τραχήλου, προδρομικός πλακούντας, κολπική αιμορραγία, διακολπική Doppler υπερηχογραφία, εμβρυική απώλεια, καισαρική τομή, περιγραφή περίπτωσης

---

Ε. Θανασά, Α. Θανασά, Ι.Ρ. Αντωνίου, Α. Λερούτσος, Ι. Θανασάς. Μαζική κολπική αιμορραγία από ρήξη κίρσων του τραχήλου της μήτρας: περιγραφή μιας εξαιρετικά σπάνιας κλινικής περίπτωσης σχετιζόμενη με απώλεια του εμβρύου στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης. *Επιστημονικά Χρονικά* 2025; 30(1): 150-161

---

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κίρσοι είναι διεσταλμένες, οιδηματώδεις επιφανειακές φλέβες στον υποδόριο ιστό, οι οποίες συχνά εμφανίζονται στις έγκυες και συνήθως εντοπίζονται στα κάτω άκρα. Η εγκυμοσύνη θεωρείται ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην αυξημένη συχνότητα εμφάνισης κίρσων [1,2]. Εκτός από τα κάτω άκρα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι κίρσοι συχνά μπορεί να εντοπίζονται στο αιμορροϊδικό πλέγμα, στο αιδοίο, στον κόλπο και σπανιότερα στον τράχηλο της μήτρας. Η συχνότητα εμφάνισης κίρσων του αιδοίου στις έγκυες παρατηρείται αυξημένη, με ποσοστό το οποίο φτάνει στο 8% του συνόλου των κυήσεων [3]. Η εμφάνιση σοβαρών αιδοιοκολπικών κίρσων αποτελεί πρόκληση στην καθημερινή μαιευτική κλινική πράξη, για τη διαχείριση της οποίας σήμερα η συνεργασία ακτινολόγων, αγγειοχειρουργών και μαιευτήρων-γυναικολόγων κρίνεται απαραίτητη [4].

Οι κίρσοι του τραχήλου της μήτρας αποτελούν σπάνιο κλινικό εύρημα στην εγκυμοσύνη. Λίγες περισσότερες από 20 περιπτώσεις έχουν περιγραφεί μέχρι σήμερα στη διεθνή αγγλόφωνη βιβλιογραφία [5]. Πρόκειται για διατεταμένες αγγειακές δομές, οι οποίες προβάλλουν σε άλλοτε άλλη έκταση

μέσα από το διευρυμένο ενδοτραχηλικό κανάλι και είναι δυνατόν να προκαλέσουν σοβαρή αιμορραγία κατά την προγεννητική περίοδο. Οι αιμορραγικοί ενδοτραχηλικοί κίρσοι σπάνια εκδηλώνονται στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Συνήθως εμφανίζονται στο δεύτερο ή στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και μπορεί να σχετίζονται με εμβρυική απώλεια μετά από την διακοπή της κύησης σε μη βιώσιμο έμβρυο (δική μας περίπτωση) ή με πρόωμο-πρόωρο τερματισμό της εγκυμοσύνης [6].

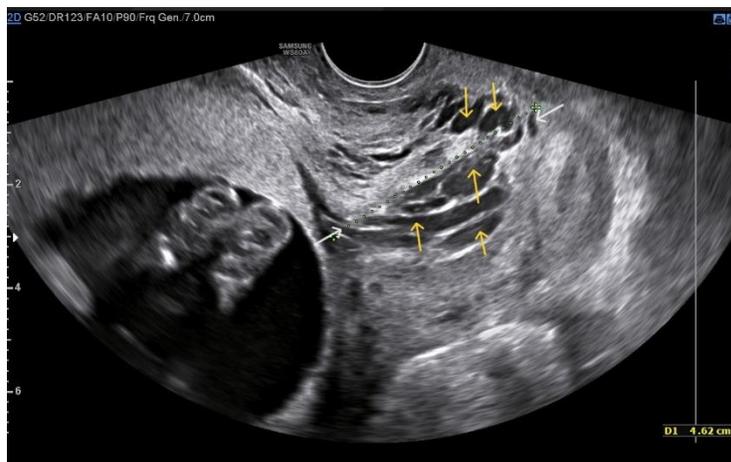
Στην παρούσα εργασία περιγράφεται μια σπάνια περίπτωση απώλειας του εμβρύου κατά την 21η εβδομάδα της εγκυμοσύνης ως αποτέλεσμα μεγάλης αιμορραγίας από ρήξη κίρσων του τραχήλου της μήτρας. Τονίζεται κατά κύριο λόγο η συμβολή της διακολπικής υπερηχογραφίας και της διακολπικής Doppler υπερηχογραφίας στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου με σκοπό τη μείωση της μητρικής και περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Επίσης, δίδεται έμφαση στην αναγκαιότητα της διαφορικής διάγνωσης των αιμορραγικών κίρσων του τραχήλου της μήτρας από την σχετιζόμενη με περιφερική αποκόλληση του πλακούντα κολπική αιμορραγία, ιδιαίτερα όταν αυτοί συνοδεύονται από προδρομικό πλακούντα.

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε έγκυο πρωτοτόκο, ηλικίας 26 ετών, η οποία διανύοντας την 21η εβδομάδα της εγκυμοσύνης προσήλθε κατά τις πρώτες πρωινές ώρες στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, στην Ελλάδα, αναφέροντας επεισόδιο μεγάλης κολπικής αιμορραγίας προ μιας ώρας περίπου. Η έγκυος περιέγραψε την αιμορραγία αναφέροντας έξοδο μεγάλων πηγμάτων αίματος από τον κόλπο. Η αιμοδυναμική κατάσταση της εγκύου ήταν σταθερή: αρτηριακή πίεση 110/70 mmHg, σφύξεις 84/λεπτό. Η κολπική αιμόρροια δεν συνοδευόταν από πόνο. Η έγκυος παρακολουθούνταν σε ιδιωτικό μαιευτικό κέντρο. Από τον υπερηχογραφικό προγεννητικό έλεγχο στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης ήταν γνωστή η χαμηλή πρόσφυση του πλακούντα. Η αυχενική διαφάνεια ήταν 1.2 mm και δεν διαπιστώθηκαν ανατομικές ανωμαλίες του εμβρύου. Προηγούμενο επεισόδιο μικρής κολπικής αιμόρροιας (πρώτο επεισόδιο) αναφέρθηκε πριν από ένα μήνα περίπου. Όπως ανέφερε η ίδια η έγκυος, η αιμορραγία, η οποία από τον θεράποντα μαιευτήρα αποδόθηκε σε περιφερική αποκόλληση του προδρομικού πλακούντα, υποχώρησε εντός μιας εβδομάδας, μετά από σύσταση του ιατρού για ανάπαυση και λήψη προγεστερόνης από το στόμα. Το ατομικό αναμνηστικό της εγκύου ήταν ελεύθερο. Στοιχεία που να υποδηλώνουν ότι εκτέθηκε σε διαιθυλοστιλβεστρόλη δεν διαπιστώθηκαν. Η εγκυμοσύνη ήταν μονήρης και προέκυψε μετά από αυτόματη σύλληψη.

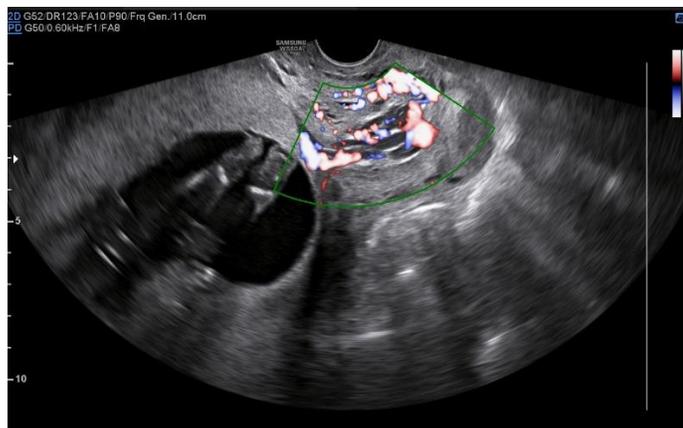
Κατά την γυναικολογική κολπική εξέταση διαπιστώθηκε κολπική αιμορραγία σημαντικού βαθμού, η οποία δεν επέτρεπε την ευκρινή επισκόπηση του τραχήλου της μήτρας στο εξεταστήριο. Με το μαιευτικό υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε φυσιολογική εμβρυική καρδιακή λειτουργία. Η ποσότητα του αμνιακού υγρού ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων και ο πλακούντας ήταν σε πρόσθια χαμηλή θέση χωρίς εμφανή υπερηχογραφικά σημεία αποκόλλησης.

Το διακολπικά υπερηχογραφικά εκτιμώμενο μήκος του τραχήλου της μήτρας ήταν φυσιολογικό (46mm). Χαρακτηριστική ήταν η απεικόνιση διατεταμένων επιμηκών σχηματισμών, οι οποίοι προέβαλλαν μέσα από το διευρυμένο ενδοτραχηλικό κανάλι (Εικόνα 1).



**Εικόνα 1.** Διακολπική υπερηχογραφική απεικόνιση κισρών του τραχήλου στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης: Είναι εμφανής η απεικόνιση διατεταμένων επιμηκών σχηματισμών (κίτρινα βέλη), οι οποίοι προβάλλουν μέσα από τον διευρυμένο ενδοτράχηλο. Με τα άσπρα βέλη απεικονίζεται το έσω τραχηλικό στόμιο (αριστερά) και το έξω τραχηλικό στόμιο (δεξιά).

Με την διακολλική Doppler υπερηχογραφία στον ενδοτράχηλο παρατηρήθηκαν διεσταλμένοι επιμήκεις σχηματισμοί με παρουσία αυξημένης αγγείωσης, οι οποίοι αφορούσαν στο μεγαλύτερο μέρος του τραχήλου και συνηγορούσαν υπέρ των διατεταμένων αγγειακών δομών (Εικόνα 2).



**Εικόνα 2.** Διακολλική Doppler υπερηχογραφική απεικόνιση κισών του τραχήλου στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης: Στον ενδοτράχηλο απεικονίζονται επιμήκεις διεσταλμένοι σχηματισμοί με παρουσία αυξημένης αγγείωσης, οι οποίοι αφορούν στο μεγαλύτερο μέρος του τραχήλου και συνηγορούν υπέρ των διατεταμένων αγγειακών δομών.

Μετά από την εισαγωγή της εγκύου στην κλινική, η συνέχιση της κολπικής αιμορραγίας οδήγησε στην απόφαση (μετά από την ενημέρωση της ίδιας της εγκύου και των οικείων της) για προσπάθεια διενέργειας λεπτομερέστερης κολπικής εξέτασης υπό γενική αναισθησία στην αίθουσα του χειρουργείου. Η χειρουργική αίθουσα είχε προετοιμασθεί κατάλληλα για το ενδεχόμενο διακοπής της εγκυμοσύνης με λαπαροτομία σε περίπτωση μεγάλης αιμορραγίας. Με την προσεκτική επισκόπηση του τραχήλου της μήτρας

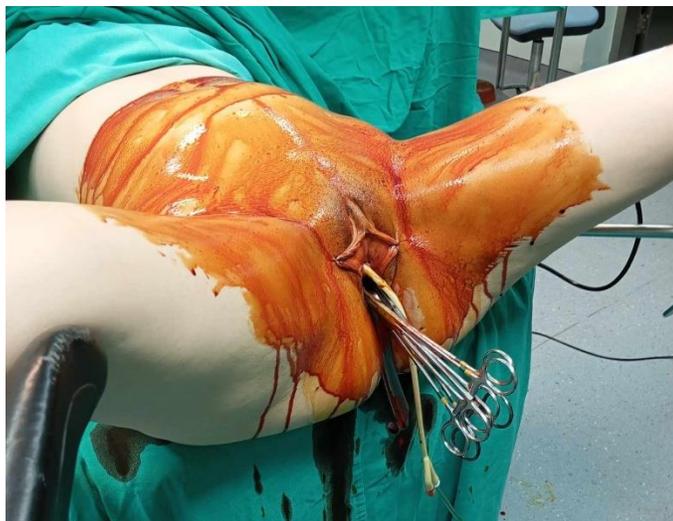
διαπιστώθηκαν ευμεγέθη με κισσοειδή διάταξη διευρυμένα οφιοειδή αγγεία, τα οποία μέσω του τραχηλικού καναλιού προέβησαν στον εξωτράχηλο και αιμορραγούσαν ενεργά (Εικόνα 3).



**Εικόνα 3.** Κλινική εξέταση κισών του τραχήλου στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης: Με την επισκόπηση διαπιστώνεται μια μάζα από διατεταμένα ευμεγέθη με κισσοειδή διάταξη διευρυμένα οφιοειδή αγγεία, τα οποία προεξέχουν από το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο και αιμορραγούν ενεργά.

Κατά την προσπάθεια ψηλαφητού ελέγχου των αγγειακών δομών στον τράχηλο της μήτρας προκλήθηκε κατακλυσμαιία κολπική αιμορραγία, για την προσωρινή αντιμετώπιση της οποίας ετέθησαν αιμοστατικές λαβίδες σύλληψης του τραχήλου της μήτρας (Εικόνα 4).

Με την ασθενή σε θέση γυναικολογικής λαπαροσκόπησης διενεργήθηκε επείγουσα καισαρική τομή και έξοδος του κνήματος. Διεσδυτικός πλακούντας ή αγγειακές δυσπλασίες στο κατώτερο τμήμα της μήτρας κοντά στο έσω τραχηλικό στόμιο δεν παρατηρήθηκαν. Η σοβαρή διεγχειρητική αιμορραγία οδήγησε στην απόφαση για την εκτέλεση μητρο-τραχηλο-κολπικού επιπωματισμού με συσκευασία από γάζα και μετάγγιση με 3 φιάλες αίματος και ένα πλάσμα.



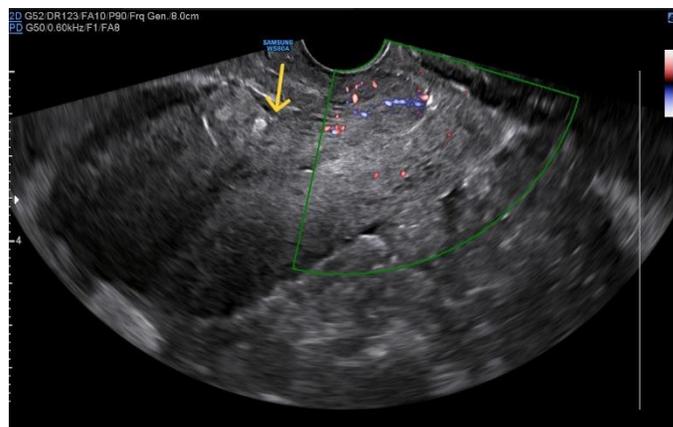
**Εικόνα 4.** Ρήξη κισσών του τραχήλου στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης: Στο χειρουργείο υπό αναισθησία, κατά την προσπάθεια ψηλαφητού ελέγχου των κισσών στον τράχηλο της μήτρας προκλήθηκε κατακλυσμαία κολπική αιμορραγία από ρήξη, για την προσωρινή αντιμετώπιση της οποίας ετέθησαν αιμοστατικές λαβίδες σύλληψης του τραχήλου της μήτρας.

Πριν από τον επιπωματισμό του κόλπου αφαιρέθηκαν οι αιμοστατικές λαβίδες σύλληψης του τραχήλου της μήτρας, οι οποίες είχαν τοποθετηθεί προεγχειρητικά. Άμεσα μετεγχειρητικά, κατά την επισκόπηση της περιοχής δεν παρατηρήθηκαν τα προεγχειρητικά διευρυμένα αγγεία στον ενδοτράχηλο, ούτε διαπιστώθηκε ενεργή αιμορραγία. Για την μετεγχειρητική αιμοδυναμική σταθεροποίηση της ασθενούς (Πίνακας 1) απαιτήθηκε πρόσθετη μετάγγιση με 2 φιάλες αίματος. Ο μητρο-τραχηλο-κολπικός επιπωματισμός αφαιρέθηκε την επόμενη ημέρα του χειρουργείου. Η κάλυψη της ασθενούς με αντιβιοτικά κρίθηκε απαραίτητη. Χορηγήθηκε κεφουροξιμη (Mefoxil) σε δόση 2 γραμμάρια ανά οκτάωρο για τέσσερις ημέρες σε συνδυασμό με μετρονιδαζόλη (Flagyl) σε δόση 500 mg ανά

οκτάωρο για δύο ημέρες. Η ασθενής μας εξήλθε από την κλινική την πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα. Είκοσι ημέρες αργότερα, τόσο τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης του τραχήλου της μήτρας (Εικόνα 5), όσο και τα ευρήματα της διακολπικής Doppler υπερηχογραφίας (Εικόνα 6) ήταν φυσιολογικά.



**Εικόνα 5.** Κλινική απεικόνιση του τραχήλου της μήτρας κατά την 20<sup>η</sup> ημέρα μετά την απώλεια του εμβρύου, της οποίας τα ευρήματα είναι φυσιολογικά. Σαφή απεικονίζονται τα όρια του τραχήλου της μήτρας.



**Εικόνα 6.** Διακολπική Doppler υπερηχογραφική απεικόνιση του τραχήλου της μήτρας κατά την 20<sup>η</sup> ημέρα μετά την απώλεια του εμβρύου, της οποίας τα ευρήματα είναι φυσιολογικά. Φυσιολογικό απεικονίζεται το σημείο επούλωσης της ουλής της καισαρικής τομής στη μήτρα (κίτρινο βέλος).

Εξετάσεις	Προεγχειρητικά	6 ώρες μετά το χειρουργείο	1 <sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα	2 <sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα	4 <sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα	Φυσιολογικές τιμές
Ht	26.6% <sup>1,2</sup>	20.8% <sup>3</sup>	18.2% <sup>4</sup>	25.4%	25.4%	37.7 – 49.7%
Hb	9.7 gr/dl	7.6 gr/dl	6.7 gr/dl	9.2 gr/dl	8.6 gr/dl	11.8 – 17.8 gr/dl
WBC	9.1x10 <sup>3</sup> /ml	16.1x10 <sup>3</sup> /ml	14.4x10 <sup>3</sup> /ml	13.89x10 <sup>3</sup> /ml	7.51x10 <sup>3</sup> /ml	4 – 10.8 x10 <sup>3</sup> /ml
NEUT	83.2%	87.3%	86.8%	78.7%	62.1%	40 – 75%
PLT	205 x10 <sup>3</sup> /ml	121 x10 <sup>3</sup> /ml	107 x10 <sup>3</sup> /ml	135 x10 <sup>3</sup> /ml	186 x10 <sup>3</sup> /ml	150 – 350 x10 <sup>3</sup> /ml
CRP	0.06 mg/dl	0.3 mg/dl	5.55 mg/dl	14.55 mg/dl	2.17 mg/dl	<0.5 mg/dl
APTT	29.8 sec	27.8 sec	35.3 sec	31 sec	31 sec	24.0 – 35.0 sec
INR	0.89	0.97	1.04	1.02	1.02	0.8 – 1.2
FIB	286 mg/dl	232 mg/dl	237 mg/dl	422 mg/dl	385 mg/dl	200 – 400 mg/dl
Glu	76 mg/dl	133 mg/dl	69 mg/dl	81 mg/dl	90 mg/dl	75 – 115 mg/dl
U	30 mg/dl	29 mg/dl	22 mg/dl	25 mg/dl	24 mg/dl	10 – 50 mg/dl
Cr	0.6 mg/dl	0.6 mg/dl	0.46 mg/dl	0.51 mg/dl	0.49 mg/dl	0.40 – 1.10 mg/dl
K <sup>+</sup>	4.17 mmol/L	4.1 mmol/L	3.24 mmol/L	3.51 mmol/L	3.49 mmol/L	3.5 – 5.1 mmol/L
Na <sup>+</sup>	135 mmol/L	133 mmol/L	140.5 mmol/L	139 mmol/L	141.7 mmol/L	136 – 145 mmol/L
B	0.5 mg/dl	0.92 mg/dl	0.48 mg/dl			0.3 – 1.2 mg/dl
SGOT	28 IU/L	27 IU/L	17 IU/L			5 – 33 IU/L
SGPT	13 IU/L	14 IU/L	11 IU/L			10 – 37 IU/L

<sup>1</sup>: Η τιμή του Ht και της Hb αντιστοιχεί σε 3 ώρες μετά το αναφερόμενο επεισόδιο οξείας κοιλιακής αιμορραγίας. Σε προγενέστερη εξέταση προ εβδομάδας διαπιστώνεται: Ht = 33.2%, Hg = 11.6 gr/dl  
<sup>2</sup>: Έναρξη μετάγγισης με 1 φιάλη αίματος πριν το χειρουργείο και 2 φιάλες αίματος διεγχειρητικά  
<sup>3</sup>: Μετάγγιση με 1 φιάλη αίματος  
<sup>4</sup>: Μετάγγιση με 1 φιάλη αίματος

**Πίνακας 1.** Προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές εργαστηριακές εξετάσεις της ασθενούς κατά τη νοσηλεία της στην κλινική: (Ht: Hematocrit; Hb: Hemoglobin; WBC: White Blood Cells; NEUT: Neutral; PLT: Platelets; CRP: C-reactive protein; APTT: Activated Partial Thromboplastin Time; INR: International Normalized Ratio; FIB: Fibrinogen; Glu: Glucose; U: Urea; Cr: Creatinine; K<sup>+</sup>: potassium; Na<sup>+</sup>: sodium; B: Bilirubin; SGOT: Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase; SGPT: Serum Glutamate Pyruvate Transaminase).

## ΣΧΟΛΙΟ

Η αιτιοπαθογένεια των κισμών του τραχήλου της μήτρας στις έγκυες δεν έχει απόλυτα διευκρινισθεί. Ο προδρομικός πλακούντας εκτιμάται ότι αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου. Ο προδρομικός πλακούντας και η αυξημένη ροή αίματος στον τράχηλο της μήτρας που χαρακτηρίζει αυτές τις περιπτώσεις φαίνεται να συσχετίζεται σημαντικά με την ανάπτυξη φλεβικής διαστολής και κισμών στην περιοχή

[7]. Επίσης, η προγεννητική έκθεση της μητέρας στη διαιθλοστυλβαστρολή, η οποία μπορεί να προκαλέσει αγγειακές δυσπλασίες στα πυελικά όργανα έχει ενοχοποιηθεί για ανάπτυξη κισμών στον τράχηλο της μήτρας. Άλλωστε είναι γνωστή η αλληλεπίδραση της μήτρας και του πλακούντα σε γυναίκες που έχουν εκτεθεί στη διαιθλοστυλβαστρολή [8]. Επίσης, η εξωσωματική γονιμοποίηση και η πολύδυμη εγκυμοσύνη που συχνά προκόπτει μετά από αυτή αλλά και η ηλικία της μητέρας άνω των 35 ετών που συνήθως χαρακτηρίζει αυτές τις

έγκυες αποτελούν επιπλέον παράγοντες κινδύνου για τους κισσούς του τραχήλου της μήτρας [9]. Σε σπάνιες περιπτώσεις η ανάπτυξη κισσών στον τράχηλο της μήτρας στην εγκυμοσύνη μπορεί να συμβεί χωρίς την παρουσία παραγόντων κινδύνου [10]. Η δική μας ασθενής ήταν 26 ετών και έφερε μονήρη κύηση μετά από αυτόματη σύλληψη. Στοιχεία που να υποδηλώνουν ότι εκτέθηκε σε διαιθυλοστιλβεστρόλη κατά την περιγραφή της περίπτωσης δεν βρέθηκαν. Στη δική μας περίπτωση ο μοναδικός προδιαθεσικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη κισσών του τραχήλου της μήτρας ήταν η χαμηλή θέση του πλακούντα.

Η προγεννητική διάγνωση των κισσών του τραχήλου της μήτρας στηρίζεται στην κλινική εξέταση, το διακολπικό υπερηχογράφημα και τη μαγνητική τομογραφία. Η αναγνώριση των κλινικών χαρακτηριστικών που παρουσιάζουν οι κισσοί του τραχήλου της μήτρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει πολύ μεγάλη σημασία για την ορθή διάγνωση της σπάνιας αυτής νοσολογικής οντότητας πριν προκληθεί μεγάλη αιμορραγία από ρήξη [11]. Η αιμορραγία αποτελεί κυρίαρχο σύμπτωμα και συνήθως υποδηλώνει ρήξη των κισσών του τραχήλου [12]. Σύγχυση δεν πρέπει να δημιουργείται με την κολπική αιμόρροια που οφείλεται σε περιφερική αποκόλληση προδρομικού πλακούντα, ο οποίος συχνά συνοδεύει τους κισσούς του τραχήλου της μήτρας [5]. Επίσης, μεγάλης διαγνωστικής αξίας είναι η διαφοροποίηση που πρέπει να γίνεται μεταξύ της αιμορραγίας που προκαλείται από ρήξη κισσών του τραχήλου της μήτρας και εκείνης που οφείλεται σε προδρομικά αγγεία. Τα προδρομικά αγγεία

προέρχονται από τον πλακούντα, ενώ οι κισσοί του τραχήλου της μήτρας είναι μητρικής προέλευσης και δεν σχετίζονται απαραίτητα με τον πλακούντα [12]. Η γυναικολογική κλινική εξέταση με προσεκτική επισκόπηση του τραχήλου της μήτρας εκτιμάται ότι βοηθάει σημαντικά στη διάγνωση των κισσών του τραχήλου της μήτρας. Ωστόσο όμως, σε αντίθεση με το διακολπικό υπερηχογράφημα και τη μαγνητική τομογραφία δεν είναι σε θέση να αξιολογήσει με ευκρίνεια την προέλευση, τη φύση και την έκταση των κισσών στον τράχηλο της μήτρας [12].

Με το διακολπικό υπερηχογράφημα εύκολα διαπιστώνεται η παρουσία προδρομικού πλακούντα, η οποία συχνά συνοδεύει τους κισσούς του τραχήλου της μήτρας στις έγκυες. Ταυτόχρονα, στον ενδοτράχηλο είναι δυνατόν να διαπιστωθεί μια υποηχοϊκή δομή, η εξέταση της οποίας με Doppler διακολπική υπερηχογραφία υποδεικνύει ότι είναι αγγειακής προέλευσης [13]. Η μαγνητική τομογραφία, αν και δεν είναι άμεσα διαθέσιμη για κάθε έγκυο με αιμορραγία, ωστόσο εκτιμάται ότι είναι πολύ χρήσιμη για την ορθή απεικόνιση της κατανομής των αγγείων σε σχέση με τα παρακείμενα όργανα και για τον αποκλεισμό άλλων απρόβλεπτων παθολογικών καταστάσεων της πυέλου, πριν από την προγραμματισμένη καισαρική τομή [12]. Στη δική μας ασθενή, η παρουσία προδρομικού πλακούντα και η εκδήλωση μικρής κολπικής αιμόρροιας στα τέλη του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης έθεσαν αρχικά την υποψία πιθανής περιφερικής αποκόλλησης του πλακούντα. Η διάγνωση των κισσών του τραχήλου της μήτρας τέθηκε με την διακολπική Doppler υπερηχογραφία και την

λεπτομερή υπό αναισθησία κολπική εξέταση, μετά από το επεισόδιο σοβαρής κολπικής αιμορραγίας στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Με την επισκόπηση του τραχήλου της μήτρας διαπιστώθηκε μια μάζα από διατεταμένα ευμεγέθη με κίρσοειδή διάταξη διευρυμένα οφιοειδή αγγεία, τα οποία προερχόταν από τον ενδοτράχηλο και προεξείχαν από το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο, με επέκταση κυρίως προς το οπίσθιο χέιλος του τραχήλου (Εικόνα 3).

Επιστημονικά τεκμηριωμένα δεδομένα, τα οποία μπορούν να υποστηρίξουν τη βέλτιστη διαχείριση της αιμορραγίας που είναι δυνατόν να προκληθεί από τους κίρσους του τραχήλου της μήτρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν. Η αποφυγή της σωματικής δραστηριότητας, η ανάπαυση στο κρεβάτι, η αποφυγή των σεξουαλικών επαφών και οι μεταγγίσεις αίματος στις περιπτώσεις εκείνες που η αιμορραγία συνοδεύεται από συμπτώματα αναιμίας, όπως είναι η αδυναμία, η ορθοστατική υπόταση, η ζάλη, ή η δύσπνοια αποτελούν συχνές συντηρητικές θεραπευτικές παρεμβάσεις στη διαχείριση της αιμορραγίας από ρήξη των κίρσων του τραχήλου στις έγκυες [12]. Επίσης, η εφαρμογή τραχηλικού πεσσού αποτελεί πρόσθετη συντηρητική επιλογή για τον έλεγχο της αιμορραγίας που σχετίζεται με τους κίρσους του τραχήλου της μήτρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Εκτιμάται ότι η ασκούσα από τον πεσσού πίεση στους ιστούς του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προκαλέσει μείωση του εύρους του κίρσου και κατά συνέπεια μείωση της προκληθείσας αιμορραγίας από τη ρήξη του [14]. Επίσης, η περίδεση του τραχήλου της μήτρας είναι δυνατόν να εφαρμοσθεί με επιτυχία για την

αντιμετώπιση των κίρσων του τραχήλου στις έγκυες και να οδηγήσει σε επιτυχή τελειόμηνη εγκυμοσύνη, ακόμη και όταν αυτή εφαρμοσθεί σε περίπτωση ενεργής αιμορραγίας από ρήξη των κίρσων στον τράχηλο [5]. Στις περιπτώσεις εκείνες που αποφασισθεί η διακοπή της εγκυμοσύνης κατά το πρώτο ή το δεύτερο τρίμηνο της κύησης, ο προφυλακτικός εμβολισμός της μητριαίας αρτηρίας εκτιμάται ότι μπορεί να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο αιμορραγίας από τους κίρσους του τραχήλου της μήτρας [15]. Στη δική μας ασθενή η λήψη της απόφασης για τη διακοπή της εγκυμοσύνης ήταν μια υπερεπείγουσα θεραπευτική επιλογή, ως αποτέλεσμα της μαζικής κολπικής αιμορραγίας που προκάλεσε η διαγνωστική ψηλαφητή διερεύνηση των κίρσων του τραχήλου. Στην περίπτωση μας η μαζική κολπική αιμορραγία δεν άφησε περιθώρια σκέψης αναφορικά με την απόφαση εφαρμογής συντηρητικών μεθόδων αντιμετώπισης των κίρσων του τραχήλου της μήτρας, οι οποίες θα μπορούσαν να επιτρέψουν τη συνέχιση της εγκυμοσύνης και την αποπεράτωσή της με προγραμματισμένη καισαρική τομή ή κολπικό τοκετό.

Η προγραμματισμένη καισαρική τομή εξακολουθεί να αποτελεί τον προτιμώμενο τρόπο τοκετού σε αυτές τις έγκυες. Με την προγραμματισμένη καισαρική τομή αποφεύγεται η ρήξη των κίρσων στον τράχηλο της μήτρας και η έκλυση μαζικής κολπικής αιμορραγίας που είναι δυνατόν να συμβεί κατά τον κολπικό τοκετό [16]. Ο προγραμματισμένος κολπικός τοκετός μπορεί να έχει θέση σε μεμονωμένες περιπτώσεις κίρσων στον τράχηλο της μήτρας, κατά τις οποίες οι τραχηλικοί κίρσοι είναι δυνατόν να παλινδρομήσουν

ταυτόχρονα με την υποχώρηση του συνυπάρχοντος προδρομικού πλακούντα [6,17]. Η επείγουσα καισαρική τομή, σχετιζόμενη ή μη σχετιζόμενη με επείγουσα υστερεκτομή ενδείκνυται σε περιπτώσεις μαζικής, ανεξέλεγκτης αιμορραγίας και έχει σημαντικά αυξημένα ποσοστά μητρικής και περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας [18].

Η πρόγνωση είναι καλή σε ασυμπτωματικές έγκυες χωρίς αιμορραγία από ρήξη των τραχηλικών κισσών. Μετά από τον τοκετό του εμβρύου, οι κισσοί του τραχήλου της μήτρας υποχωρούν αυθόρμητα και ο κίνδυνος υποτροπής εκτιμάται ότι είναι μικρός [12]. Στις περιπτώσεις εκείνες που συμβαίνει ρήξη του κισσού του τραχήλου της μήτρας, η προκαλούμενη αιμορραγία είναι σοβαρή και απειλητική για τη ζωή της εγκύου και του νεογνού [19]. Στη δική μας ασθενή, η προκαλούμενη από ρήξη των τραχηλικών κισσών μαζική κολπική αιμορραγία οδήγησε στην απώλεια του εμβρύου, μετά από την διακοπή της εγκυμοσύνης με εκτέλεση καισαρικής τομής. Κατά την μετεγχειρητική περίοδο τόσο τα ευρήματα από την κλινική

εξέταση, όσο και τα ευρήματα του τραχήλου της μήτρας κατά την διακολπική Doppler υπερηχογραφία ήταν φυσιολογικά.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι κισσοί του τραχήλου της μήτρας αποτελούν μια πολύ σπάνια νοσολογική οντότητα. Η σχετιζόμενη με μαζική κολπική αιμορραγία ρήξη των τραχηλικών κισσών στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης απαιτεί διακοπή της κύησης με εκτέλεση καισαρικής τομής. Οι κισσοί του τραχήλου, ιδιαίτερα όταν σχετίζονται με προδρομικό πλακούντα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση της ανώδυνης κολπικής αιμορραγίας στις έγκυες. Η προσεκτική χρήση και σωστή εκμάθηση της διακολπικής Doppler υπερηχογραφίας εκτιμάται ότι μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην έγκαιρη και ορθή διάγνωση των τραχηλικών κισσών. Με αυτόν τον τρόπο εκτιμάται ότι θα αποφευχθούν περιττοί διαγνωστικοί χειρισμοί στον τράχηλο της μήτρας, οι οποίοι μπορεί να προκαλέσουν ρήξη των κισσών, μαζική αιμορραγία και απώλεια του εμβρύου.

---

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Raetz J, Wilson M, Collins K. Varicose Veins: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2019; 99(11): 682-688.
2. Ismail L, Normahani P, Standfield NJ, Jaffer U. A systematic review and meta-analysis of the risk for development of varicose veins in women with a history of pregnancy. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2016; 4(4): 518-524.e1.
3. Gavrillov SG. Vulvar varicosities: diagnosis, treatment, and prevention. *Int J Womens Health*. 2017; 9: 463-475.

4. Giannella L, Montanari M, Delli Carpini G, Di Giuseppe J, Ciavattini A. Huge vulvar varicosities in pregnancy: case report and systematic review. *J Int Med Res.* 2022; 50(5): 3000605221097764.
5. Poliektov N, Kahn BF. Bleeding cervical varices in pregnancy: A case report and review of the literature. *J Neonatal Perinatal Med.* 2022; 15(1): 195-202.
6. Wax JR, Cartin A, Litton C, Conroy K, Pinette MG. Cervical varices: An unusual source of first-trimester hemorrhage. *J Clin Ultrasound.* 2018; 46(3): 218-221.
7. Tanaka M, Matsuzaki S, Kumasawa K, Suzuki Y, Endo M, Kimura T. Cervical varix complicated by placenta previa: A case report and literature review. *J Obstet Gynaecol Res.* 2016; 42(7): 883-889.
8. Thorp JM Jr, Fowler WC, Donehoo R, Sawicki C, Bowes WA Jr. Antepartum and intrapartum events in women exposed in utero to diethylstilbestrol. *Obstet Gynecol.* 1990; 76(5 Pt 1): 828-832.
9. Yoshimura K, Hirsch E, Kitano R, Kashimura M. Cervical varix accompanied by placenta previa in twin pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2004; 30(4): 323-325.
10. Youssef J, Afolayan V, Mack M, Sze A. Cervical varicosities, an uncommon cause of third-trimester bleeding in pregnancy: A case report. *Case Rep Womens Health.* 2023; 38: e00507.
11. Kurihara Y, Tachibana D, Teramae M, Matsumoto M, Terada H, Sumi T, Koyama M, Ishiko O. Pregnancy complicated by cervical varix and low-lying placenta: a case report. *Jpn Clin Med.* 2013; 4: 21-24.
12. Peng MY, Ker CR, Lee YS, Ho MC, Chan TF. Cervical varices unrelated to placenta previa as an unusual cause of antepartum hemorrhage: A case report and literature review. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2018; 57(5): 755-759.
13. Kusanovic JP, Soto E, Espinoza J, Stites S, Gonçalves LF, Santolaya J, Nien JK, Erez O, Sorokin Y, Romero R. Cervical varix as a cause of vaginal bleeding during pregnancy: prenatal diagnosis by color Doppler ultrasonography. *J Ultrasound Med.* 2006; 25(4): 545-549.
14. González-Bosquet E, Grau L, Ferrero-Martínez S, Hernandez-Saborit A, Rebollo M, Gomez-Chiari M, Martínez Crespo JM, Gómez-Roig MD. Pessary for Management of Cervical Varices Complicating Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2021; 138(3): 482-486.
15. Lesko J, Carusi D, Shipp TD, Dutton C. Uterine artery embolization of cervical varices before second-trimester abortion. *Obstet Gynecol.* 2014; 123(2 Pt 2 Suppl 2): 458-462.
16. Sammour RN, Gonen R, Ohel G, Leibovitz Z. Cervical varices complicated by thrombosis in pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011; 37(5): 614-616.

17. Wong CK, Hung CMW, Ng VKS, Yung WK, Leung WC, Lau WL. Four cases of cervical varices without placenta praevia: Presentation, diagnosis, managements, and literature review. J Obstet Gynaecol Res. 2022; 48(7): 1997-2004.
18. Saedi N, Ghaemi M, Moghadam M, Haddadi M, Hashemi Z, Hantoushzadeh S. Emergency postpartum hysterectomy as a consequence of cervical varix during pregnancy; a case report and literature review. Int J Surg Case Rep. 2023; 108: 108425.
19. Park JE, Kim MJ, Kim MK, Kim HM. Cervical varix with thrombosis diagnosed in the first trimester of pregnancy. Obstet Gynecol Sci. 2019; 62(1): 65-68.

CASE REPORT

***Massive vaginal bleeding caused of rupture cervical varices: an extremely rare clinical case report associated with fetal loss in the second trimester of pregnancy***

**Efthymia Thanasa,<sup>1</sup> Anna Thanasa,<sup>1</sup> Ioannis-Rafail Antoniou,<sup>2</sup> Alexandros Leroutsos,<sup>2</sup> Ioannis Thanasas<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Department of Health Sciences, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, <sup>2</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, General Hospital of Trikala, <sup>3</sup>Department of Pathology, General Hospital of Trikala, Trikala, Greece

**ABSTRACT**

Cervical varices in pregnancy are a rare pathological entity. Rupture of cervical varices in pregnant women may be associated with fetal loss after termination of pregnancy or early-preterm labor when it occurs in a viable fetus. The present paper describes the termination of pregnancy by caesarean section due to massive vaginal bleeding after the rupture of cervical varices in the second trimester of pregnancy. A 26-year-old pregnant woman with a first-born child, with a history of placenta previa, in her 21st week of pregnancy, presented to the Emergency Department of Trikala General Hospital, in Greece, reporting significant painless vaginal bleeding. Transvaginal Doppler ultrasonography in the endocervix showed elongated formations with the presence of increased vascularity, which advocated distended vascular structures without obvious signs of distal placenta previa. In the operating room, a careful inspection of the cervix revealed large, varicocele-shaped, dilated serpentine vessels, which projected through the cervical canal into the ectocervix and were actively bleeding. During the attempt to palpate the vascular structures, massive bleeding occurred. After temporary control of

bleeding with hemostatic cervical arrest forceps, termination of pregnancy was performed by caesarean section. To treat severe intraoperative bleeding, blood transfusion was performed and uterine-cervical-vaginal packing was performed with gauze packing. Blood transfusion for hemodynamic stabilization of the patient was also required during the immediate postoperative period. The patient was discharged from the clinic on the fifth postoperative day. Twenty days later, cervical findings by clinical examination and transvaginal Doppler ultrasound were normal. The present work emphasizes the value of transvaginal Doppler ultrasound in the early diagnosis of cervical varices. Also, emphasis is placed on the necessity of differential diagnosis of hemorrhagic cervical varices from vaginal bleeding associated with peripheral placenta previa, in order to reduce maternal and perinatal morbidity and mortality.

*Keywords:* cervical varices, placenta previa, vaginal bleeding, transvaginal Doppler ultrasound, fetal loss, caesarean section, case report

---

**E. Thanasa, A. Thanasa, I-R. Antoniou, A. Leroutsos, I. Thanasas. Massive vaginal bleeding caused of rupture cervical varices: an extremely rare clinical case report associated with fetal loss in the second trimester of pregnancy. Scientific Chronicles 2025; 30(1): 150-161**

---