

Κύπρος Νικολαΐδης: «Πιστεύω ότι όλα είναι προβλέψιμα από την αρχή της εγκυμοσύνης»



Αναρτήθηκε στις 23 Απριλίου, 2012

Όλα τα προβλήματα της εγκυμοσύνης μπορούν να προβλεφθούν από το πρώτο τρίμηνο της κύησης, τονίζει ο κορυφαίος, διεθνούς φήμης επιστήμονας στην Ιατρική του Εμβρύου, καθηγητής στο King's College και στο University College του Λονδίνου,
κ. Κύπρος Νικολαΐδης.

Ο άνθρωπος που ανακάλυψε την αυχενική διαφάνεια (εξέταση που ελαχιστοποιεί σήμερα την ανάγκη για αμνιοπαρακέντηση) βρέθηκε πρόσφατα στην Αθήνα, καλεσμένος του μαιευτηρίου ΛΗΤΩ του Ομίλου ΥΓΕΙΑ, για να παρουσιάσει μια νέα κατάκτηση. Μια εξέταση στο αίμα της εγκύου, από την οποία μπορούν να απομονωθούν κύτταρα του εμβρύου και να εξαχθούν σημαντικά συμπεράσματα για τη χρωμοσωμιακή του σύνθεση. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα τη γέννηση λιγότερων παιδιών με σύνδρομο Down και άλλα συγγενή νοσήματα. Μιλώντας στο life positive, ο «πατέρας» της αυχενικής διαφάνειας και θεμελιωτής της Ιατρικής του εμβρύου, θεωρεί ότι επίπεδο της ιατρικής παροχής στην Ελλάδα είναι πάρα πολύ υψηλό.

Πόσο σημαντικός είναι ο πρώιμος έλεγχος, ο έλεγχος νωρίς στην εγκυμοσύνη;

Ο σημερινός τρόπος παρακολούθησης της γυναίκας στην εγκυμοσύνη είναι στηριγμένος σε μια πολιτική απόφαση της αγγλικής κυβέρνησης, του 1929, που λέει ότι θα πρέπει να βλέπουμε τις γυναίκες κάθε 4 εβδομάδες, μέχρι την 28η εβδομάδα, κάθε δύο εβδομάδες, μέχρι την 36η εβδομάδα και κάθε μία μέχρι να γεννήσει. Αυτή είναι η πυραμίδα της προγεννητικής φροντίδας. Τείνουμε να παρακολουθούμε πάρα πολύ στενά τις γυναίκες προς το τέλος, στη βάση μιας φιλοσοφίας που πρεσβεύει ότι τα περισσότερα προβλήματα της εγκυμοσύνης συμβαίνουν στο τέλος της, και ότι δεν είναι αναγκαίο να τα βλέπεις στην αρχή, γιατί δεν είναι προβλέψιμα.

Οι μελέτες όμως τα τελευταία 20 χρόνια δείχνουν ακριβώς το αντίθετο! Πιστεύω ότι ΟΛΑ είναι προβλέψιμα και μάλιστα στην αρχή της εγκυμοσύνης. Όλη η έρευνά μου συγκεντρώνεται ακριβώς σε αυτό το σημείο: στα προβλήματα της εγκυμοσύνης που μπορούμε να προβλέψουμε στην 12η εβδομάδα, ώστε από την πρόβλεψή μας, να χαραχθεί η πορεία της παρακολούθησης της κάθε γυναίκας ξεχωριστά (individualization of care), και να περιοριστούν αυτοί οι κίνδυνοι. Γι' αυτό και έχω προτείνει το αναποδογύρισμα της πυραμίδας της προγεννητικής φροντίδας.

Για να πούμε π.χ. κατά πόσο το παιδί έχει σύνδρομο Down, καθορίσαμε μια σειρά από υπερηχογραφικούς δείκτες: την αυχενική διαφάνεια (όσο περισσότερο το υγρό πίσω στον αυχένα, κάτω από το δέρμα, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος το μωρό να έχει σύνδρομο Down), το ρινικό οστόν, η ροή αίματος μέσα από την καρδιά του εμβρύου, η ροή αίματος μέσα από το ήπαρ. Όλα αυτά μπαίνουν μαζί σε μια μαθηματική εξίσωση, που το καθένα αυξάνει ή μειώνει τον κίνδυνο, ανάλογα με το τι βρίσκεις. Όλα αυτά συνδυάζονται και με την ηλικία της γυναίκας, με το προφίλ της, το πόσο ψηλή είναι, το πόσο λεπτή, πώς έμεινε έγκυος κ.λπ. και με τους βιοχημικούς της δείκτες. Εκτός από την πιθανότητα εμφάνισης συνδρόμου Down, το μαθηματικό αυτό σύστημα μπορεί επίσης να δείξει τον κίνδυνο προεκλαμψίας που διατρέχει η έγκυος, τον κίνδυνο εμβρυϊκού θανάτου κ.λπ.

Η ηλικία έχει πάψει πλέον να είναι ο κύριος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση συνδρόμου Down;

Ναι. Ήταν παράγοντας κινδύνου το 1970. Σήμερα, η ηλικία είναι ένας από τους δείκτες, αλλά ίσως ο λιγότερο σημαντικός από όλους. Έχουμε σίγουρα αντιστρέψει την πυραμίδα για το σύνδρομο Down, μεταφέρουμε σιγά σιγά τον υπέρηχο, από την 20ή εβδομάδα, στη 12η εβδομάδα. Ήδη, σε πολλά από τα μαιευτήρια, όπου βρίσκονται γιατροί που έχω εκπαιδεύσει, δίνουν τη διάγνωση ενός αρκετά μεγάλου αριθμού σοβαρών ανωμαλιών ήδη από την 12η εβδομάδα! Τα επόμενα 5 χρόνια, πιστεύω ότι θα έχει αναποδογυριστεί ολόκληρη η πυραμίδα του προγεννητικού ελέγχου!

Σήμερα γίνονται λιγότερες αμνιοπαρακεντήσεις, σε σχέση με το παρελθόν;

Πριν από 40-50 χρόνια, οι γυναίκες παντρεύονταν νωρίς, έκαναν τα παιδιά τους και στα 35-40 τους χρόνια είχαν εγγόνια. Η νέα γενιά των γυναικών σπουδάζουν, εργάζονται, καθυστερούν να παντρευτούν και να κάνουν παιδιά. Το 1970, μόλις 5% των εγκύων γυναικών ήταν άνω των 35 ετών, ενώ σήμερα το 25% των εγκύων είναι πάνω από τα 35. Αν λοιπόν συνεχίζαμε με την προηγούμενη τακτική, να κάνουμε αμνιοπαρακέντηση στις γυναίκες, μόνο και μόνο γιατί είναι πάνω από τα 35, θα υποβάλλαμε σε αμνιοπαρακέντηση στο 1/3 των εγκύων. Σε χώρες όπως στην Αγγλία, η βιοψία τροφοβλάστης και οι αμνιοπαρακεντήσεις γίνονται σήμερα σε λιγότερο από το 2,5% των εγκύων. Με τις νέες μεθόδους, με τις οποίες εντοπίζουμε με μεγαλύτερη ακρίβεια κατά πόσο το μωρό είναι καλά ή όχι, έχουμε καταφέρει δύο πράγματα: να ελαττώσουμε δραματικά την ανάγκη για επεμβάσεις και να αυξήσουμε δραματικά το ποσοστό των ανωμαλιών που μπορούμε να εντοπίσουμε. Κάνουμε δηλαδή πολύ λιγότερες αμνιοπαρακεντήσεις και εντοπίζουμε πολύ περισσότερες ανωμαλίες, σε σχέση με το παρελθόν.

Η αυχενική διαφάνεια έχει παίξει πολύ σημαντικό ρόλο σε αυτό, όμως βρεθήκατε στην Ελλάδα για να παρουσιάσετε κάτι ακόμη πιο νέο.

Στις πιο πρόσφατες έρευνες, παίρνοντας αίμα από τη μητέρα, μπορείς να εξετάσεις το DNA του εμβρύου. Όταν τα κύτταρα πεθαίνουν, απελευθερώνουν DNA το οποίο βρίσκεται ελεύθερο μέσα στον ορό του πλάσματος. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το 10% από αυτό το «ελεύθερο DNA» προέρχεται από το έμβρυο. Αναλύοντας λοιπόν αυτό το ελεύθερο DNA, μπορούμε με μεγάλη ακρίβεια να προσδιορίσουμε κατά πόσο το έμβρυο έχει σύνδρομο Down ή όχι.

Προς το παρόν, αυτές οι εξετάσεις αυτές είναι ακόμη πολύ ακριβές –στις ΗΠΑ κοστίζουν 3.000 δολάρια. Πιστεύω όμως, ότι στους επόμενους 2-3 μήνες, το κόστος τους θα πέσει κάτω από τα 500 δολάρια, ενώ μέσα σε μια 5ετία, θα γίνουν τόσο φθηνές, που θα είναι προσβάσιμες σε όλον τον πληθυσμό.

Πέρα από τη διάγνωση του συνδρόμου Down, πού αλλού μπορεί να βοηθήσει αυτή η εξέταση;

Ήδη βοηθά σε έναν αυξανόμενο αριθμό χρωματοσωματικών ανωμαλιών, όπως η τρισωμία 18 (σύνδρομο Edwards), η τρισωμία 13 (σύνδρομο Patau). Με αυτήν την εξέταση, μπορούμε επίσης να εντοπίσουμε την ομάδα αίματος του εμβρύου. Περίπου το 10% των γυναικών έχουν ομάδα αίματος Rh- και αν το έμβρυο είναι Rh+, τότε η μητέρα μπορεί να δημιουργήσει αντισώματα που καταστρέφουν τα ερυθρά αιμοσφαίρια του εμβρύου, με αποτέλεσμα αυτό να πεθαίνει στις 18-25 εβδομάδες. Παλαιότερα, έπρεπε να κάνουμε αμνιοπαρακέντηση, να πάρουμε αίμα από το έμβρυο και να δούμε την ομάδα αίματος.

Υπάρχουν επίσης μια σειρά από ανωμαλίες που έχουν σχέση με το φύλο του εμβρύου- η αιμοφιλία για παράδειγμα, είναι αρρώστια που επηρεάζει τα αρσενικά έμβρυα. Παλιά, για να βρούμε το φύλο, απαιτείτο επίσης αμνιοπαρακέντηση ή υπέρηχος την 16η-20ή εβδομάδα. Με το DNA από το αίμα της μητέρας, μπορούμε σήμερα να διαπιστώσουμε το φύλο του εμβρύου, ήδη από την 8η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

Πόσο δύσκολο είναι να πεις σε έναν γονιό ότι το παιδί του έχει πρόβλημα;

Έχει πολύ μεγάλη σημασία, ο γιατρός να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένος, τόσο για να κάνει τη σωστή διάγνωση, όσο και για να δώσει το counseling, να εξηγήσει δηλαδή στους γονείς τι ακριβώς συμβαίνει. Δίνω ίση σημασία στο πόσο καλός είναι κάποιος στο να κάνει τη διάγνωση και στο πώς επικοινωνεί με τους γονείς, για να τους εξηγήσει τι συμβαίνει και να τους βοηθήσει να φτάσουν σε σωστές αποφάσεις για τα επόμενα στάδια.

Πώς αποφασίσατε να ασχοληθείτε με την Ιατρική του εμβρύου;

Κατά λάθος! Στο τελευταίο έτος της Ιατρικής στην Αγγλία, το πανεπιστήμιο μάς στέλνει στο εξωτερικό για 3 μήνες, για να κάνουμε το λεγόμενο «elective». Οι περισσότεροι γιατροί αντιμετωπίζουν αυτή τη δυνατότητα σαν ευκαιρία για διακοπές και επιλέγουν να πάνε να εκπαιδευθούν σε ...εξωτικούς προορισμούς. Εγώ, επειδή δεν μου αρέσει το ταξίδι με αεροπλάνο, επέλεξα να παραμείνω στο νοσοκομείο.

Έτυχε, λοιπόν, τότε στο νοσοκομείο να φέρουν τους πρώτους υπερήχους και ασχολήθηκα όλο εκείνο το τρίμηνο με τους υπερήχους. Όταν είδα για πρώτη φορά ότι υπάρχει ζωή μέσα στη μήτρα, ένα έμβρυο, μού γεννήθηκαν χίλιες ερωτήσεις, για το πώς σκέφτεται, το πώς μεγαλώνει, το πώς αναπτύσσεται, το πώς και το γιατί πηγαίνουν τα πράγματα στραβά, διάφορα ηθικά θέματα, νομικά θέματα... Έτσι, αγάπησα αυτό το κομμάτι.

Οι περισσότερες ανακαλύψεις που έχετε κάνει έχουν φέρει και αντιδράσεις. Στο τέλος όμως βαδίζουμε στον δρόμο που εσείς δείχνετε. Πώς αισθάνεστε για αυτό;

Στην εξέλιξη της επιστήμης είναι σημαντικό να αμφισβητείται ο καθένας. Οι περισσότερες έρευνες που έχω κάνει ξεκινούσαν ακριβώς από την αμφισβήτηση. Καλείσαι να αποδείξεις κάτι που πιστεύεις ότι είναι σωστό. Και αυτό σε βοηθά.

ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΜΒΡΥΟΥ

«Οι πρώτες επεμβάσεις, που πραγματοποιήθηκαν το 1980, ήταν μεταγγίσεις αίματος στο έμβρυο, για περιπτώσεις σαν της μητέρας με το Rh-, που καταστρέφει το αίμα του μωρού της. Μπαίναμε με μια βελόνα στον ομφάλιο λώρο και κάναμε μεταγγίσεις αίματος κάθε 2-3 εβδομάδες, αποφεύγοντας το θάνατο του εμβρύου. Όταν γεννιόταν το μωρό, ήταν τελειώς φυσιολογικό, αφού δεν υπήρχαν πια τα αντισώματα της μητέρας να του καταστρέφουν το αίμα.

Στη συνέχεια, περάσαμε σε άμεσες χειρουργικές επεμβάσεις. Η πιο συχνή αφορούσε στις περιπτώσεις της έμβρυο-εμβρυικής μετάγγισης, όταν δηλαδή έχουμε δύο ομοζυγωτικά έμβρυα (δίδυμη κύηση), που μοιράζονται την ίδια κυκλοφορία. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το ένα από τα δύο έμβρυα συνήθως πεθαίνει. Βάζοντας ενδοσκοπιο στην μήτρα, εντοπίζουμε τα κοινά αιμοφόρα αγγεία των δύο εμβρύων και χρησιμοποιώντας λέιζερ κάνουμε τον διαχωρισμό. Έκανα την πρώτη τέτοια επέμβαση το 1992. Έκτοτε έχουν γίνει χιλιάδες τέτοιες επεμβάσεις.

Οι τελευταίες επεμβάσεις που κάνουμε –και έχουν γίνει και σε παιδιά από την Ελλάδα- αντιμετωπίζουν τη διαφραγματοκήλη στο έμβρυο. Όταν υπάρχει τρύπα στο διάφραγμα του εμβρύου, το έντερο, το συκώτι κ.λπ. ανεβαίνουν στον θώρακά του και δεν αφήνουν τους πνεύμονες να αναπτυχθούν κανονικά. Έτσι, το έμβρυο, που κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παίρνει το οξυγόνο από τον ομφάλιο λώρο, μόλις γεννηθεί δεν μπορεί να αναπνεύσει και πεθαίνει. Σε αυτές τις περιπτώσεις, περνάμε με ένα ενδοσκοπιο, ένα μπαλονάκι στον λαιμό του εμβρύου, στην τραχεία, που εμποδίζει την έγχυση των υγρών που παράγουν οι πνεύμονες προς τα έξω. Έτσι, αυτά μένουν μέσα στους πνεύμονες και τους φουσκώνουν, διεγείροντας την ανάπτυξή τους».

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

«Πώς κρίνετε το επίπεδο της προγεννητικής φροντίδας που παρέχεται σήμερα στην Ελλάδα;», ρωτήσαμε τον κ. Νικολαΐδη. Η απάντησή του μας εξέπληξε...ευχάριστα! «Το επίπεδο των υπερήχων που παρέχεται σε μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, στην Ελλάδα, είναι πολύ υψηλότερο από ό,τι στη μεγάλη πλειοψηφία των νοσοκομείων της Αμερικής και ακόμη και της Αγγλίας. Πιστεύω ότι τουλάχιστον το 50% των Ελληνίδων έχουν πρόσβαση σε πολύ καλό επίπεδο προγεννητικού ελέγχου. Για να

σας δώσω ένα παράδειγμα, γιατροί τους οποίους εκπαίδευσα εγώ και πήγαν στο Yale, δεν μπορούσαν με τους υπερήχους που υπήρχαν εκεί να κάνουν διάγνωση ανεγκεφαλίας στη 12η εβδομάδα. Και αυτό πριν από μόλις 1,5 χρόνο!

Στις ΗΠΑ, μπορεί να υπάρχουν νοσοκομεία που να είναι π.χ. εξαιρετικά στην λαπαροσκοπική χειρουργική, στην υπογονιμότητα, στις εγχειρήσεις καρδιάς. Για την μεγάλη πλειοψηφία του λαού της Αμερικής όμως, για τον μέσο Αμερικάνο, το επίπεδο της υγείας είναι πολύ πιο χαμηλό, σε σχέση με αυτό που παρέχεται στον μέσο Έλληνα ή στον μέσο Κύπριο. Στην Ελλάδα υπήρχε αυθεντική διαφάνεια από τη δεκαετία του 1990, ενώ στην Αμερική εισάγεται τώρα, και μάλιστα μόνο στις δυτικές και στις ανατολικές ακτές!

Της Νεκταρίας Καρακώστα