

# Η λαπαροσκοπική χειρουργική στη βουβωνοκήλη

• Του Δρος Σίμου Κυριακίδη - Χειρουργού  
*MBBCh, FCS (South Africa), FRCS (Edinburgh)*

**Η** βουβωνοκήλη (κήλη) είναι μία από τις πιο συνηθισμένες παθήσεις στη χειρουργική. Η αιτιολογία της είναι πολλαπλή. Σημαντικοί παράγοντες είναι ο κληρονομικός και η βαριά εργασία. Παρουσιάζεται συνήθως σαν φούσκωμα με ή χωρίς πόνο. Το φούσκωμα είναι κάτω χαμηλά στην αριστερή ή δεξιά μεριά της κοιλιάς. Το χαρακτηριστικό του φουσκώματος είναι ότι μεγαλώνει με το σφίξιμο της κοιλιάς όπως με το βήχα, και ελαττώνεται ή ακόμα και χάνεται πλήρως στην οριζόντια θέση το βράδυ στο κρεβάτι. Με την πάροδο του χρόνου συνήθως μεγαλώνει και στους άνδρες μπορεί να κατέβει μέχρι το όσχεο. Εκτός από δυσφορία που μπορεί να προκαλεί στην περιοχή με το σκύψιμο ή το περπάτημα, η μεγάλη κήλη μπορεί να ξεχωρίζει και να φαίνεται κάτω από τα ρούχα.

Στην περίσφιγξη, η μοναδική σοβαρή επιπλοκή της κήλης, το έντερο περνά διά μέσου της κήλης προς τα έξω και 'σφηνώνει' στη θέση αυτή χωρίς να είναι δυνατή η επιστροφή του πίσω στην κοι-

λιά ακόμα και εάν πάρουμε την οριζόντια θέση στο κρεβάτι. Αυτή η επιπλοκή συνοδεύεται με δυνατό πόνο και η εγχείρηση πρέπει να γίνει αμέσως χωρίς καθυστέρηση την ίδια μέρα. Η περίσφιγξη μπορεί να γίνει ανεξάρτητα του μεγέθους της κήλης, αλλά συνήθως ευκολότερα γίνεται στις μικρές παρά στις μεγάλες. Γι' αυτό οι μικρές κήλες θεωρούνται περισσότερο επικίνδυνες από τις μεγάλες.

Στη χειρουργική επέμβαση σκοπός μας είναι να κλείσουμε την 'τρύπα' (κήλη) στο κοιλιακό τοίχωμα. Παλιά, ράβαμε την κήλη με ράμματα. Αλλά η συμπλησίαση του ανοίγματος με ραφές προκαλούσε αρκετή τάση στους ιστούς με αποτέλεσμα να υπάρχει αρκετός μετεγχειρητικός πόνος και αυξημένη πιθανότητα για υποτροπή, γύρω στο 10%.

Η καλύτερη επιλογή για την εγχείρηση της κήλης σήμερα είναι η τοποθέτηση πλέγματος. Το πλέγμα τοποθετείται από την πάνω ή κάτω μεριά του ανοίγματος χωρίς να γίνει συμπλησίαση με ράμματα όπως προηγουμένως. Με αυτό τον τρόπο





ο μετεγχειρητικός πόνος είναι λιγότερος και η πιθανότητα υποτροπής λιγότερη από 1%. Η τοποθέτηση του πλέγματος μπορεί να γίνει με δυο τρόπους. Είτε με τομή είτε με λαπαροσκόπηση. Με τη λαπαροσκοπική μέθοδο αποφεύγεται η τομή. Το πλέγμα τοποθετείται μέσω 3 μικρών τομών, και όπως είναι φυσικό, αναμένεται η ανάρρωση να είναι γρηγορότερη. Στην τομή κοντά στον ομφαλό τοποθετείται η κάμερα. Η ορατότητα και η δυνατότητα εκτίμησης του προβλήματος είναι αναμφίβολα καλύτερη με τη λαπαροσκόπηση. Όσο και αν ακούγεται παράξενο, το πλέγμα που χρησιμοποιείται στη λαπαροσκόπηση είναι μεγαλύτερο από εκείνο στην ανοικτή μέθοδο. Εάν υπάρχουν δύο κήλες, η λαπαροσκοπική μέθοδος μας δίνει την ευκαιρία να δούμε και να διορθώσουμε ταυτόχρονα και τις δύο πλευρές χωρίς το άνοιγμα περισσότερων τομών.

Το γεγονός ότι η λαπαροσκοπική επέμβαση γίνεται με διαφορετική προσέγγιση (οπίσθια μεριά) από την ανοικτή μέθοδο (εμπρόσθια μεριά), κάποιος που

έχει ήδη χειρουργηθεί με την ανοικτή μέθοδο και έχει ξανά δημιουργήσει κήλη, τότε η λαπαροσκοπική μέθοδος γίνεται η μέθοδος επιλογής γιατί γίνεται ευκολότερα με λιγότερες πιθανότητες τραυματισμού σημαντικών στοιχείων της περιοχής όπως νεύρων και του σπερματικού τόνου. Η λαπαροσκοπική μέθοδος στην κήλη χρησιμοποιείται σε όλο τον κόσμο, είναι εύκολη και έχει τα ίδια καλά αποτελέσματα όπως και η ανοικτή μέθοδος. Ενώ η ανοικτή μέθοδος μπορεί να γίνει και με τοπική νάρκωση, η λαπαροσκοπική πάντοτε χρειάζεται γενική νάρκωση. Τα βασικά της πλεονεκτήματα είναι η γρήγορη ανάρρωση με λιγότερο πόνο, και η δυνατότητα να γίνονται και οι δυο μεριές από τις ίδιες τομές. Είναι ευκολότερο για τον χειρουργό, και ασφαλέστερο για τον ασθενή, η υποτροπή της ανοικτής μεθόδου να γίνεται λαπαροσκοπικά. Το μειονέκτημα της λαπαροσκοπικής μεθόδου είναι το κόστος, η ανάγκη για απόκτηση εξειδικευμένου εξοπλισμού, και η εκπαίδευση του χειρουργού. ■