

**ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ
ΣΤΗΝ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
2002**

**ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ**

**ΕΚΔΟΤΕΣ
Ε. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ - Κ. ΚΑΡΑΛΙΩΤΑΣ**

ΣΥΝΕΔΡΟΝ

ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΠΛΟΥ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ ΠΟΛΥΠΡΟΠΥΛΕΝΙΟΥ ΕΝΑΝΤΙ ΑΠΛΟΥ ΠΛΕΓΜΑ ΚΑΙ ΒΥΣΜΑΤΟΣ

6.5.

Α. Χατζηγεωργιάδης, Σ. Κόκκινος, Κ. Ζώη, Α. Μαρίνης,
Φ. Δεμιρόπουλος, Ε. Κάλτσος, Α. Καλυβίνος, Ν. Μακρής, Ε. Μολής

Η βουβωνοκήλη είναι η πιο συχνή χειρουργική πάθηση παγκοσμίως. Κατά το 1998 στις ΗΠΑ έγιναν 750000 επεμβάσεις για την αντιμετώπιση της βουβωνοκήλης, ενώ ταυτόχρονα είναι από τις πρώτες επεμβάσεις που διενεργούν οι ειδικευόμενοι στη χειρουργική και συνοδεύεται ακόμη από σημαντικά ποσοστά υποτροπής (5-10%) που πλησιάζουν μέχρι και 30%. Επομένως είναι σημαντική η επίπτωση της πάθησης στις συνολικές δαπάνες υγείας^{1,2,3}. Έχουν επινοηθεί πολλές επεμβάσεις για την αποκατάσταση των ανατομικών στοιχείων της περιοχής με σκοπό να εκμηδενιστεί η υποτροπή, που είναι το κυριότερο μειονέκτημα τους. Οι επεμβάσεις αυτές διακρίνονται ανάλογα με το τρόπο χρησιμοποίησης των μυοαπονευρωτικών ανατομικών στοιχείων της περιοχής σε τεχνικές με «τάση» (συρραφή και ενίσχυση των τοιχωμάτων) και «χωρίς τάση» (χρήση συνθετικού πλέγματος, που καθλώνεται ενδοσκοπικά ή ανοικτά)^{4,5}. Οι τελευταίες καθιερώθηκαν κατά τη δεκαετία του 1990 και αποτελούν την επέμβαση εκλογής σήμερα για την αντιμετώπιση της βουβωνοκήλης γιατί έχουν σημαντικά πλεονεκτήματα, όπως χαμηλά ποσοστά υποτροπής μικρότερη δυσφορία, λιγότερος πόνος, συντομότερη επάνοδο στις δραστηριότητες^{4,6}. Τα συνθετικά υλικά σήμερα διαθέτουν ποικίλα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά, πληρούν συγκεκριμένες προδιαγραφές, ενώ και οι τεχνικές καθήλωσης (προπεριτοναϊκά κάτω από την εγκάρσια περιτονία, πάνω από την εγκάρσια περιτονία και τον κοινό καταφυτικό τένοντα), επίσης ποικίλουν σε μια προσπάθεια για επιτευχθούν καλύτερα αποτελέσματα ως προς την υπότροπη, τον πόνο και την επάνοδο στις καθημερινές δραστηριότητες. Στα πλαίσια αυτά συγκρίνουμε τη αποτελεσματικότητα του συστήματος του διπλού πλέγματος πολυπροπυλενίου για βουβωνοκήλη (Prolene Hernia System, PHS) σε σχέση με την τεχνική φύλου πλέγματος πολυπροπυλενίου και βύσματος των Rutkow-Robbins (mesh plug) που κυρίως χρησιμοποιούμε μέχρι σήμερα, ενώ ήδη έχουμε παρουσιάσει τις πρώτες εμπειρίες μας από τις χωρίς τάση τεχνικές⁷.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Κατά την περίοδο 2001-2002, 80 ασθενείς με βουβωνοκήλη που προσήλθαν στη κλινική μας, με τυχαίο τρόπο εντάχθηκαν σε δύο ομάδες των 40 ατόμων για να χειρουργηθούν, αφ' ενός με την τεχνική με διπλό πλέγμα PHS (ομάδα Α) και αφ' ετέρου με την τεχνική mesh plug (ομάδα Β). Πρόκειται για 68 άνδρες (Α=33, Β=35) ηλικίας 28-81 ετών και 12 γυναίκες (Α=7, Β=5) ηλικίας 51-69 ετών, με γενική κατάσταση σταδίων I-III κατά ASA. Οι 9 ασθενείς είχαν αμφοτερόπλευρες (Α=5, Β=4) και οι 71 ετερόπλευρες (Α=34, Β=35) βουβωνοκήλες. Αναλυτικά η ταξινόμηση της βουβωνοκήλης τους κατά Gilbert (τροποποίηση Rutkow-Robbins) ήταν: τύπου IV (Α=17, Β=12), τύπου VI (Α=12, Β=11), τύπου II (Α=2, Β=4), τύπου III (Α=6, Β=7)⁸. Κατά κύριο λόγο χρησιμοποιήθηκε ραχιαία αναισθησία (Α=35, Β=34) και λιγότερο τοπική αναισθησία (Α=3, Β=6) με διήθηση με ροπιβοκαΐνη και ξυλοκαΐνη. Με την εισαγωγή στη νάρκωση χορηγήθηκε μια δόση κεφαλοσπορίνης β' γενιάς. Ο κηλικός σάκος παρασκευάστηκε και ανατάχθηκε χωρίς να απολινωθεί, αφού προηγουμένως διηθήθηκε με τοπικό αναισθητικό (ροπιβοκαΐνη) στον αυχένα του. Το πλέγμα καθλώθηκε με ραφές πολυπροπυλενίου 2/0. Εκτιμήθηκε ο εγχειρητικός χρόνος, η μετεγχειρητική παραμονή στο νοσοκομείο, οι άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές, ο μετεγχειρητικός πόνος, η επάνοδος στις καθημερινές δραστηριότητες και οι υποτροπές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η περιεγχειρητική θνητότητα ήταν μηδενική. Οι ασθενείς ανέχτηκαν ικανοποιητικά την επέμβαση και με τις δύο τεχνικές. Ο εγχειρητικός χρόνος ήταν 40±5 min στην ομάδα Α και 45±5 min στην ομάδα Β. Η μετεγχειρητική νοσηλεία κυμάνθηκε μέχρι 4-5 ώρες στους ασθενείς με τοπική αναισθησία και σε 24 ώρες στους ασθενείς με ραχιαία αναισθησία και στις δύο ομάδες, εκτός από 4 ασθενείς της ομάδας Α και 6 της ομάδας Β που νοσηλεύτηκαν και δεύτερη ημέρα. Ο μετεγχειρητικός πόνος ήταν ελάχιστος σε 46 (57,5 %)

ασθενείς (A=24, B=22), ενώ 27 (33,75 %) ασθενείς (A=13, B=14) χρειάστηκαν συμπληρωματική αναλγησία με παρακεταμόλη και 7 (8,75 %) ασθενείς ισχυρότερη με δεξτροπροποξίφαίνη (A=3, B=4). Άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές ήπιου βαθμού σχετιζόμενες με την περιοχική-ραχιαία αναισθησία εμφάνισαν σε 14 (17,5%) ασθενείς: κεφαλαλγία, ζάλη, υπόταση (A=3, B=4), επίσχεση ούρων (A=2, B=5) και 2 ασθενείς (A=1, B=1) χρειάστηκε να νοσηλευτούν για δεύτερο 24ωρο. Μία ορώδη συλλογή του τραύματος παρουσίασε 1 ασθενής της ομάδας A. Δύο ασθενείς της ομάδας A και 3 ασθενείς της ομάδας B παρουσίασαν ήπιο οίδημα όσχεου, συνέπεια της εργώδους παρασκευής του μεγάλου κηλικού σάκου σε μη ανατασόμενες βουβωνοκήλες και όλα αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά, ενώ δεν υπήρξε λοίμωξη του τραύματος σε κανένα ασθενή. Στο μικρό χρονικό διάστημα παρακολούθησης μέχρι σήμερα δεν αναγνωρίστηκε καμία υποτροπή. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά υπέρ της μιας ή της άλλης τεχνικής εκτός του μικρότερου εγχειρητικού χρόνου (κατά 5 min) στην ομάδα A.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Απολύτως ακριβή επιδημιολογικά δεδομένα για την βουβωνοκήλη και την χειρουργική αντιμετώπιση της δεν υπάρχουν στη χώρα μας. Στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι γίνονται περίπου 700000 εγχειρήσεις για πρωτοπαθή και 100000 για υποτροπή βουβωνοκήλης το χρόνο, μεγέθη που προσδιορίζουν και το τεράστιο κοινωνικοοικονομικό πρόβλημα που δημιουργεί η πάθηση². Τα αίτια της δημιουργίας της είναι πολυπαραγοντική ενώ το κυριότερο πρόβλημα της χειρουργικής αντιμετώπισης της είναι η συχνότητα της υποτροπής, που κυμαίνεται από 1% μέχρι 30%(!) ανάλογα με το χειρουργικό κέντρο και το χρονικό διάστημα μετεγχειρητικής παρακολούθησης, με μέσο όρο 5-10%^{1,9}. Η υποτροπή διακρίνεται σε πρώιμη (<2-3 χρόνια) και αψώτερη (>5 χρόνια). Αίτια της πρώιμης υποτροπής θεωρούνται η ικανότητα και η εμπειρία του χειρουργού που μπορεί να μειώσει την υποτροπή μέχρι και 0,1%, η τάση κατά την συμπλησίαση των μυοαπονευρωτικών στοιχείων της περιοχής, που προξενεί ισχαιμία και χάσματα και η λοίμωξη του τραύματος, τα υλικά συρραφής τοπικοί και γενικοί παράγοντες. Τα αίτια της αψώτερης υποτροπής είναι άγνωστα, ενώ ενοχοποιούνται διαταραχές της σύνθεσης του κολλαγόνου^{10,11}.

Οι τεχνικές με χωρίς τάση τα τελευταία χρόνια έχουν τύχει μεγάλης αναγνώρισης και εκτεταμένης εφαρμογής παγκόσμια, λόγω των πολύ καλών αποτελεσμάτων που προσφέρουν. Έχουν μικρό ποσοστό υποτροπής <1%, λιγότερο πόνο μετεγχειρητικά και ταχύτερη επάνοδο στις καθημερινές δραστηριότητες^{5,11}. Στην κλινική μας χρησιμοποιούμε τις τεχνικές αυτές στις διάφορες μορφές τους σχεδόν αποκλειστικά από το 1992 και το ποσοστό υποτροπής στους ασθενείς μας με τις χωρίς τάση τεχνικές κυμαίνεται σε <1%, με χρόνο παρακολούθησης που ξεπερνά τα δέκα χρόνια⁷. Σε καμιά από τις δύο ομάδες των ασθενών μας δεν παρατηρήθηκε υποτροπή μέχρι σήμερα (διάστημα παρακολούθησης ≤14 μήνες και συνεχίζεται), όμως το χρονικό διάστημα παρακολούθησης και ο αριθμός των περιστατικών θεωρείται πολύ μικρός για την εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων.

Η αναισθησία που χρησιμοποιείται σήμερα είναι κυρίως η περιοχική, (ραχιαία, επισκληρίδια, τοπική, με την τοπική να κερδίζει συνεχώς έδαφος), γιατί προσφέρει το πλεονέκτημα του ελέγχου της σωστής τοποθέτησης του πλέγματος και της παρουσίας άλλης κήλης στην περιοχή. Οι ασθενείς μας υποβλήθηκαν κυρίως σε ραχιαία αναισθησία (86,25%) και λιγότερο σε τοπική (13,75%). Οι δεύτεροι μετά από παραμονή λίγων ωρών αποχωρούσαν, ενώ οι πρώτοι παρέμεναν για ένα 24ωρο και μόνο δύο για δεύτερο, λόγω ήπιας επιπλοκής της ραχιαίας αναισθησίας σε ηλικιωμένα άτομα. Η αναλγησία που προσφέρει η περιοχική αναισθησία είναι ικανοποιητική και το 57,5% δεν χρειάστηκε πρόσθετη αναλγησία, ενώ το 33,75 % παρουσίασε ήπιο πόνο που αντιμετωπίστηκε με μικρή δόση παρακεταμόλης και ένα μικρότερο ποσοστό 8,75 % χρειάστηκε ισχυρότερη αναλγησία με δεξτροπροποξίφαίνη.

Τοπικές επιπλοκές με τη μορφή ήπιου οιδήματος όσχεου αποτέλεσμα τα παρασκευής μεγάλου σάκου παρατηρήθηκε σε ασθενείς και υποχώρησε σε λίγες μέρες με αντιφλεγμονώδη θεραπεία. Δεν υπήρξε διαπύση ή φλεγμονή του τραύματος, ενώ ένας ασθενής εμφάνισε ορώδη συλλογή που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά.

Το είδος της αναισθησίας, η απολίνωση του κηλικού σάκου και γρήγορη κινητοποίηση των ασθενών δεν σχετίζεται με την εμφάνιση υποτροπής, ενώ οι η εμφάνιση συστηματικών επιπλοκών είναι μειωμένη για αυτό τον λόγο¹².

Η επάνοδος των ασθενών στις καθημερινές δραστηριότητες επιτυγχάνεται μέσα σε 3-5 ημέρες, ενώ σε ασθενείς με βαριά επαγγέλματα προτείνεται προληπτικά η αποφυγή άρσης μεγάλων βαρών για περίπου ένα μήνα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πλαστική αποκατάσταση των κηλών με χωρίς τάση τεχνικές, με τη χρήση πλέγματος με μορφή φύλλου και βύσματος (mesh plug technique) ή του διπλού πλέγματος πολυπροπυλενίου για βουβωνοκήλη (Prolene Hernia System, PHS), με την απλή ανάταξη εάν είναι δυνατόν του κηλικού σάκου, με τη βοήθεια περιοχικής ή τοπικής αναισθησίας, προσφέρει ηπιότερο μετεγχειρητικό πόνο, ταχύτερη κινητοποίηση, χαμηλότερο κόστος και τη μικρότερη συχνότητα υποτροπών και θεωρούνται και οι δυο εξίσου αποτελεσματικές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Robbins A., Rutkow I. The mesh-plug hernioplasty, Surg Clin North Am, 1993; 73: 501-12
2. Rutkow IM. Epidemiologic, Economic and sociologic aspects of hernia surgery in the United States I the 1990's. Surg Clin North Am, 1998; 78: 953-72.
3. Δερβένης Χ. Κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της βουβωνοκήλης, στο : Χατζηθεόκλητος Ε., Παπαστρατής Γ., Δερβένης Χ. Βουβωνοκήλη, Από τον Bassini στον Lichtenstein και τη λαπαροσκόπηση. Θεσ/νικη 2000, σελ 57-62
4. Crawford D., Phillips E. Laparoscopic repair and groin hernia surgery, Surg Clin North Am, 1998; 78:1047-62
5. Amid PK, Schulman AG, Lichtenstein IL. Hernioplasty, in Bendavid R (Ed): Prostheses and Abdominal Wall Hernias. Austen, Landes, 1994, PP 389-94
6. Αδαμίδης Γ., Τεκτισίδης Γ., Κόκκινος Σ., Βρακάς Ξ., Δημηρόπουλος Σ., Σαραλιώτη Ε. Σύγχρονες τάσεις στη χειρουργική της βουβωνοκήλης στο: Τιμητικός Τόμος Καθηγητού Γ. Μακρή, University Studio Press, 1996, σελ 200-4,
7. Rutkow IM. Robbins AW: Open mesh plug hernioplasty. Prob Gen Surg, 1997;12:121-7,
8. Rutkow IM. Robbins AW. Classification systems and groin hernias Surg Clin North Am, 1998; 78: 1117-27.
9. Abrahamson J. Etiology and pathophysiology of groin hernia formation Surg Clin North Am, 1998; 78: 953-72
10. Abrahamson J. Hernias, in: Zinner MJ (ed.): Maingot' s Abdominal Operations, ed. 10th, Stamford, Appleton and Lange, 1997, pp 479-580
11. Rutkow IM. Robbins AW: Open mesh plug hernioplasty. Prob Gen Surg, 1997;12:121-7
12. Adamidis G., Roussis X., Vrakas X., Papadopoulou MR., Karapantzos I., Savidis K., Ioannidis K. Short term postoperative hospitalization referring to operations of general surgery, 4th Hellenic-Bulgarian Medical Congress, Thessaloniki, October 5-7, 1989

Από την Α' Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας