

«Κήλη του αθλητή»: Ορθοπαιδικό πρόβλημα - Χειρουργική λύση

Ο όρος «κήλη του αθλητή» (σύνδρομο κοιλιακού/προσαγωγού ή σύνδρομο Gilmore) χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια συχνή κατάσταση που χαρακτηρίζεται από πόνο στην βουβωνική χώρα (μεταξύ μηρού και κοιλιάς) και που εμφανίζεται σε αθλητές, επαγγελματίες ή περιστασιακά αθλούμενους. Σαν «κήλη» ορίζεται μάλλον καταχρηστικά, καθώς δεν πρόκειται συνήθως για τυπική εμφανή κήλη της περιοχής (βουβωνοκήλη ή κοιλοκήλη), παρ' όλο που αρκετές φορές κατά την χειρουργική διερεύνηση αποκαλύπτεται μικρή «κρυφή» κήλη που παίζει ρόλο στην συμπτωματολογία του ασθενούς.

Η κήλη του αθλητή είναι συνήθως αποτέλεσμα χρόνιας καταπόνησης και μικροτραυματισμών των μυών, τενόντων και συνδέσμων, των μαλακών, δηλαδή, μορίων της βουβωνικής χώρας. Η στρόφιξη, η απαγωγή και η προσαγωγή του μηρού καθώς και του κορμού,

κινήσεις που επαναλαμβάνονται συνέχεια σε αθλητική δραστηριότητα όπως το ποδόσφαιρο ή το τένις, είναι συνήθως η αιτία της βλάβης. Οι κρυφές κήλες που προαναφέρθηκαν είναι μάλλον αποτέλεσμα καλάρωσης των μυών του κοιλιακού τοιχώματος, αλλά μπορούν και από μόνες τους να είναι η αιτία του πόνου ή να συνεισφέρουν στη γενική εικόνα του πάσχοντος. Χρόνιες φλεγμονές της ηβικής σύμφυσης, σχισίματα στον κοινό καταφυτικό τένοντα των κοιλιακών μυών ή σχίσσιμο στην απονεύρωση (κάλυμμα) του έξω λοξού κοιλιακού μυός, είναι μερικές ακόμα αιτίες που όλες μαζί ή η κάθε μία από μόνη της δημιουργούν την κλινική εικόνα της κήλης του αθλητή.

Η διάγνωση της πάθησης γίνεται κυρίως βάσει του ιστορικού του ασθενούς και της κλινικής εξέτασης. Συνήθως ο ασθενής είναι άνδρας επαγγελματίες αθλητής ή με κόμπι την έντονη αθλητική δραστη-



Του Αναστασίου Ι. Τσαχπανάκη
Γενικού χειρουργού

ριότητα. Κατά την εξέταση δεν ανευρίσκεται η χαρακτηριστική «διόγκωση» μιας κήλης αλλά κατά τις κινήσεις του μηρού και του κορμού του σώματος αναπαράγεται ο πόνος που οδήγησε τον ασθενή στον ιατρό. Ενίοτε και βάσει της κλινικής εικόνας μπορεί ο ιατρός να ζητήσει απεικονιστικό έλεγχο με μαγνητική τομογραφία,

υπέρηχο ή ραδιοϊσότοπα (σπινθηρογράφημα), προκειμένου να αποκλείσει άλλες παθήσεις που θα μπορούσαν να προκαλέσουν πόνο στην περιοχή, όπως παθήσεις των οστών.

Η αρχική θεραπευτική προσέγγιση του ασθενούς είναι η σύσταση για ανάπαυση. Όσο λιγότερη και μικρότερη είναι η κινητικότητα της πάσχουσας περιοχής τόσο συντομότερα θα επούλωθούν οι πληγές που προκλήθηκαν από την καταπόνησή της. Η φυσικοθεραπεία και η χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων αποτελούν συμπληρωματική αγωγή που ενδεχομένως να συστήσει ο θεράπων ιατρός. Η συντηρητική αυτή αντιμετώπιση συνήθως χρειάζεται μακροχρόνια αποχή από άσκηση και συχνά επαναλαμβάνεται καθώς η πάθηση πολλές φορές υποτροπιάζει.

Δεδομένου ότι η «κήλη του αθλητή» αφορά νέους ανθρώπους των οποίων η δραστηριότητα (επαγγελματική ή μη) θα περιοριστεί από την μα-

κροχρόνια συντηρητική αγωγή, η χειρουργική αντιμετώπιση κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος στις προτιμήσεις των ασθενών και των θεραπόντων ιατρών. Η χειρουργική προσέγγιση αφορά στην τοποθέτηση ενός «μπαλώματος» (πλέγμα) που επικαλύπτει όλη την πάσχουσα περιοχή. Το πλέγμα αυτό είναι βιοδιασπώμενο (απορροφήσιμο), έτσι ώστε όταν αυτό απορροφηθεί να αφήσει στον χώρο που κάλυπτε έναν ισχυρό ουλώδη ιστό που πλέον θα δέχεται τις δυνάμεις της καταπόνησης από την άσκηση. Το τελικό αποτέλεσμα είναι το 90% των ασθενών να επανέρχεται σε πλήρη δραστηριότητα μετά από 8 εβδομάδες σταδιακής κινητοποίησης.

Η χειρουργική επέμβαση καθ' εαυτή μπορεί να γίνει με την «κλασική» ανοικτή μέθοδο με εγκάρσια τομή στην πάσχουσα βουβωνική χώρα. Η σύγχρονη και πλέον ανώδυνη επιλογή είναι η λαπαροσκοπική

τοποθέτηση του πλέγματος, επέμβαση που πραγματοποιείται υπό γενική αναισθησία μέσω τριών μικρών οπών στην περιοχή του ομφαλού του ασθενούς. Η νοσηλεία του ασθενούς είναι από λίγες ώρες μέχρι μία ημέρα, ο μεταχειρηρτικός πόνος ελάχιστος, ελεγχόμενος πλήρως με απλά παυσίπονα, ο δε ασθενής σκώνεται από το κρεβάτι άμεσα. Η περαιτέρω κινητοποίηση του ασθενούς καθορίζεται σταδιακά από τον θεράποντα ιατρό βάσει της προεχειρηρτικής εικόνας του ασθενούς και των διεγχειρηρτικών ευρημάτων.

Η επιλογή της θεραπευτικής προσέγγισης της «κήλης του αθλητή» θα πρέπει να πραγματοποιηθεί μετά από κοινή απόφαση ασθενούς και ιατρού, λαμβάνοντας υπ' όψιν όλες τις παραμέτρους που επιτρέπουν ή αποτρέπουν την χειρουργική θεραπεία και την δυνατότητα ή μη συντηρητικής αντιμετώπισης, με πρώτο πάντα μέλημα την ασφάλεια για τον ασθενή.