

Χρόνιος βουβωνικός πόνος των αθλητών και λαπαροσκοπική χειρουργική θεραπεία

Δρ Βάιος Αγγελόπουλος
Χειρουργός

Τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται η λαπαροσκοπική χειρουργική στην αντιμετώπιση του χρόνιου βουβωνικού πόνου (ΧΒΠ) με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Ο ΧΒΠ εμφανίζεται συνήθως σε άτομα που αθλούνται εντατικά κι εξασκούν άνισες και ασύμμετρες δυνάμεις στην περιοχή της βουβωνικής χώρας και του ηβικού οστού. Επειδή πρόκειται για ένα θέμα με λεπτομέρειες άγνωστες στον ευρύτερο ιατρικό κόσμο, παρουσιάζουμε περιληπτικά την παθογένεια, την διάγνωση και την λαπαροσκοπική θεραπεία του ΧΒΠ στους αθλητές, με βάση τα σύγχρονα διεθνή δεδομένα, καθώς και την εμπειρία και την προσωπική κριτική μας θέση.

Ο χρόνιος πόνος στη βουβωνική χώρα των αθλητών είναι ένα συχνό διαγνωστικό πρόβλημα με ποικίλη αιτιολογία. Οι συνηθέστερες αιτίες του ΧΒΠ ανήκουν σε 4 κατηγορίες: α) οι θλάσεις των προσαγωγών και ορθών κοιλιακών μυών στο μυοτενοντώδες ή στο περισστεοτενοντώδες επίπεδο, β) η ηβική οστεΐτις με απόσπαση του ινοχόνδρινου δίσκου κι εκφυλιστικές αλλοιώσεις των αρθρικών επιφανειών, γ) οι θλάσεις του βουβωνικού πόρου με ρήξεις του εξωτερικού στομίου, διάταση και λέπτυνση του οπισθίου κοιλιακού τοιχώματος (ονομάζεται και «κήλη του ποδοσφαιριστή»), και σπανιότερα δ) το σύνδρομο παγίδευσης νεύρων (λαγονοβουβωνικού, μηρογεννητικού, θυροειδούς). Βουβωνικό άλγος προκαλείται και από διάφορες παθολογικές καταστάσεις της σφυοϊερής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, των ιερολαγονίων και ισχιακών αρθρώσεων, κατάγματα του ηβικού κλάδου και του αυχένα του μηριαίου οστού, καθώς από παθήσεις πυελικών οργάνων (προστάτης) και του περινέου.

Η αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση προϋποθέτει σωστή διάγνωση, η οποία βασίζεται

στο προσεκτικό ιστορικό και την κλινική εξέταση. Η έναρξη του βουβωνικού πόνου είναι συνήθως οξεία κατά την διάρκεια έντονου μυϊκού έργου, η πορεία του επίμονη και περιορίζει την απόδοση του αθλητή κατά 30%. Μετά από ξεκούραση και αποχή από την εντατική προπόνηση, τα συμπτώματα υποχωρούν, αλλά υποτροπιάζουν με την επιστροφή στην άσκηση. Ο αθλητής μπορεί να εντοπίσει συγκεκριμένα την εστία του πόνου, αν προέρχεται από μυϊκό τραυματισμό στους προσαγωγούς ή ορθούς κοιλιακούς, ενώ ο πόνος διαχέεται στο κατώτερο πλάγιο υπογάστριο αν προέρχεται από θλάσεις στο οπίσθιο τοίχωμα του βουβωνικού πόρου ή σε ηβική οστεΐτιδα.

Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει την εκτίμηση της λειτουργικότητας των ισχίων, της οσφυϊκής μοίρας της ΣΣ καθώς και τον έλεγχο των πυελικών οργάνων. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να αποδοθεί στην ψηλάφηση των ανατομικών στοιχείων του βουβωνικού πόρου, με τον ασθενή σε ύπτια θέση και το σύστοιχο ισχίο του σε μικρή κάμψη κι έξω στροφή. Με το μικρό δάκτυλο ελέγχεται η δομή του εξωτερικού στομίου του βουβωνικού πόρου. Ψηλαφώνται τα όριά του καθώς και το έδαφος του οπισθίου κοιλιακού τοιχώματος και του κοινού καταφυτικού τένοντα, ενώ ο ασθενής είναι σε όρθια θέση, ανασηκώνεται από το βαθύ κάθισμα και βήχει. Η διάταση και επώδυνη χαλάρωση του έξω στομίου σε συνδυασμό με ευαισθησία και αναπαραγωγή του πόνου κατά την ψηλάφηση του οπισθίου τοιχώματος του βουβωνικού πόρου υποδηλώνουν την ύπαρξη της πρώιμης «κήλης του ποδοσφαιριστή».

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που βοηθούν στη διάγνωση περιλαμβάνουν ακτινογραφίες της ηβικής σύμφυσης (με τον ασθενή να στηρίζεται στο ένα πόδι), της ΟΜΣΣ και των ισχίων. Η παγί-

δευση νεύρων διαγιγνώσκεται με ένεση τοπικού αναισθητικού ή με ηλεκτρομυογραφία, που δείχνει την έκπτωση της νευρομυϊκής αγωγιμότητας. Το σπινθηρογράφημα θα αποκαλύψει μικρό κάταγμα καταπόνησης ή ηβική οστεΐτιδα. Το υπερηχογράφημα μπορεί να απεικονίσει μικρορρήξεις στις καταφύσεις των ορθών κοιλιακών ή των προσαγωγών μυών. Επίσης, μπορεί να δείξει ελλείμματα ή κακώσεις στο οπίσθιο τοίχωμα του βουβωνικού πόρου, που φαίνονται με την διάταση και λέπτυνσή του όταν ο ασθενής εκτελεί την δοκιμασία Valsalva. Η υπερηχογραφία και η μαγνητική τομογραφία μπορούν να απεικονίσουν ρήξεις των μυοτενοντώδων στοιχείων γύρω από την ηβική σύμφυση σε συνδυασμό με κακώσεις της εγκάρσιας περιτονίας και διαταραχή της δομής του οπισθίου τοιχώματος του βουβωνικού πόρου. Αυτή η ανατομική παθολογική κατάσταση εκδηλώνεται ως ΧΒΠ και χαρακτηρίζεται σύνδρομο πρώιμης κήλης ή «κήλης του ποδοσφαιριστή». Παρατηρείται συχνότερα σε ποδοσφαιριστές λόγω της έλλειψης βιο-μηχανικού συντονισμού κατά το λάκτισμα. Η ασύγχρονη σύσπαση των μυών γύρω από την ηβική σύμφυση έχει αποτέλεσμα οι ισχυροί προσαγωγοί να ασκούν τραυματικές δυνάμεις στους ασθενέστερους κοιλιακούς μύες.

Αρχικά, οι αθλητές με ΧΒΠ αντιμετωπίζονται συντηρητικά με φυσιοθεραπεία (ισομετρική ενδυνάμωση των ορθών κοιλιακών) ή ενέσεις κορτικοστεροειδών/ τοπικού αναισθητικού στην περιοχή της βλάβης. Οι επίμονες ή υποτροπιάζουσες περιπτώσεις αντιμετωπίζονται μερικές φορές με διατομή του τένοντα του μακρού προσαγωγού. Όμως η πρόοδος στη μελέτη του ΧΒΠ, με την υπερηχογραφία, την MRI και τις βιο-μηχανικές έρευνες, δημιούργησε την ανάγκη θεραπείας του συνδρόμου της πρώιμης κήλης. Αναφέρεται ότι ως και το 80% των ποδοσφαιριστών με ΧΒΠ πάσχουν από διάρρηξη του οπισθίου τοιχώματος του βουβωνικού πόρου. Συνεπώς, η σύγχρονη τάση θεραπείας αυτών των αθλητών προτείνει την κλασική και καθιερωμένη μέθοδο διόρθωσης της βουβωνοκήλης με τοποθέτηση συνθετικού πλέγματος πολυπροπυλενίου ανοικτά ή λαπαροσκοπικά. Έτσι επιτυγχάνεται η ακεραιότητα του οπισθίου τοιχώματος του βουβωνικού πόρου και η ισχυροποίηση της κατάφυσης των πλαγίων/ορθών κοιλιακών μυών στη περιοχή της ηβικής σύμφυσης. Σε αρκετές περιπτώσεις οι βλάβες είναι αμφοτερόπλευρες. Το γεγονός αυτό σε

συνδυασμό με την ανάγκη επαναφοράς των αθλητών στη καλύτερη δυνατή αγωνιστική κατάσταση σε σύντομο χρονικό διάστημα καθιστούν την λαπαροσκοπική μέθοδο την πιο ελκυστική μέθοδο εκλογής.

Όσον αφορά στην λαπαροσκοπική αποκατάσταση του «ασθενούς» τοιχώματος του βουβωνικού πόρου, πιστεύουμε ότι πλονεκτεί η ολική εξωπεριτοναϊκή προσπέλαση (TEP, totally extraperitoneal) από την διακοιλιακή προπεριτοναϊκή προσπέλαση (TAPP, transabdominal preperitoneal) για την τοποθέτηση του πλέγματος. Κατά την TAPP τεχνική, δημιουργείται πνευμοπεριτόναιο με κίνδυνο κάκωσης των σπλάχνων. Το περιτόναιο διανοίγεται εσωτερικά για την είσοδο στον προπεριτοναϊκό χώρο, με αποτέλεσμα να χρειάζεται συρραφή του περιτοναίου, καθήλωση του πλέγματος με ειδικές καρφίδες τιτανίου και μεγαλύτερος χειρουργικός χρόνος. Παρατηρήθηκε σε αρκετές περιπτώσεις αύξηση της πιθανότητας του μετεγχειρητικού άλγους λόγω κάκωσης γειτονικών νευρικών κλάδων κατά μήκος του λαγονοψοίτη (μηρογεννητικό, πλάγιο μηροδερματικό) και του πλαγίου κοιλιακού τοιχώματος (λαγονοβουβωνικό, λαγονοϋπογάστριο). Κατά την TEP τεχνική, δημιουργείται ο χώρος εργασίας μεταξύ της εγκάρσιας περιτονίας και του περιτοναίου με προσπέλαση όπισθεν του ορθού κοιλιακού μυός, αφήνοντας άθικτη την περιτοναϊκή κοιλότητα. Το πλέγμα εφαρμόζεται πάνω στο οπίσθιο τοίχωμα του βουβωνικού πόρου, του μηριαίου δακτυλίου και του ορθού κοιλιακού, καταλαμβάνοντας έκταση περίπου 12-15 cm από την μέση γραμμή μέχρι την άνω λαγόνιο άκανθα. Το πλέγμα μπορεί να τοποθετηθεί στον προπεριτοναϊκό χώρο ελεύθερο ή να καθηλωθεί σε τρία σημεία (σύνδεσμος Cooper, άνω μέση γραμμή, πλαγίως των επιγαστρικών αγγείων) με την βοήθεια εξωτερικών ραμμάτων. Συνήθως δεν χρειάζεται ανάταξη κηλικού σάκκου, με αποτέλεσμα ο καθαρός χειρουργικός χρόνος να είναι μικρότερος (μέσος χρόνος 40 λεπτά) και οι επιπλοκές (υποδόριο εμφύσημα, ορογόνωμα, αιμάτωμα από τις αποκολλήσεις των ιστών) πολύ σπάνιες. Με την λαπαροσκοπική τεχνική ο αθλητής επανέρχεται στη φυσιολογική καθημερινή δραστηριότητα σε 3 ημέρες και στην προπόνηση σε μία εβδομάδα. Σε 10-15 ημέρες είναι έτοιμος να ενταχθεί πλήρως στο κανονικό προπονητικό και αγωνιστικό πρόγραμμα. Δηλαδή η λαπαροσκοπική θεραπεία επιτυγχάνει την επα-

ναφορά του αθλητή στην μέγιστη αγωνιστική κατάσταση σε χρόνο μειωμένο κατά 50% συγκριτικά με την ανοικτή χειρουργική μέθοδο. Η επιτυχία της λαπαροσκοπικής αντιμετώπισης του ΧΒΠ ανέρχεται σε ποσοστό 95%.

Συμπερασματικά, πιστεύουμε ότι η λαπαροσκοπική ολική εξωπεριτοναϊκή τοποθέτηση συνθετικού πλέγματος αποτελεί την πιο ικανοποιητική τεχνική οριστικής θεραπείας του χρόνιου βουβωνικού άλγους των αθλητών, και ειδικότερα των ποδοσφαιριστών. Η μελέτη της παθοφυσιολογίας του υποτροπιάζοντος βουβωνικού πόνου στους ποδοσφαιριστές έδειξε ότι υπάρχει έλλειψη ισοροπημένης και ισοδύναμης ενέργειας των μυών γύρω από την ηβική σύμφυση. Με την ΤΕΡ τεχνική επιτυγχάνεται γρήγορα και αποτελεσματικά η ενίσχυση/προστασία του οπισθίου τοιχώματος του βουβωνικού πόρου από την διαρρηκτική δύναμη των προσαγωγών και η σταθεροποίηση της

κατάφυσης των κοιλιακών μυών του υπογαστρίου στην ηβική σύμφυση.

Βιβλιογραφία

1. McLeod D, Gibbon W. The sportsman's groin. Br J Surg 1999; 86: 849-50.
2. Fredberg U, Nielsen P. The sportsman's hernia – fact or fiction. Scand J Med Sci Sports 1996; 6: 201-4.
3. Orchard J, Read J et al. Groin pain associated with ultrasound finding of inguinal canal posterior wall deficiency in Australian Rules footballers. Br J Sports Med 1998; 32: 134-9.
4. Lovell G et al. The diagnosis of chronic groin pain in athletes. Austr J Sci Med Sports 1995; 27: 78-9.
5. Lynch C, Renstrom P et al. Groin injuries in sports: treatment strategies. Sports Med 1999; 28: 137-44.
6. Ingoldby C. Laparoscopic and conventional surgical repair of groin disruption in sportsmen. Br J Surg 1997; 84: 213-15.

