

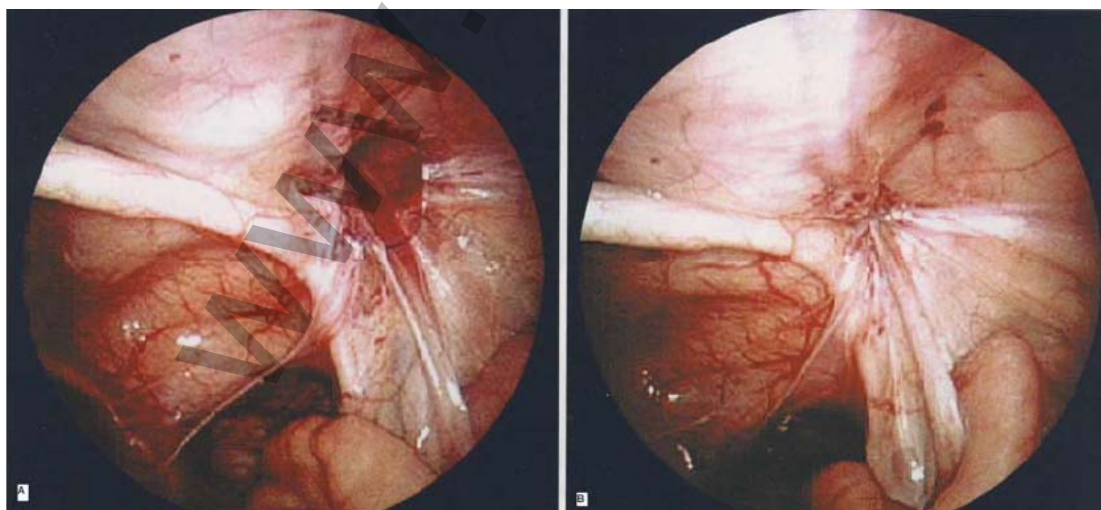
## ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ

Βουβωνοκήλη καλείται η πρόπτωση κάποιου κοιλιακού σπλάχνου, δια μέσου του βουβωνικού πόρου.

Ο βουβωνικός πόρος είναι μια δίοδος στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα, μέσω του οποίου διέρχεται στους μεν άνδρες ο σπερματικός τόνος, στις δε γυναίκες ο στρογγυλός σύνδεσμος της μήτρας. Έχει δύο στόμια, (το κοιλιακό που αποφράσσεται από το περιτόναιο και το υποδερμάτιο, που βρίσκεται λίγο πιο πάνω και έξω από το ηβικό φύμα) και τρία τοιχώματα (πρόσθιο, οπίσθιο και κάτω).

Στα παιδιά η αιτιολογία της βουβωνοκήλης δεν έχει σχέση με την χαλάρωση των κοιλιακών τοιχωμάτων, όπως στους ενήλικες. Οφείλεται σε παραμονή της ελυτροπεριτοναϊκής πτυχής, η οποία είναι μια προβολή του περιτοναίου, από το κοιλιακό στόμιο του βουβωνικού πόρου μέχρι το όσχεο. Η πτυχή αυτή παρακολουθεί την κάθοδο του όρχεως από την κοιλιά στην τελική του θέση, στο όσχεο, τον έβδομο μήνα της κύησης. Εκεί περιβάλλει τον όρχι και δημιουργεί έναν από τους χιτώνες του. Κατά την γέννηση η δίοδος αυτή έχει αποφραχθεί, αν όμως παραμείνει ανοικτή, τότε μπορούν να προβάλουν μέσω αυτής εντερικές έλικες και να δημιουργηθεί βουβωνοκήλη.

Στα κορίτσια η αντίστοιχη διαδικασία αφορά στον στρογγυλό σύνδεσμο της μήτρας, που καθλώνεται στα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Περίπου 1-3% των παιδιών εμφανίζουν βουβωνοκήλη. Στα παιδιά που γεννήθηκαν πρόωρα, η συχνότητα είναι 3-5%. Η τυπική κλινική εικόνα είναι μια διόγκωση στη βουβωνική χώρα, το όσχεο ή τα μεγάλα χείλη του αιδοίου, που εμφανίζεται όταν αυξάνεται η ενδοκοιλιακή πίεση. Αν μια εντερική αγκύλη παγιδευτεί στον βουβωνικό πόρο, πάθει δηλαδή περίσφιξη, τότε ο ασθενής εμφανίζει πόνο και συμπτώματα ειλεού (εντερικής απόφραξης). Αν δεν αναταχθεί η περίσφιξη, η διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος οδηγεί σε νέκρωση και διάτρηση του εντερικού τοιχώματος και συνακόλουθη περιτονίτιδα. Η συχνότητα περίσφιξης στα πρόωρα είναι δραματικά αυξημένη (30%) και οι πιθανές επιπλοκές περιλαμβάνουν ατροφία του σύστοιχου όρχεως, περίσφιξη και ειλεό. Για τους λόγους αυτούς η χειρουργική επέμβαση στα νεογνά και ειδικά τα πρόωρα, επιβάλλεται να γίνεται πριν φύγουν από το μαιευτήριο.

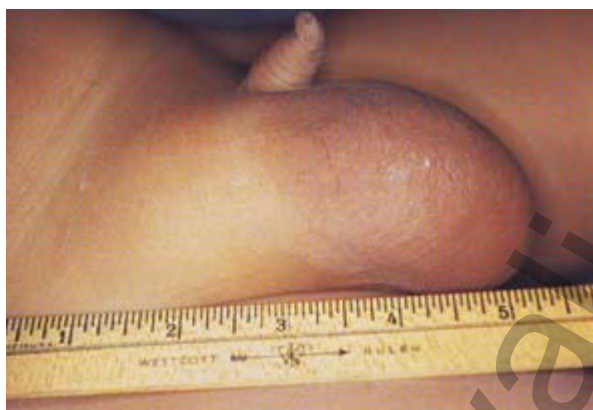


Αριστερά: λαπαροσκοπική εικόνα ανοικτού έξω στομίου βουβωνικού πόρου επί βουβωνοκήλης. Δεξιά : το στόμιο μετά την σύγκλεισή του με ένα κυκλοτερές ράμμα.

Μετά την επέμβαση πρέπει να παραμένουν επί 24 ώρες, διότι το αναπνευστικό τους κέντρο δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως, το θωρακικό τους τοίχωμα είναι ευσυμπιέστο και εύκολα παθαίνουν αναπνευστική κόπωση, με συνέπεια οι επιπλοκές όπως άπνοια, βραδυκαρδία, έμετοι, κυάνωση, λαρυγγόσπασμος και ανάγκη μηχανικής υποστήριξης του αερισμού, να μην είναι σπάνιες.

Μερικές φορές η βουβωνοκήλη φθάνει μέχρι το όσχεο, ενώ άλλοτε απλώς προβάλλει από το έσω βουβωνικό στόμιο. Ενίοτε, ο γιατρός δεν μπορεί να καταδείξει την βουβωνοκήλη και πρέπει να στηριχθεί στο ιστορικό του ασθενούς.

Η θεραπεία συνίσταται σε απολίνωση του κηλικού σάκου στο έσω βουβωνικό στόμιο. Επειδή στα παιδιά ο κίνδυνος περίσφιξης είναι μεγάλος, η χειρουργική επέμβαση πρέπει να γίνεται το συντομότερο μετά την διάγνωση. Αν υπάρχει περίσφιξη πρέπει να γίνεται προσπάθεια να αναταχθεί εξωτερικά με ήπιες κινήσεις και μετά να γίνεται εισαγωγή στην κλινική για χειρουργική θεραπεία. Αλλιώς επιβάλλεται επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί η χρήση της λαπαροσκόπησης για τη θεραπεία των βουβωνοκηλών στα παιδιά, ειδικά όταν πρόκειται για αμφοτερόπλευρη πάθηση.



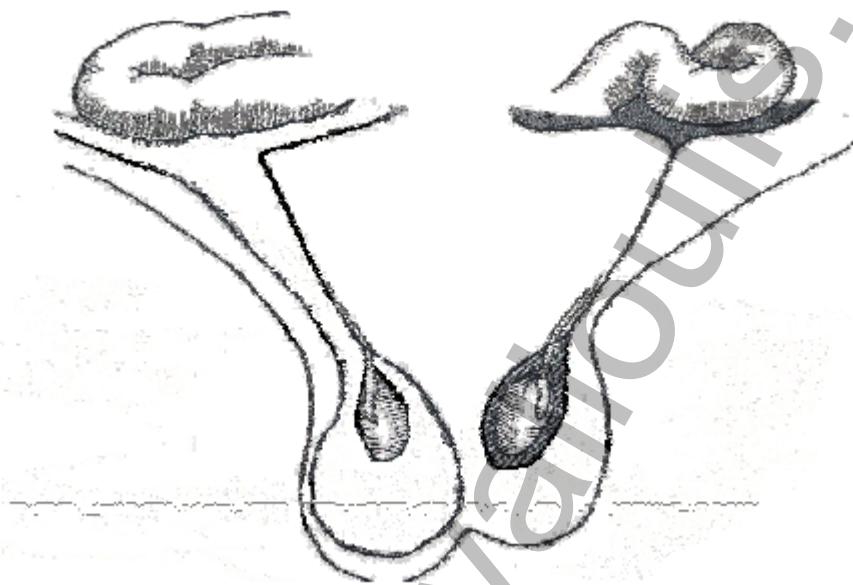
Εικόνα βουβωνοκήλης δεξιά.

Στα κορίτσια είναι δυνατόν να προβάλλει η ωοθήκη, ο οποία γίνεται αντιληπτή σαν μια ανώδυνη, ευκίνητη μάζα, μεγέθους φουντουκιού. Σ' αυτήν την περίπτωση ο κίνδυνος συστροφής και νέκρωσης της σάλπιγγας και της ωοθήκης είναι πολύ μεγάλος και η επέμβαση πρέπει να γίνεται το συντομότερο, αν δε συνυπάρχει οίδημα, πόνος, ερυθρότητα της περιοχής, πρέπει να γίνεται άμεσα.

Επίσης, 1% των κοριτσιών με προπίπτουσα ωοθήκη πάσχουν από το σύνδρομο του θηλεοποιού όρχεως ή έλλειψης ευαισθησίας στα ανδρογόνα. Πρόκειται δηλαδή για άτομα που έχουν χρωμοσώματα ανδρικά (46, XY), αλλά τα έξω γεννητικά όργανα δεν διαφοροποιήθηκαν σε ανδρικά αλλά σε γυναικεία, επειδή τα τελικά όργανα έχουν πλήρη ή μερική αντίσταση στην περιφερική δράση των ανδρογόνων. Το σύνδρομο αυτό οφείλεται σε μετάλλαξη του γονιδίου του υπεύθυνου για τους υποδοχείς των ανδρογόνων. Στην πλήρη μορφή υπάρχουν γυναικεία έξω γεννητικά όργανα, μικρός κόλπος και απουσιάζουν μήτρα και ωοθήκες. Το περιεχόμενο της βουβωνοκήλης είναι όρχις. Αυτά τα παιδιά εμφανίζουν πρωτοπαθή αμηνόρροια. Η ατελής μορφή μπορεί να εμφανισθεί ως ατελώς αρρενοποιημένος στείρος άνδρας. Αυτά τα παιδιά πρέπει να ελέγχονται με τουλάχιστον με καρυότυπο και υπερηχογράφημα κάτω κοιλίας, ενώ εν συνεχεία (επί θετικών ενδείξεων) να γίνεται ορμονικό προφίλ, κολπογράφημα, βιοψία γονάδων και βιοψία χειλέων αιδοίου για έλεγχο υποδοχέων ανδρογόνων. Επειδή υπάρχει κίνδυνος εξαλλαγής συνιστάται πρώιμη γοναδεκτομή. Η δημιουργία νεοκόλπου προγραμματίζεται, όταν η ασθενής θελήσει να ξεκινήσει

σεξουαλική δραστηριότητα. Αυτά τα παιδιά αναπτύσσονται σε γυναίκες φυσιολογικής εμφάνισης, οι οποίες όμως είναι στείρες, μια και δεν υπάρχουν έσω γεννητικά όργανα.

Περίπου 1% των βουβωνοκηλών υποτροπιάζουν μέσα σε διάστημα περίπου δύο ετών. Οι παράγοντες που συμβάλλουν είναι φλεγμονή του τραύματος, προωρότητα, διαταραχές της θρέψης, παθήσεις του συνδετικού ιστού, ανεπαρκής απολίνωση του κηλικού σάκου, επέμβαση από μη χειρουργό παιδιά, καταστάσεις που αυξάνουν την ενδοκοιλιακή πίεση (αρτηριοφλεβώδης επικοινωνία, βαλβίδες ουρήθρας, παθήσεις αναπνευστικού, άρση βαρών, ποδόσφαιρο). Η θεραπεία συνίσταται πάλι σε εκτομή του κηλικού σάκου, με τομή από την υπάρχουσα ουλή ή με λαπαροσκόπηση. Η λαπαροσκόπηση υπερτερεί, γιατί η επέμβαση γίνεται σε παρθένο έδαφος και ο κίνδυνος κάκωσης του σπερματικού πόρου ή των αγγείων είναι πολύ μικρότερος.



Σχηματική παράσταση ανοικτής ελκτροπεριτοναϊκής πτυχής αριστερά, μέσω της οποίας μπορούν να διέλθουν εντερικές έλικες και να εμφανιστεί βουβωνοκήλη.