



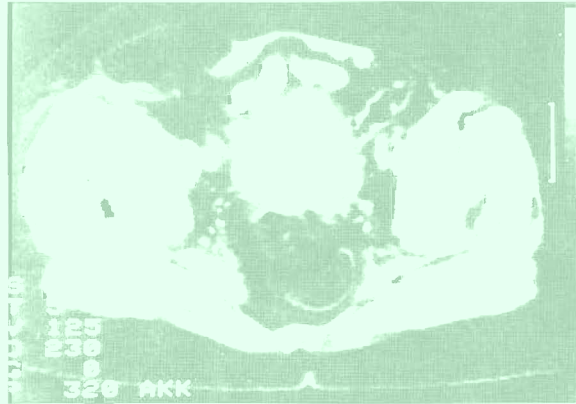
glas όπου εμφανίζονται κήλες του

ριέγραψε την σήμερα δεν έχει περισσότερες σημαντικός αδιάγνωστος ή κλινική ερευνητικής ότερη στις γυναίκες και από τα Χωρίς να έχει εντοπίσει περιπτώσεις αριστερά ενώ αμφοτερόπλευ-

ρόβλημα" α του κυριαρχεί νεχής ήπιος ή όρφωμα. Σπά- ιγράφουν ως αίσουν την α- όνος συνήθως θερός και επι- χειρισμών val- βλιογραφία α- εμφανίζουν υ- του μικρού εύ- οβάλλουν, κα- αντιμετωπίσαμε

ιδιαίτερα δύ- νής διόγκωση των πλαγίων διόγκωση αυ- άγνωση αφού απόσταση από ηγλάφηση του νωση. Στις πε- δεν μπορεί να από την άθι-

περιτονιάς.



Εικ.1: Χαρακτηριστική αξονική τομογραφία κήλης τύπου Spiegel που εντοπίζεται στο δεξιό κοιλιακό τοίχωμα

Σε 5 περιπτώσεις η κήλη εντοπίζονταν αριστερά, σε 3 δεξιά, ενώ σε μία περίπτωση υπήρχε αμφοτερόπλευρη εντόπιση.

Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά. Η προσπέλαση έγινε είτε με εγκάρσια είτε με λοξή τομή στην περιοχή της διόγκωσης. Σε όλες τις περιπτώσεις βρέθηκε κηλικός σάκκος ο οποίος ήταν κάτω από την απονεύρωση του έξω λοξού. Το περιεχόμενο ήταν μείζον επίπλουν σε τρεις ασθενείς, ενώ στους υπόλοιπους λεπτό έντερο. Το εύρος του στομίου της κήλης κυμαίνονταν από 1,5 έως 4 εκ.

Η χειρουργική τεχνική που χρησιμοποιήθηκε περιελάμβανε παρασκευή και εκτομή του σάκκου, ανάταξη της κήλης και στη συνέχεια την κατά στρώματα αποκατάσταση των τοιχωμάτων με ράμμα είτε Nylon είτε απορροφήσιμο Dexon. Δε σημειώθηκαν επιπλοκές ενώ ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν 4,5 ημέρες. Μέχρι σήμερα οι ασθενείς είναι ελεύθεροι ενοχλημάτων και δεν παρατηρήθηκαν υποτροπές.

### Συζήτηση

Η κήλη Spiegel

ως η ζώνη που βρίσκεται μεταξύ του έξω χείλους της θήκης του ορθού κοιλιακού και του έσω ορίου των μυικών ινών του εγκάρσιου κοιλιακού μυός (σπιγκέλειος γραμμή). Η ζώνη αυτή εκτείνεται από το πλευρικό τόξο μέχρι το ηβικό φύμα. Το ευρύτερο τμήμα της εντοπίζεται κάτωθεν της

Ιδιαίτερη δυσκολία υπάρχει στη διαφορική διάγνωση της χαμηλά εντοπισμένης κήλης Spiegel και της ευθείας βουβωνοκήλης, επειδή ορισμένοι ασθενείς με βουβωνοκήλη μπορεί να παραπονούνται για ευαισθησία αρκετά εκατοστά κεφαλικά του έσω βουβωνικού στομίου, στο

ημισεληννοειδούς γ φαίνονται και Spiegel<sup>1</sup>.

Από το 1764 που πρώτη κήλη τύπου έχουν περιγραφεί σε από 1000 περιπτώσε αριθμός περιπτώσε διαγιγνώσκεται κ λαπαροτομής. Η κ ναίκες<sup>2</sup> γεγονός πα περιστατικά που διευκρινισθεί η αι ται συχνότερα δε που παρουσιάσαμ σε μία περίπτωση ορο κήλη.

Συχνά αποτελεί φού μπορεί το μό στον άρρωστο να παροξυσμικός χω για ορισμένοι αα "νευραλγία" και κριβή του θέση. Μ αμβλύνεται αλλά δεινώνεται με όλο saliva. Παρά το γε ναφέρεται ότι οι ψηλό ποσοστό πε ρους του στομίου νένα από τα περι δεν εμφάνισε στο

Η ψηλάφηση σκολη είτε γιατί είτε διότι αυτή β κοιλιακών μυών. τή δεν είναι καθορ συνήθως ψηλαφά το στόμιο της κήλ στομίου συνήθως ρισσότερες όμως τ ψηλαφηθεί αφού

δέρμα που νευρώνεται από το λαγονοβουβωνικό νεύρο<sup>7</sup>.

Μία νοσολογική οντότητα που είναι σχεδόν αδύνατο να διαφοροδιαγνωσθεί κλινικά από την κήλη Spieghele είναι το λίπωμα του κοιλιακού τοιχώματος, ιδιαίτερα όταν αυτό εγκλωβίζεται ανάμεσα στους πλάγιους κοιλιακούς μύες.

Παρά τις αναφερθείσες δυσκολίες, η διάγνωση εξακολουθεί να βασίζεται κυρίως στο ιστορικό και την κλινική εξέταση<sup>4,7</sup>.

Από τις παρακλινικές εξετάσεις η απλή ακτινογραφία κοιλίας μπορεί να βοηθήσει μόνο εφόσον το περιεχόμενο της κήλης είναι έντερο και περιέχει αέρα<sup>3</sup>.

Σε περιπτώσεις με σοβαρά διαγνωστικά προβλήματα οι υπέρηχοι και η αξονική τομογραφία πρέπει να προτιμούνται<sup>8,9</sup>.

Το υπερηχογράφημα είναι διαθέσιμο στα περισσότερα νοσοκομεία και φαίνεται λογικό να συνιστάται πρώτα και να συμπληρώνεται με αξονική τομογραφία όταν δεν παρέχει αρκετές πληροφορίες<sup>3,7</sup>. Στις περισσότερες των περιπτώσεων είναι δυνατό να καταδειχθεί το κηλικό στόμιο. Βέβαια η εξέταση πρέπει να γίνεται αμφίπλευρα προκειμένου να υπάρχει συγκριτική εικόνα<sup>3,7</sup>.

Η αξονική τομογραφία μπορεί να αναδείξει καλύτερα το χάσμα στη σπινγκέλιο περιτονία σε σχέση με το υπερηχογράφημα ιδιαίτερα όταν λαμβάνονται πολύ λεπτές τομές<sup>8,9</sup>. Επίσης με την αξονική τομογραφία είναι δυνατό να εξετασθεί ένα πολύ μεγάλο μέρος της απονεύρωσης γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό αφού μπορούν ταυτόχρονα να απαντώνται διάφορες κήλες ή απονευρωτικά ελλείματα.

Θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική αποκατάσταση η οποία είναι απλή, χωρίς σοβαρές επιπλοκές και πολύ χαμηλά ποσοστά υποτροπής. Στην ψηλαφητή κήλη η τομή γίνεται εγκαρσίως επί της διόγκωσης. Εάν η κήλη δεν είναι ψηλαφητή προτιμάται κάθετη τομή γιατί δίνει τη δυνατότητα καλύτερης διερεύνησης της περιοχής, επιτρέπει την προπεριτοναϊκή διερεύνηση, ενώ διευκολύνει την πλαστική καθώς και τη θεραπεία άλλων υπογαστρίων κηλών. Επιπλέον, σε περιπτώσεις που δε διαπιστώνεται η ύπαρξη κήλης, υπάρχει η ευχέρεια διενέργειας ερευνητικής λαπαροτομής. Η αποκατάσταση της κήλης συνήθως δεν εμφανίζει ιδιαίτερες δυσκολίες. Εφόσον εντοπισθεί ο κηλικός σάκκος και το στόμιο, ακολουθεί ανάταξη του περιεχομένου, εκτομή του σάκκου και πλαστική των τοιχωμάτων κατά στρώματα.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η κήλη του Spieghele παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες στη διάγνωση και οι μόνες ίσως παρακλινικές εξετάσεις που βοηθούν σημαντικά είναι το υπερηχογράφημα και η αξονική τομογραφία. Η χειρουργική θεραπεία είναι συνήθως απλή και προσφέρει πολύ καλά αποτελέσματα.

## ABSTRACT

**Sakadamis A., Ballas K., Denga K. Spigelian Hernia . Hippokratia 1999, 3(2): 64 - 67**

It is well known that Spigelian hernia presents too many diagnostic difficulties. In an effort to detect these difficulties we studied retrospectively the patients with Spigelian hernia that was treated at the second Surgical Propedeutical Department of the Hippokratia Hospital of Thessaloniki.

During the period 1981-1998, nine patients with Spigelian hernia, were treated. Eight of them were women and 1 man. Patient's age ranged 41 to 69 years (54,5±10,35). Pain was the main symptom in all cases and four patients developed also a fluctuate swelling. Duration of symptoms was 1 month to 30 years (mean 6,7 years). Diagnosis was delineated preoperatively in only 6 cases. Two cases of low Spigelian hernia were falsely diagnosed as inguinal hernia and another one as lipoma. Three patients underwent CAT scan and ECHO. All patients were surgically treated.

In conclusion, Spigelian hernia presents too many difficulties in diagnosis. CAT scan and ECHO are very useful diagnostic tools. Surgical treatment gives very good results with only few recurrences.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βέλμαχος Γ, Μυστακίδης Α, Παλτόγλου Ι, Σακελλαρίου Ι. Περίπτωση κήλης Spieghele. Ελληνική Χειρουργική 1986,58:204-206
2. Klinkosch JT, Divisionem Herniarum Novamque Herniae Ventralis Proponit. Dissertationum Medicorum, 1764, p 184
3. Leif Spangen. Spigelian Hernia. World J Surg 1989,13:573-580
4. Jain KM, Hastings OH, Kunz VP. Spigelian hernia. Am Surg 1977,43:596
5. Gioiella M, Martini A, Mutarelli A, Pindozi V, Manzo VA. Spigelian hernia. Clinical and anatomic-surgical considerations. Minerva Chir 1993,48:633-636

6. Stirnemann H. The Spigelian hernia: Missed? Rare? Puzzling diagnosis? *Chirurg* 1982,53:314-317
7. Leif Spangen. Spigelian hernia *Surg Clin N Am* 1984,64:351-365
8. Vas W, Nguyen KT, Cockshott WP. Computed tomography diagnosis of Spigelian hernia. Case report *Diagn Imaging* 1980,49:326-329
9. Balthazar EJ, Subramanyam BR, Megibow A. Spigelian hernia: CT and ultrasonography diagnosis *Gastrointest Radiol* 1984,9:81-84

*Αλληλογραφία*

Α. Σακαντάμης,  
Ομήρου 5, 552 36, Πανόραμα  
Θεσσαλονίκη

*Corresponding author:*

Sakadamis A,  
5 Omirou str, 55236, Panorama  
Thessaloniki, Greece