

There are no translations available.

ΚΙΡΣΟΚΗΛΗ

Κιρσοκήλη ονομάζεται η κιρσοειδής διεύρυνση των φλεβών του σπερματικού τόνου. Οι φλέβες αυτές είναι υπεύθυνες για την επιστροφή του φλεβικού αίματος από τον όρχι προς την καρδιά.

Όλες οι φλέβες του σώματος μας έχουν βαλβίδες, οι οποίες εμποδίζουν το αίμα να παλινδρομεί προς τα πίσω και να λιμνάζει. Μερικές φορές όμως οι βαλβίδες αυτές ανεπαρκούν και έτσι αρχίζει η λίμναση του αίματος εντός των φλεβών, η αύξηση της πίεσης σε αυτές και η δημιουργία κιρσών.

Ο ίδιος μηχανισμός εμφάνισης κιρσών ισχύει σχεδόν σε όλες τις φλεβικές παθήσεις.

Εμφάνιση

Η κιρσοκήλη εμφανίζεται συχνότερα σε νεαρούς ενήλικες κάτω των 26 ετών και είναι μια από τις αιτίες υπογονιμότητας, μια που συνδέεται με τη μείωση του αριθμού των σπερματοζωαρίων.

Στο 50% περίπου των ανδρών με στειρότητα ανακαλύπτεται τελικά κιρσοκήλη.

Συνήθως είναι μονόπλευρη, με την αριστερά πλευρά να επικρατεί, λόγω της ανατομίας της φλεβικής αποχέτευσης. Δεν είναι όμως σπάνια και η αμφοτερόπλευρη κίρσοκήλη καλοήθους αιτιολογίας. Πάντα στην εμφάνιση αμφοτερόπλευρης κίρσοκῆλης επιβάλλεται να γίνεται υπερηχογραφικός έλεγχος κοιλίας, για τον αποκλεισμό άλλων παθολογικών καταστάσεων.

Διάγνωση

Η διάγνωση της κίρσοκῆλης τίθεται με την κλινική εξέταση σε όρθια και κατακεκλιμένη θέση. Συνήθως ψηλαφάται η κίρσοειδής διάταση των φλεβών στον άνω πόλο του όρχη. Σε μεγάλες κίρσοκῆλες η διάταση είναι εμφανής και επισκοπικά, ιδιαίτερα σε όρθια θέση. Το υπερηχογράφημα οσχέου είναι η εξέταση που θα μας επιβεβαιώσει την κλινική διάγνωση αλλά και θα μας μετρήσει το μέγεθος της κίρσοκῆλης. Επίσης θα μας δώσει επιπλέον στοιχεία για τη λειτουργία των όρχεων, το μέγεθος αυτών κ.ά.

Συμπτώματα

Η κίρσοκήλη που οφείλεται σε βαλβιδική ανεπάρκεια των φλεβών, αναπτύσσεται βραδέως και ως εκ τούτου η συμπτωματολογία είναι αμβληχρή. Συνήθως υπάρχει μια ψηλαφητή μάζα στο όσχεο, ελάχιστα επώδυνη. Αργότερα, μπορεί να γίνει εμφανής και η ατροφία του σύστοιχου όρχι.

Σπερμοδιάγραμμα

Το πιο συχνό εύρημα (90% των περιπτώσεων), όταν υπάρχει κίρσοκήλη είναι η μείωση της κινητικότητας. Στο 65% ο αριθμός των σπερματοζωαρίων είναι μικρότερος των 20

εκατομμυρίων ανά κυβικό χιλιοστό. Αρκετά συχνά βρίσκονται μορφολογικές ανωμαλίες που οφεόλονται στον αυξημένο αριθμό άμορφων και ανώριμων γεννητικών κυττάρων.

Θεραπεία

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι διόρθωσης της κισσοκήλης. Η χειρουργική αντιμετώπιση φαίνεται να κερδίζει εδάφη διότι έχει τα καλύτερα αποτελέσματα, ενώ ο διαδερμικός εμβολισμός των φλεβών και η λαπαροσκοπική προσέγγιση έχουν περισσότερες επιπλοκές και λιγότερα ποσοστά επιτυχίας.

Στην ανοιχτή μέθοδο, γίνεται μικρή βουβωνική τομή, ανευρίσκεται ο σπερματικός τόνος και απολινώνεται η έσω σπερματική φλέβα μετά των κισμών αυτής.

Πότε μια κισσοκήλη πρέπει να χειρουργείται?

- Σε εφήβους ή νέους άνδρες όταν υπάρχει καθυστέρηση στην ανάπτυξη ή ατροφία του όρχεος σύστοιχα στην κισσοκήλη.
- Σε νέους υπογόνιμους άνδρες με παθολογικό σπερμοδιάγραμμα, όταν δεν προκύπτει από τον έλεγχο κάποια άλλη αιτία υπογονιμότητας, και αφού ενημερωθούν ότι δεν είναι 100% βέβαιη η βελτίωση των παραμέτρων του σπέρματος και η επακόλουθη εγκυμοσύνη με την διόρθωση της κισσοκήλης.
- Όταν υπάρχει δυσμορφία στο όσχεο λόγω ευμεγέθους κισσοκήλης, ή όταν αυτή δημιουργεί (σπάνια βέβαια), ενοχλητικά συμπτώματα.

Δεν συνιστάται η χειρουργική αποκατάσταση της κισσοκήλης σε άνδρες με ενδείξεις πρωτοπαθούς ορχικής ανεπάρκειας, σε υποκλινική κισσοκήλη και σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Στους ενήλικες με κίρσοκήλη που δεν έχουν πρόβλημα υπογονιμότητας δεν είναι απαραίτητη η διόρθωσή της.

Συμπερασματικά

Έχει αναφερθεί βελτίωση των παραμέτρων του σπέρματος στο 70% των ασθενών μετά από χειρουργική διόρθωση της κίρσοκήλης. Η καλύτερη βελτίωση αφορά την κινητικότητα, στο 70% των περιπτώσεων. Βελτίωση της πυκνότητας παρατηρείται στο 51% και της μορφολογίας στο 44% . Όταν υπάρχει μεγάλη κίρσοκήλη, οι πιθανότητες βελτίωσης του σπέρματος είναι μεγαλύτερες. Σε περιπτώσεις αζωοσπερμίας και κίρσοκήλης η χειρουργική επέμβαση εμφανίζει πολύ μικρές πιθανότητες για την αποκατάσταση της γονιμότητας.