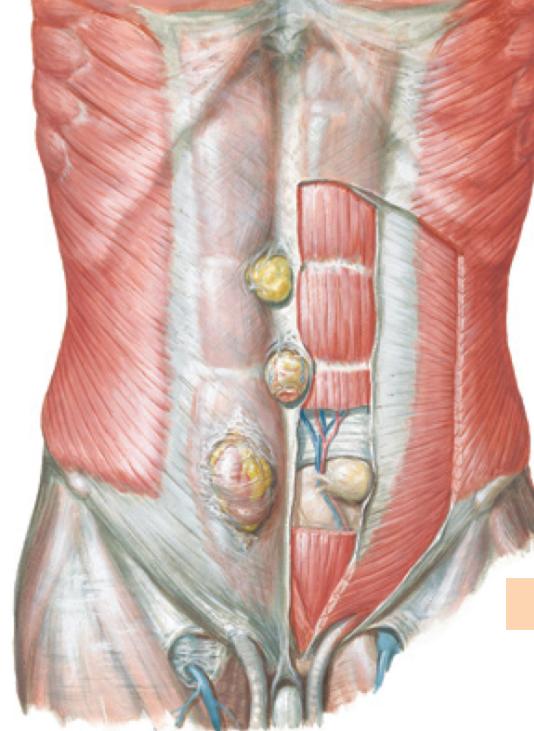


Η λαπαροσκοπική χειρουργική με τοποθέτηση πλέγματος θεωρείται η ιδανικότερη μέθοδος αντιμετώπισης για όλες τις μορφές κηλών του κοιλιακού τοιχώματος σήμερα



Κήλες του κοιλιακού τοιχώματος

Τα είδη, οι αιτίες δημιουργίας και οι τρόποι αντιμετώπισης

Μιχαήλ Ν. Βοργιάς M.D., F.A.C.S

Διευθυντής Χειρουργός
Γενικής - Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής
Mediterraneo Hospital

Μέλος European Association
for Endoscopic Surgery E.A.E.S.
Μέλος Society of American Gastrointestinal
Endoscopic Surgeons S.A.G.E.S.

Ιατρείο
Σωκράτους 47, Αιδωνή
166 74 Γλυφάδα
τηλ.: 210 8982771
κιν.: 6977 407508
michael@vorias.gr
www.vorias.gr

Mediterraneo Hospital
Ηλείας 8-12
166 75 Γλυφάδα
τηλ.: 210 9117000



Μιχαήλ Ν. Βοργιάς M.D., F.A.C.S

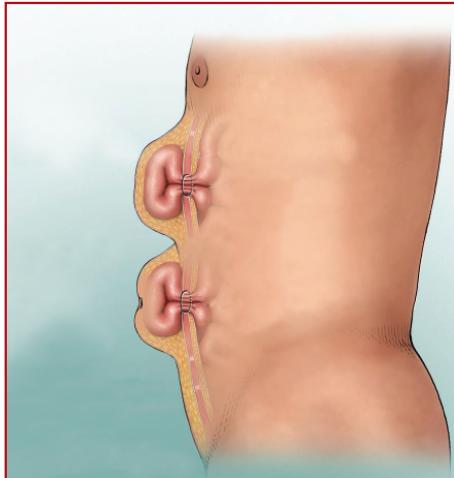
Τι είναι η κήλη

Με τον όρο κήλη περιγράφεται κάθε πρόπτωση και προβολή ενδοκοιλιακού σπλάχνου, ή συνηθέστερα, μέρος αυτού εκτός της συνήθους ανατομικής θέσεώς του, μέσω ενός φυσιολογικού ή παθολογικού στομίου.

Η προβολή γίνεται **εύκολα αντιληπτή από τον ασθενή σαν διόγκωση**, που στην αρχή εύκολα ανατάσσεται. Στις

περιπτώσεις που το περιεχόμενο της κήλης δεν ανατάσσεται μιλάμε για περιεσφιγμένη κήλη και απαιτείται άμεση χειρουργική αντιμετώπιση, λόγω της επικείμενης ισχαιμίας και νέκρωσης του εντέρου.

Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε επέμβαση το πολύ μέσα σε έξι ώρες από την εκδήλωση των συμπτωμάτων, διαφορετικά υπάρχει ο κίνδυνος να χρειαστεί αφαίρεση τμήματος του εντέρου (που θα έχει νεκρωθεί) ή να υποστεί περιτονίτιδα με αποτέλεσμα να απειληθεί σοβαρά η ζωή του.



Σε τι οφείλονται οι κήλες

Διάφοροι παράγοντες και καταστάσεις, μόνοι ή σε συνδυασμό μεταξύ τους ευνοούν τη δημιουργία της κήλης. Οι πιο σημαντικοί είναι:

- Η συγγενής προδιάθεση (πολλές φορές κατά τη γέννηση).
- Η διαταραχή στην ισορροπία σύνθεσης – αποδόμησης του κολλαγόνου (προχωρημένη πλικία, υποσιτισμός ή κακή διατροφή).
- Οι καταστάσεις που προκαλούν αύξηση της πίεσης στην κοιλιά (παχυσαρκία, χρόνιος βήχας, δυσκοιλότητα, πολλαπλοί τοκετοί, βαριά χειρωνακτική εργασία).
- Τα τραύματα ή/και οι εγχειροπικές τομές (λόγω της εξασθένησης που προκαλούν στα τοιχώματα κατά μήκος των ουλών και της διαταραχής της νεύρωσης σε γειτονική με το τραύμα περιοχή).

Τα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής αποκατάστασης της κήλης έναντι της ανοικτής χειρουργικής επέμβασης

- Το χειρουργείο γίνεται με δύο τομές δύο χιλιοστών, οι οποίες μετά από 10 ημέρες δεν αφήνουν σημάδι ή ουλές.
- Η είσοδος του λαπαροσκοπίου γίνεται από τον ομφαλό με τομή μόλις ενός εκατοστού. Η προσφερόμενη μεγέθυνση έχει σαν αποτέλεσμα οι ανατομικές δομές να φαίνονται με εξαιρετική ευκρίνεια, η απώλεια αίματος να είναι μηδαμινή και οι πιθανότητες υποτροπής κάτω από 1%.
- Δεν σημειώνεται καμία βλάβη στους μυς, διότι δεν διατέμνονται όπως στο ανοικτό χειρουργείο.
- Η τοποθέτηση πλέγματος γίνεται πάντα μετά την ανάταξη της κήλης και την πλαστική αποκατάσταση των ανατομικών δομών.
- Την ίδια φιλοσοφία ακολουθούμε και στην αποκατάσταση του συνδρόμου των κοιλιακών προσαγγών στους αθλητές.
- Ο ασθενής τρεις ώρες μετά το χειρουργείο περπατά κανονικά και σε λίγες ώρες επιστρέφει σπίτι του, ενώ την επομένη ημέρα ακολουθεί τις καθημερινές του δραστηριότητες.
- Ο μετεγχειροπικός πόνος είναι ελάχιστος.

Ενδέχεται να εμφανιστούν επιπλοκές σε μια λαπαροσκοπική αποκατάσταση της κήλης;

Η λαπαροσκοπική αποκατάσταση δεν παρουσιάζει σαν μέθοδος σημαντικές επιπλοκές.

Η συχνότερη και συνάμα η μοναδική (ποσοστό 2,5%), είναι η μικρή συλλογή ορώδους υγρού στην περιοχή της κήλης, το οποίο απορροφάται από τον οργανισμό σε τρεις εώς πέντε εβδομάδες.

Μπροκόλη

Οι μπροκόλες αποτελούν το 5%-7% του συνόλου των κηλών. Απαντώνται πολύ συχνότερα στις γυναίκες και η συχνότητα εμφάνισής τους είναι μικρότερη από την αντίστοιχη των Βουβωνοκηλών. Εμφανίζεται συχνότερα σε ηλικιωμένες, παχύσαρκες και πολύτοκες γυναίκες. Οι μπροκόλες παρουσιάζουν πολύ μεγάλο κίνδυνο περίσφιξης, γεγονός που συνεπάγεται κίνδυνο νέκρωσης του εντέρου.

Συνήθως εμφανίζονται σαν μια διόγκωση, με ελάχιστα συμπτώματα, κοντά στη μηροβουβωνική πτυχή. Δυστυχώς πολλές

φορές έχουν υποστεί περίσφιξη και εμφανίζονται με έντονο πόνο και διόγκωση στην περιοχή, οπότε ο κίνδυνος περιτονίτιδας είναι ορατός. Η θεραπεία τους είναι πάντα χειρουργική. Σχεδόν πάντα χρησιμοποιούμε πλέγμα. Η λαπαροσκοπική αποκατάσταση της μπροκόλης θεωρείται η ιδανική επέμβαση σήμερα. Ο ασθενής λαμβάνει εξιτήριο την επόμενη ημέρα. **Αν η επέμβαση γίνει με τοπική νάρκωση ο ασθενής φεύγει από το νοσοκομείο δύο ώρες μετά το χειρουργείο.**



Ομφαλοκόλη

Εδώ η πρόπτωση του ενδοκοιλιακού σπλάχνου λαμβάνει χώρα είτε στην περιοχή του ομφαλού (γνήσιες ομφαλοκόλες) είτε λίγο παρακάτω από αυτόν (παρομφαλική κόλη).

Οι παρομφαλικές κόλες εμφανίζονται συνήθως στους ενήλικες, ενώ οι γνήσιες ομφαλοκόλες εμφανίζονται συχνότερα στα παιδιά. Οι κόλες των ενηλίκων οφείλονται σε προοδευτική, με την πάροδο της ηλικίας, χαλάρωση και άνοιγμα των κοιλιακών τοιχωμάτων γύρω από τον ομφαλό. Συχνότερα εμφανίζονται σε γυναίκες και μάλιστα σε αυτές που έχουν κάνει πολλούς τοκετούς και είναι παχύσαρκες.

Και στις ομφαλοκόλες, ο κίνδυνος της περίσφιξης είναι ορατός. Η χειρουργική θεραπεία εξασφαλίζει την διόρθωση της κόλης, και αποτελεί τη μόνη θεραπεία. **Η λαπαροσκοπική αποκατάσταση της ομφαλοκόλης θεωρείται η ιδανική επέμβαση σήμερα.**

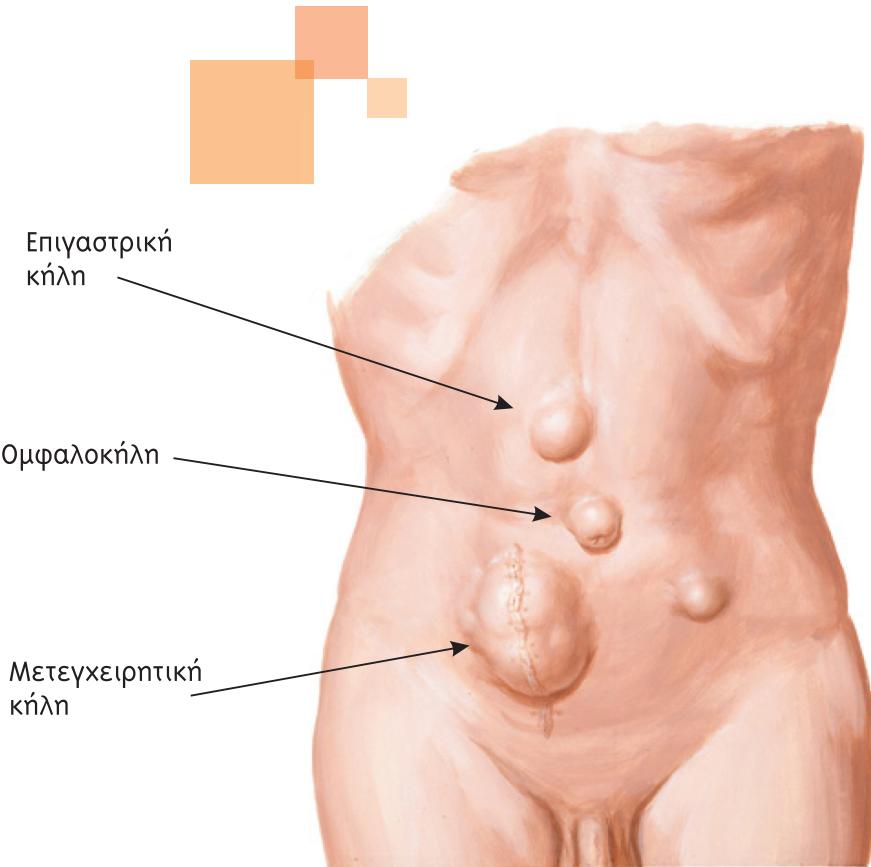
Επιγαστρικές κόλες

Αυτές οι κόλες εμφανίζονται σχετικά σπάνια (2%-3% του πληθυσμού) και είναι συχνότερες στους άνδρες. Εμφανίζονται κατά μήκος της γραμμής που ενώνει το στέρνο με τον ομφαλό, και η οποία ονομάζεται «λευκή γραμμή». Γι' αυτό και πολλές φορές οι κόλες αυτής της κατηγορίας ονομάζονται «κόλες της λευκής γραμμής». Ως ιδιαίτερος τύπος κόλης της λευκής γραμμής θεωρείται η διάσταση των ορθών κοιλιακών μυών. Μόνο ο χειρουργός μπορεί να ξεχωρίσει αυτά τα δύο είδη κόλων και αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, διότι οι κόλες της λευκής γραμμής χειρουργούνται λαπαροσκοπικά, ενώ αντίθετα η διάσταση των ορθών κοιλιακών μυών δεν απαιτεί χειρουργική αντιμετώπιση παρά μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις.

Τμήμα εντέρου προπίπτει μέσω της κόλης.

Κυρίως προκαλούν συμπτώματα που ποικίλλουν, από τοπική ευαισθησία και πόνο έως ναυτία και τάση για έμετο.

Η επιγαστρική κόλη είναι επικίνδυνος τύπος κόλης, διότι συχνά αναπτύσσει περίσφιξη. **Η κατεξοχήν ενδεδειγμένη θεραπεία είναι η λαπαροσκοπική αποκατάσταση με χρήση πλέγματος.**

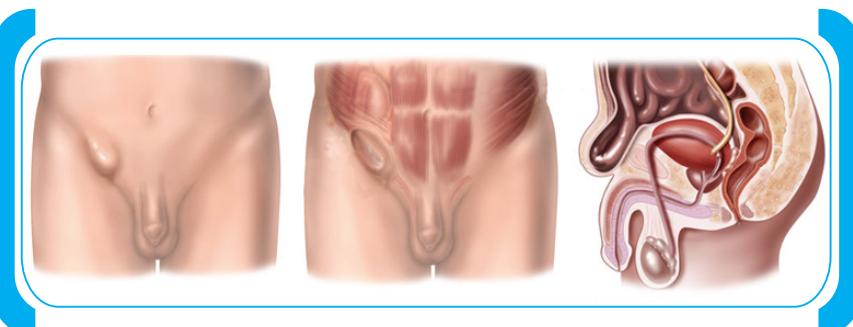
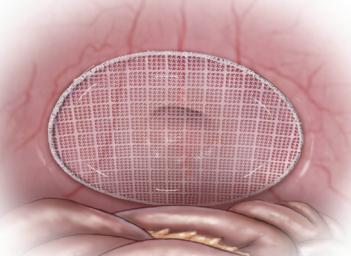


Μετεγχειρητικές κοιλιοκήλες

Οι μετεγχειρητικές κοιλιοκήλες έρχονται δεύτερες σε συχνότητα εμφανίσεως, μετά από τις βουβωνοκήλες (10%-16%). Εδώ, το κοιλιακό περιεχόμενο προπίπτει μέσω της ουλής που σχηματίστηκε από προηγούμενη εγχειρητική τομή, επομένως οι κήλες αυτές προκύπτουν έπειτα από χειρουργική επέμβαση στην περιοχή της κοιλιάς.

Αναπτύσσονται στο 0,5% - 15% των ασθενών που υποβάλλονται σε ανοιχτές κοιλιακές εγχειρήσεις.

Οι μετεγχειρητικές κοιλιοκήλες υποτροπιάζουν σε μεγάλο ποσοστό, εάν δεν γίνει η σωστή επέμβαση, και ειδικά εάν δεν χρησιμοποιηθεί πλέγμα. **Η πλέον ενδεδειγμένη και αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση είναι σήμερα η λαπαροσκοπική αποκατάσταση με χρήση πλέγματος.**



Τα είδη των κηλών του κοιλιακού τοιχώματος

Βουβωνοκήλη

Η συνηθέστερη θέση εντόπισης της βουβωνοκήλης

Η βουβωνοκήλη αποτελεί τη συχνότερη μορφή κήλης. Τα συνηθέστερα συμπτώματα που οδηγούν έναν ασθενή με βουβωνοκήλη στο γιατρό είναι η συνεχής παρουσία, ή η διαλείπουσα εμφάνιση διογκώσεως ή/και άλγους στην περιοχή. Κάποιες φορές όμως η κήλη είναι ασυμπτωματική και εντελώς τυχαία διαγνωνίσκεται κατά την εξέταση από το χειρουργό. Εάν όμως η κήλη παρουσιάσει επιπλοκή (περίσφιξη ή φλεγμονή) τότε η κλινική εικόνα αλλάζει δραματικά. Ο ασθενής νιώθει έντονο πόνο, μερικές φορές εμφανίζει πυρετό, και η νέκρωση του εντέρου είναι πρωτότυπη!

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της βουβωνοκήλης

Η χειρουργική θεραπεία στην αντιμετώπιση της βουβωνοκήλης είναι μονόδρομος. Ακόμη και μικρού μεγέθους κήλες με ελάχιστα συμπτώματα, απαιτούν χειρουργική επέμβαση, διότι ο κίνδυνος των επιπλοκών είναι άμεσος και η όλη κατάσταση μπορεί να γίνει επικίνδυνη.

Αποκατάσταση βουβωνοκήλης με πλέγμα

Η φιλοσοφία της χειρουργικής επέμβασης είναι απλή. Θέλουμε να αποκαταστήσουμε τα κοιλιακά τοιχώματα, κατά τέτοιο τρόπο ώστε η κήλη να διορθωθεί, αλλά και να μην ξαναεμφανιστεί. Αν και αυτό ακούγεται πολύ εύκολο, παρά ταύτα υπάρχουν πολλές, και μερικές φορές αντικρουόμενες, χειρουργικές επεμβάσεις για την αποκατάσταση της βουβωνοκήλης. Όλες οι τεχνικές με τη χρησιμοποίηση μόνο ραμμάτων παρουσιάζουν μεγάλο ποσοστό υποτροπής. Είναι όμως επιστημονικά αποδεδειγμένο πλέον ότι η πιο αποτελεσματική θεραπεία για τις βουβωνοκήλες είναι η πλαστική αποκατάσταση με χρήση πλέγματος.

Αποτελεσματική αντιμετώπιση της βουβωνοκήλης με χρήση πλέγματος πραγματοποιείται και με τοπική αναισθησία μόνο στην περιοχή της κήλης, χωρίς να χρειάζεται γενική νάρκωση ή επισκληρίδιος αναισθησία.

Ο ασθενής δύο ώρες μετά την επέμβαση λαμβάνει εξιτήριο και από την επόμενη ημέρα επιστρέφει στις δραστηριότητές του.

Η λαπαροσκοπική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης θεωρείται η ιδανική επέμβαση σήμερα.