

Δρ. Θεόδωρος Κ. Κότσιφας
Γενικός Χειρουργός

Κήλες του κοιλιακού τοιχώματος

Εξωτερική κήλη είναι η ανώμαλη έξοδος ενός ενδοκοιλιακού οργάνου (συνήθως εντέρου ή επιπλόου), από ένα εξασθενημένο σημείο του κοιλιακού τοιχώματος.

Ποια τα αίτια μιας κήλης

Οι κήλες μπορεί να είναι συγγενείς ή επίκτητες. Οι συγγενείς κήλες εμφανίζονται συνήθως του πρώτο χρόνο της ζωής, μπορεί όμως να κάνουν την εμφάνισή τους σε οποιαδήποτε ηλικία, όταν για κάποιο λόγο θα αυξηθεί η ενδοκοιλιακή πίεση. Για τη δημιουργία και την εξέλιξη μιας κήλης παίζει ρόλο η διαταραχή στη σύνθεση του κολλαγόνου ιστού, που σχηματίζει τις περιτονίες που στηρίζουν το κοιλιακό τοίχωμα.

Ποιες καταστάσεις επηρεάζουν την εμφάνιση και εξέλιξη μιας κήλης

Γενικά η αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης είναι αυτή που θα επηρεάσει την εμφάνιση και εξέλιξη μιας κήλης.

Καταστάσεις που αυξάνουν την ενδοκοιλιακή πίεση είναι:

Παχυσαρκία	Υπερτροφία προστάτη
Άσκηση – Άρση βαρών	Κίρρωση με ασκίτη
Βήχας	Κύηση
Δυσκοιλιότητα	

Πως θα υποψιαστεί ο άρρωστος την ύπαρξη μιας κήλης;

Υπάρχει συνήθως μία μικρή ή μεγάλη διόγκωση σε ένα σημείο του κοιλιακού τοιχώματος. Αυτό μπορεί να προκαλεί πόνο, όταν η κήλη προβάλλει προς τα έξω, ενώ ηρεμεί όταν μπαίνει πάλι στη θέση της.

Με ποιο τρόπο εμφανίζεται μια κήλη

Μια κήλη μπορεί να είναι ανατασσόμενη (όταν επανέρχεται εύκολα στη θέση της), μη ανατασσόμενη (όταν μένει μόνιμα έξω) ή περισφιγμένη (όταν μένει έξω και προκαλεί ισχυρό πόνο).

ΠΡΟΣΟΧΗ!

Απευθυνθείται άμεσα σε χειρουργό.

Όταν μια κήλη μένει μόνιμα έξω και προκαλεί δυνατό πόνο, στο σημείο εκείνο ή και στην κοιλιά γενικότερα, υπάρχει κίνδυνος **περίσφιξης**, που πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα από χειρουργό.

Αυτή είναι η σοβαρότερη και πολύ επικίνδυνη επιπλοκή μιας κήλης.

Τί είδους νάρκωση είναι προτιμότερη;

Η νάρκωση μπορεί να είναι τοπική, περιοχική, γενική ή συνδυασμός. Ο αναισθησιολόγος σε συνεργασία με το χειρουργό, λαμβάνοντας υπ' όψιν και την επιθυμία του αρρώστου, θα επιλέξουν την καταλληλότερη μέθοδο για κάθε περίπτωση, ανάλογα με την χειρουργική τεχνική που θα κάνει ο χειρουργός και την ιδιαιτερότητα του κάθε αρρώστου.

Να επιλέξω ανοικτή ή λαπαροσκοπική επέμβαση;

Δρ. Θεόδωρος Κ. Κότσιφας Γενικός Χειρουργός

Σε μερικές περιπτώσεις υπάρχουν σαφή πλεονεκτήματα ή μειονεκτήματα της μιας έναντι της άλλης τεχνικής. Τότε και η απόφαση είναι εύκολη. Σε άλλες όμως περιπτώσεις δεν έχει αποδειχθεί επιστημονικά ότι η μία τεχνική έχει πλεονεκτήματα έναντι της άλλης, οπότε το θέμα παραμένει ανοικτό και αμφιλεγόμενο στην επιστημονική κοινότητα. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η επιλογή της τεχνικής θα πρέπει να γίνεται ξεχωριστά για τον κάθε άρρωστο και να προκύπτει μετά από συζήτηση με το χειρουργό, που θα πρέπει να γνωρίζει και να εφαρμόζει και τις δύο τεχνικές.

Ποιους τύπους κήλης έχουμε στο κοιλιακό τοίχωμα

Συνηθέστερες μορφές κήλης

Βουβωνοκήλη

Μηροκήλη

Ομφαλοκήλη

Επιγαστρική κήλη

Μετεγχειρητική κήλη

Σπάνιες μορφές κήλης

Κήλη του Spigel

Οσφυϊκή κήλη

Κήλη θυροειδούς τρήματος

Ισχιακή κήλη

Περινεϊκή κήλη

Θεραπεία

Η θεραπεία μιας κήλης είναι χειρουργική.

Σε σπάνιες περιπτώσεις, που ο άρρωστος δεν μπορεί να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, για άλλες σοβαρές παθήσεις, μπορεί να χρησιμοποιηθούν ειδικοί κηλεπίδεσμοι ή κορσέδες, που όμως δεν παρέχουν μεγάλη ασφάλεια πάντα.

Γενικές αρχές της Χειρουργικής Τεχνικής

Πρακτικά σήμερα, στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων, οι κήλες αντιμετωπίζονται με τη χρήση συνθετικών κυρίως πλεγμάτων. Οι περισσότερες τεχνικές του παρελθόντος, έχουν πλέον μόνο ιστορική αξία.

Ο χειρουργός οφείλει να παραμένει διαρκώς ενήμερος στις νέες εξελίξεις, όσον αφορά καινούργια υλικά πλεγμάτων και ραμμάτων, καθώς και νέων τεχνικών, για να έχει το άριστο αποτέλεσμα.

Η γνώση, η εμπειρία και η ικανότητα του χειρουργού δοκιμάζονται σε μια σχετικά εύκολη επέμβαση.

Χειρουργική τεχνική στις διάφορες μορφές κήλης

Βουβωνοκήλη – Ανοικτή Τεχνική

Η επέμβαση μπορεί να γίνει με τοπική αναισθησία και ελαφρά μέθη, περιοχική ή γενική αναισθησία.

Η τομή στη βουβωνική χώρα είναι μικρή (5-7 εκ.).

Η παρασκευή των ιστών γίνεται με τις ελάχιστες δυνατές κακώσεις, ο σάκκος της κήλης και το προπεριτοναϊκό λίπος ανατάσσονται χωρίς να κόβονται, η τοποθέτηση του πλέγματος και η αποκατάσταση των ιστών γίνεται χωρίς τάση, έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο μετεγχειρητικός πόνος και η κινητοποίηση του αρρώστου να είναι άμεση.

Η τομή αποκαθίσταται με πλαστική τεχνική.

Δρ. Θεόδωρος Κ. Κότσιφας

Γενικός Χειρουργός

Ο άρρωστος κινητοποιείται αμέσως μετά την επέμβαση και μπορεί να βγει από το νοσοκομείο μετά 2-3 ώρες.

Η μέγιστη παραμονή στο Νοσοκομείο είναι 24 ώρες.

Η επάνοδος στις καθημερινές ασχολίες γίνεται μετά 1-2 ημέρες και στις πλήρεις δραστηριότητες μετά 1-2 εβδομάδες.

Βουβωνοκήλη – Λαπαροσκοπική Τεχνική

Η επέμβαση γίνεται με γενική αναισθησία.

Προτιμάται η εξωπεριτοναϊκή τεχνική (TEP).

Εάν η επέμβαση συνδυαστεί και με τη θεραπεία κάποιας άλλης ενδοκοιλιακής πάθησης (π.χ. χολολιθίαση), τότε θα προτιμηθεί η διακοιλιακή τεχνική (TAPP).

Χρησιμοποιούνται τρεις μικρές τομές (0,5-1εκ.). Παρασκευάζεται ο σάκκος της κήλης, ανατάσσεται στη θέση του και τοποθετείται ειδικό πλέγμα.

Η κινητοποίηση του αρρώστου γίνεται μετά από 2-3 ώρες.

Η έξοδος από το Νοσοκομείο γίνεται σε 24 ώρες.

Η επάνοδος στις καθημερινές ασχολίες μετά 1-2 ημέρες και τις πλήρεις δραστηριότητες μετά 1-2 εβδομάδες.

Μηροκήλη

Η επέμβαση γίνεται με τοπική, περιοχική, η γενική αναισθησία.

Η τομή είναι μικρή (4-5εκ.) και γίνεται στη μηροβουβωνική πτυχή.

Η κήλη (που συχνά είναι περισφιγμένη) ανατάσσεται και τοποθετείται μικρός κώνος πλέγματος.

Η αποκατάσταση των ιστών γίνεται χωρίς τάση.

Η κινητοποίηση του αρρώστου είναι άμεση.

Η έξοδος από το Νοσοκομείο μπορεί να γίνει σε 2 μέχρι 24 ώρες.

Η επάνοδος στις καθημερινές δραστηριότητες γίνεται μετά 1-2 ημέρες, ενώ στην πλήρη δραστηριότητα μετά 1-2 εβδομάδες.

Ομφαλοκήλη

Για μικρές κήλες γίνεται μικρή τομή (3 εκ.), κάτω από τον ομφαλό, ανατάσσεται η κήλη και τοποθετείται ειδικό πλέγμα ενδοπεριτοναϊκά, χωρίς συρραφή της απονεύρωσης. Αυτό οδηγεί στην αποφυγή τάσης στην περιοχή με αποτέλεσμα λιγότερο πόνο και γρηγορότερη και πιο άνετη αποκατάσταση. Η κινητοποίηση του αρρώστου είναι άμεση και η έξοδος από το Νοσοκομείο μπορεί να γίνει μετά από μερικές ώρες. Η επάνοδος στις καθημερινές δραστηριότητες μετά 1-2 ημέρες.

Για μεγάλες κήλες, όπου θα χρειαζόταν μια μεγάλη τομή, θα προτιμηθεί η Λαπαροσκοπική τεχνική, με γενική νάρκωση. Με τρεις μικρές τομές (0,5-1εκ.), θα γίνει λύση των συμφύσεων, ανάταξη της κήλης και τοποθέτηση ειδικού ενδοπεριτοναϊκού πλέγματος.

Η κινητοποίηση του αρρώστου είναι άμεση, η έξοδος από το Νοσοκομείο μετά 24 ώρες και η επάνοδός σας καθημερινές δραστηριότητες μετά 1-2 ημέρες.

Επιγαστρική κήλη

Η επέμβαση γίνεται συνήθως με τοπική νάρκωση και ελαφρά μέθη, με μικρή τομή (3-4εκ.) στη μέση γραμμή, μεταξύ ομφαλού και στέρνου, πάνω στο σημείο της

Δρ. Θεόδωρος Κ. Κότσιφας

Γενικός Χειρουργός

κήλης, όπου ανατάσσεται ο σάκκος και το περιεχόμενο της κήλης και τοποθετείται μικρός κώνος πλέγματος.

Η κινητοποίηση του αρρώστου είναι άμεση, η έξοδος από το Νοσοκομείο μετά μερικές ώρες και η επαναδραστηριοποίηση μετά 1-2 ημέρες.

Μετεγχειρητική κήλη

Η μετεγχειρητική κήλη δημιουργείται μετά από εγχειρήσεις, πάνω στις τομές.

Ανάλογα με το μέγεθος, την εντόπιση, τη γενική κατάσταση του αρρώστου, θα γίνει με ανοικτή ή λαπαροσκοπική τεχνική.

Προτιμάται η λαπαροσκοπική τεχνική, αν οι συνθήκες το επιτρέπουν.

Λαπαροσκοπική Τεχνική

Η επέμβαση γίνεται με γενική νάρκωση. Χρησιμοποιούνται συνήθως τρεις μικρές τομές (0,5-1εκ.). Αφού ελευθερώσουμε τα διάφορα όργανα της κοιλιάς από τις συμφύσεις που υπάρχουν από την παλιά εγχείρηση (συμφυσιόλυση), ανατάσσουμε την κήλη και τοποθετούμε και καθηλώνουμε ένα ειδικό πλέγμα. Ενδέχεται να χρησιμοποιηθεί μια μικρή παροχέτευση.

Η κινητοποίηση του αρρώστου γίνεται την ίδια ημέρα, η έξοδος από το Νοσοκομείο μετά 1-2 ημέρες, η επάνοδος στις καθημερινές δραστηριότητες μετά 2-3 ημέρες και η επάνοδος στην πλήρη δραστηριότητα μετά 2-3 εβδομάδες.

Ανοικτή τεχνική

Με γενική νάρκωση, γίνεται τομή πάνω στην παλιά τομή, όπου είναι και η κήλη. Λύνονται οι συμφύσεις που υπάρχουν, ανατάσσεται η κήλη και τοποθετείται ειδικό ενδοπεριτοναϊκό πλέγμα, που καθηλώνεται, χωρίς απαραίτητα να ράβεται η περιτονία του κοιλιακού τοιχώματος, για να μην δημιουργείται τάση. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα πολύ λιγότερο πόνο και άνετη και γρήγορη κινητοποίηση.

Τοποθετείται μικρή παροχέτευση κοντά στο πλέγμα. Η κινητοποίηση του αρρώστου γίνεται την ίδια μέρα. Η παραμονή στο Νοσοκομείο είναι 2-4 ημέρες συνήθως. Η επάνοδος στις καθημερινές δραστηριότητες, θα γίνει μετά 1 εβδομάδα.

Η πλήρης δραστηριοποίηση μετά 1 μήνα.

Η Λαπαροσκοπική Τεχνική, όταν οι συνθήκες το επιτρέπουν, έχει σαφή πλεονεκτήματα, έναντι της ανοικτής τεχνικής, γι' αυτό είναι η πρώτη επιλογή για τη διόρθωση μιας μετεγχειρητικής κήλης.