

Οι κήλες του κοιλιακού τοιχώματος



Αλέξης Σταύρου
Χειρουργός

Οι κήλες του κοιλιακού τοιχώματος αποτελούν τη συχνότερη «ανατομική διαταραχή», ανδρών και γυναικών, και η διάγνωσή τους περιγράφεται από τα πρώτα χρόνια της ιατρικής ιστορίας. Οι Αιγύπτιοι (1500 π.Χ.), οι Φοίνικες (900 π.Χ.) και οι αρχαίοι Έλληνες (400 π.Χ.) περιέγραψαν τη διάγνωση της κήλης και πρότειναν διάφορες θεραπείες ακόμα και χειρουργικές. Η πιθανότητα ένας άνθρωπος να εμφανίσει κάποιου τύπου κήλη στη ζωή του είναι περίπου 10%. Στις Η.Π.Α. πραγματοποιούνται περίπου 1.000.000 χειρουργικές επεμβάσεις αποκατάστασης κηλών κάθε χρόνο εκ των οποίων οι 750.000 αφορούν βουβωνοκήλες.

Τι είναι κήλη;

Για τον ασθενή, η κήλη είναι μία αντιληπτή διόγκωση στην κοιλιά που μπορεί να μην προκαλεί κάποια ενόχληση αλλά περιστασιακά να συνοδεύεται από πόνο, κάψιμο ή «αίσθημα βάρους» στο σημείο εμφάνισής της κυρίως μετά από έντονη σωματική προσπάθεια ή παρατεταμένη ορθοστασία. Η διόγκωση αυτή είναι πιο έντονη όταν ο ασθενής είναι όρθιος ή όταν βήχει ενώ όταν ξαπλώνει μπορεί να μικραίνει σε μέγεθος ή και να εξαφανίζεται.

Για τον γιατρό, η κήλη είναι η προβολή - πρόπτωση ενός ενδοκοιλιακού οργάνου, συνήθως πρόκειται για τμήμα εντέρου, μέσα από ένα φυσιολογικό ή παθολογικό στόμιο - χάσμα του κοιλιακού τοιχώματος.

Σε ποιους εμφανίζονται οι κήλες;

Η κήλη μπορεί να παρουσιασθεί σε άνδρες και γυναίκες, οποιασδήποτε ηλικίας και με οποιαδήποτε φυσική κατάσταση.

Γιατί δημιουργούνται οι κήλες;

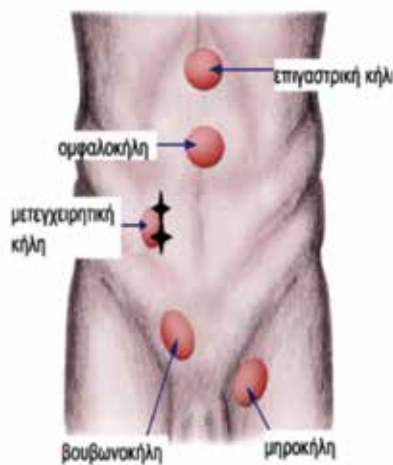
Στο κοιλιακό τοίχωμα υπάρχουν κάποια «αδύναμα» σημεία όπως : στην βουβωνική περιοχή, στον ομφαλό, πάνω και κάτω από τον ομφαλό ή σε θέσεις όπου έχει προηγηθεί χειρουργική επέμβαση στην κοιλιά και υπάρχει χειρουργική τομή. Ανάλογα με την ανατομική θέση που εμφανίζεται η κήλη, παίρνει την ονομασία της και έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.

Υπάρχουν όμως και κάποιοι παράγοντες οι οποίοι έχουν ενοχοποιηθεί γιατί

και η παχυσαρκία, η βαριά χειρωνακτική εργασία, η χρόνια δυσκοιλιότητα, ο χρόνιος βήχας και η υπερτροφία του προστάτη). Αλλά υπάρχουν όμως και παράγοντες που εξασθενούν το κοιλιακό τοίχωμα (οι χειρουργικές τομές, οι διαταραχές στη σύνθεση του κολλαγόνου, η προχωρημένη ηλικία, οι πολλές εγκυμοσύνες, η γενετική προδιάθεση και άλλες εκ γενετής ασθένειες).

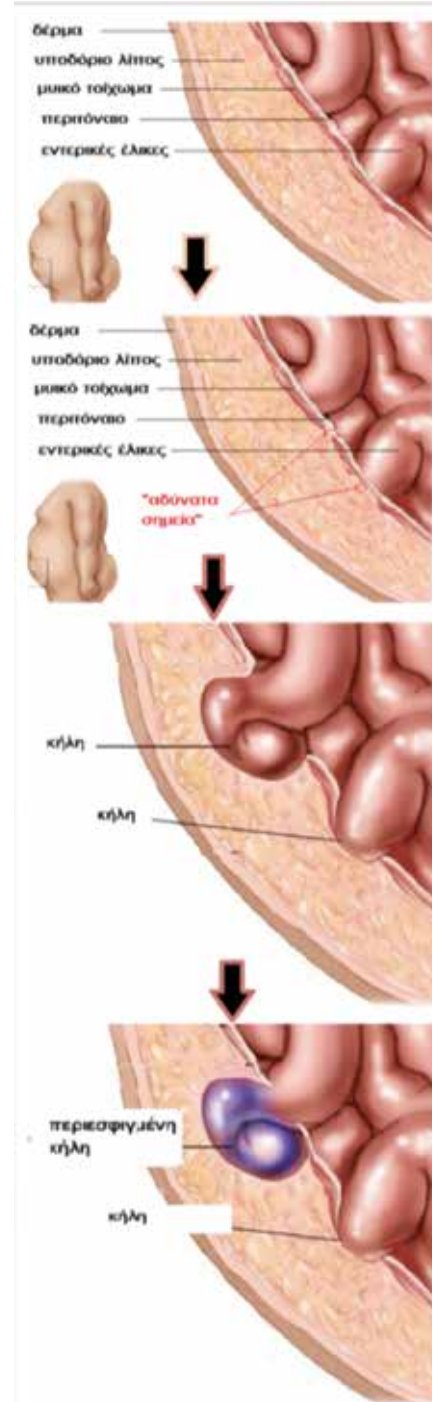
Πως εξελίσσεται μια κήλη;

Με την πάροδο του χρόνου, το χάσμα (αδύναμο σημείο) απ' όπου προβάλλει η κήλη θα μεγαλώσει, λίπος της κοιλιάς (επίπλουν) και εντερικές έλικες θα περάσουν από την κοιλιά μέσα στο «σάκο της κήλης», η περίσφιξη του εντέρου είναι πολύ πιθανή, και αν υπάρξει νέκρωση του εντέρου, δημιουργείται κίνδυνος για τη ζωή του ασθενή, αν δεν γίνει αμέσως χειρουργική επέμβαση. Δεν υπάρχει καμία πιθανότητα να θεραπευθεί από μόνη της, ακόμα και αν κάποιες φορές φαίνεται πως υποχωρεί σε μέγεθος ή υποχωρούν οι ενοχλήσεις. Κάθε κήλη, από τη στιγμή που προκαλεί συ-



μπτώματα, πρέπει πάντα να αντιμετωπίζεται χειρουργικά. Αν είναι σε πολύ αρχικό στάδιο, ή αν υπάρχουν άλλα σοβαρά προβλήματα υγείας που προηγούνται τότε απαιτείται παρακολούθηση αλλά σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να αγνοηθεί.

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις στις οποίες η διόγκωση της κήλης είναι μόνιμη, δηλαδή το τμήμα του σπλάγγνου παραμένει μόνιμα μέσα στην κήλη και συνοδεύεται από πολύ δυνατό πόνο, εμε-



τούς και πυρετό τότε απαιτείται άμεση (εντός ωρών) χειρουργική αντιμετώπιση γιατί τότε η περίσφιξη που προκαλείται στο τμήμα του σπλάγγνου που προπίπτει μπορεί να οδηγήσει στην κρωσή του.

ΖΩΝΕΣ ΚΗΛΗΣ

Ο κηλεπίδεσμος, η ειδική ζώνη που πιέζει την κήλη προς τα μέσα, χρησιμοποιείται από αρκετούς ασθενείς. Εναλλακτικά προτείνεται η χρήση ειδικά κατασκευασμένων εσωρούχων που μπορεί να ενισχύσουν προσωρινά την περιοχή στην οποία έχει δημιουργηθεί η κήλη. Η μακροχρόνια χρήση του κηλεπίδεσμου δεν αποτελεί θεραπεία της κήλης.

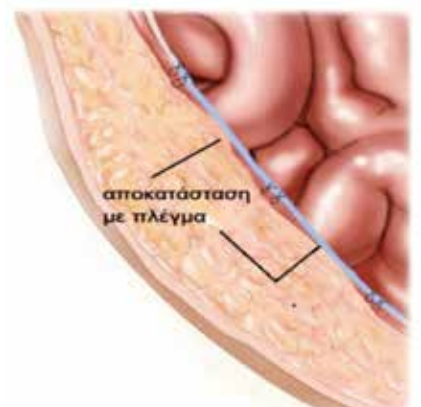
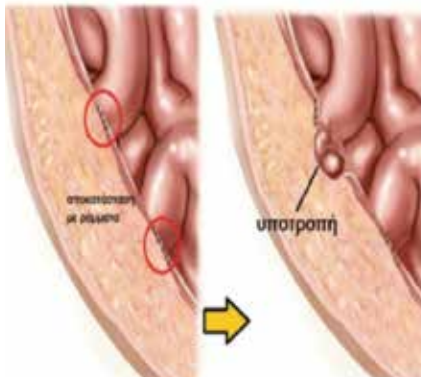


Πώς αντιμετωπίζεται μια κήλη;

Ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης-θεραπείας της κήλης είναι η χειρουργική επέμβαση. Δεν υπάρχει φαρμακευτική ή άλλη συντηρητική θεραπεία. Η επέμβαση δεν έχει σκοπό να αφαιρέσει την κήλη, αλλά να την ανατάξει δηλαδή να ανατοποθετήσει στη θέση του το όργανο που προβάλλει και να κλείσει το χάσμα από το οποίο προπίπτει.

Χειρουργική επέμβαση

Οι χειρουργικές τεχνικές που έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια είναι



πολλές. Σε αυτές ανήκουν οι τεχνικές «τάσεως» που αποσκοπούν στην πρωτογενή σύγκλειση του μυϊκού ελλείμματος με ειδικές ραφές. Τα αποτελέσματα τους είναι ικανοποιητικά αλλά λόγω της τάσεως που παρουσιάζεται μετεγχειρητικά στα μυϊκά στρώματα,

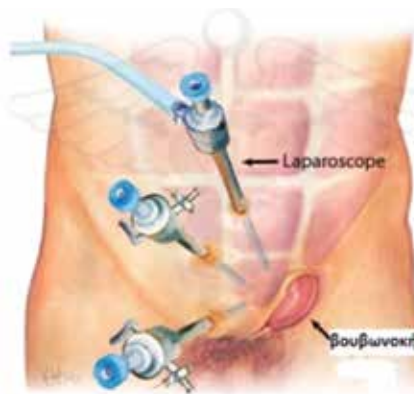
ενοχοποιήθηκαν για πολλές υποτροπές (επανεμφανίσεις) της κήλης στο σημείο της επέμβασης.

Αποκατάσταση με τοποθέτηση συνθετικού πλέγματος

Την τελευταία 20ετία, παρουσιάστηκαν οι χωρίς τάση τεχνικές (tension free), με την εφαρμογή πλέγματος στο σημείο της κήλης, το οποίο καθλώνεται με ραφές ή clips, με αποτέλεσμα την θεαματική μείωση των υποτροπών παγκοσμίως

Αποτελεί σήμερα την πιο διαδεδομένη μέθοδο αποκατάστασης. Η τοποθέτηση του πλέγματος μπορεί να γίνει είτε με ανοικτή προσπέλαση είτε με λαπαροσκοπική.

Στην **ανοικτή προσπέλαση** γίνεται μία τομή στο σημείο που προβάλλει η κήλη μήκους 4- 6 εκατοστών. Ακολουθεί η ανάταξη του περιεχομένου της κήλης (δηλαδή το τμήμα του σπλάγγνου που προβάλλει μέσα στην κήλη επανοτοποθετείται μέσα στην κοιλιά) και το χάσμα από το οποίο έβγαινε καλύπτεται με ένα πλέγμα, που έχει σκοπό την ενίσχυση της «ασθενούς» περιοχής. Το πλέγμα αυτό, εκτός του ότι είναι πολύ ανθεκτικό, θα χρησιμεύσει σαν «ιστός» πάνω στον οποίο θα χτίσει ο οργανισμός μία εσωτερική ουλή, ισχυροποιώντας σημαντικά το κοιλιακό τοίχωμα. Η τάση που επικρατεί σήμερα είναι το πλέγμα να στερεώνεται με 4 – 6 ράμματα έτσι ώστε να μην δημιουργείται τάση στην περιοχή και η μετεγχειρητική ενόχληση που προκαλεί να είναι ελάχιστη. Η

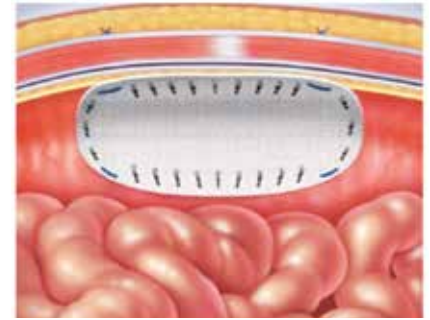


επέμβαση γίνεται με **περιοχική αναισθησία** και ο ασθενής μετά από μερικές ώρες μπορεί να επιστρέψει στο σπίτι του.

Λαπαροσκοπική τοποθέτηση πλέγματος

Πρόκειται για εναλλακτικό τρό-

πο αντιμετώπισης της κήλης που ανήκει στις ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές της χειρουργικής. Γίνονται 3 μικρές τομές μήκους 0,5 – 1 εκατοστού σε τρία διαφορετικά σημεία της κοιλιακής χώρας και από αυτές διέρχονται μία κάμερα και ειδικά εργαλεία προκειμένου να αναταχθεί η κήλη και να τοποθετηθεί το πλέγμα. Έχει ένδειξη κυρίως σε περιπτώσεις υποτροπής (επανεμφάνισης της κήλης σε ήδη χειρουργημένο σημείο), αλλά και όταν εμφανίζεται κήλη και στη δεξιά και στην αριστερή



βουβωνική χώρα. Επίσης η ομφαλοκήλη, η επιγαστρική κήλη και οι περισσότερες μετεγχειρητικές κήλες μπορούν να αντιμετωπισθούν καλύτερα με τη λαπαροσκοπική μέθοδο όπου τοποθετείται ειδικής σύστασης συνθετικό πλέγμα μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα χωρίς να απαιτηθεί νέα τομή. Η επέμβαση πραγματοποιείται με γενική αναισθησία και ο ασθενής εξέρχεται την επόμενη ημέρα. Η επάνοδος στις καθημερινές συνήθειες μπορεί να γίνει σε 2-3 ημέρες.

Μετά το χειρουργείο;

Ο ασθενής συνήθως νοσηλεύεται μόνο την ημέρα του χειρουργείου και την επομένη επιστρέφει στο σπίτι του όπου για 48 ώρες έχει μια περιορισμένη κινητική δραστηριότητα ενώ ανάλογα με τη φύση της εργασίας του καθορίζεται πότε μπορεί να επιστρέψει σ' αυτή. Για ένα διάστημα μερικών ημερών λαμβάνει αναλγητική και αντιβιοτική αγωγή και για 1 μήνα θα πρέπει να αποφεύγει τη βαριά χειρωνακτική εργασία.

Αλέξης Γ. Σταύρου Χειρουργός

M.Sc. στη Χειρουργική Ήπατος-Χοληφόρων-Παγκρέατος



alexioshellas@gmail.com

Σπ. Σπυρίδη 33-39

Βόλος 38221 (2ος όροφος)

τηλ. ιατρείου : 24210 36626

www.alexstavrou.gr