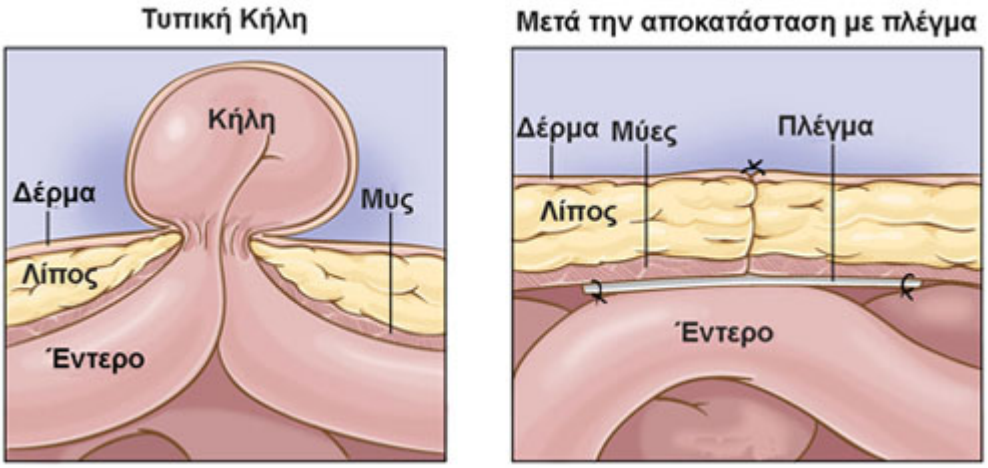
8 Αυγούστου 2014

Κήλη

/ Επιστήμες, Τέχνες & Πολιτισμός



Φωτο:poulakis-urology.com

Οι κήλες του κοιλιακού τοιχώματος αποτελούν ένα από τα συχνότερα προβλήματα που απαιτούν χειρουργική αντιμετώπιση.

Οι κήλες του κοιλιακού τοιχώματος αποτελούν ένα από τα συχνότερα προβλήματα που απαιτούν χειρουργική αντιμετώπιση. Η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία των Η.Π.Α. υπολογίζει ότι περίπου 5 εκατομμύρια άνθρωποι στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν κάποια κήλη.
Καθημερινά οι περισσότεροι από αυτούς αναζητούν θεραπεία. Μια κήλη που δεν αντιμετωπίζεται χειροτερεύει με το χρόνο, μερικές φορές σε σημείο που να χρειάζεται επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Αν υποψιάζεστε ότι έχετε κήλη τότε πρέπει να συμβουλευτείτε χειρουργό, διότι δεν υπάρχει πιθανότητα να αποκατασταθεί από μόνη της.
Η αποκατάσταση της κήλης είναι συνήθως επέμβαση χωρίς προβλήματα, δίνει τέλος στα συνοδά ενοχλήματα και προλαμβάνει περαιτέρω επιπλοκές.
Τι είναι η κήλη;
Γενικά, ως κήλη αναφέρεται η προβολή ενός οργάνου δια μίας ασθενούς περιοχής των μυών ή ιστών που την περιβάλλουν. Συνήθως, η λέξη κήλη αναφέρεται σε αυτή του κοιλιακού τοιχώματος.
Αυτός ο τύπος κήλης συμβαίνει όταν ένα όργανο ή λιπώδης ιστός πιέζει εσωτερικά το κοιλιακό τοίχωμα σε ένα ασθενές σημείο, από το οποίο και τελικά προβάλλει. Η ασθενής περιοχή μπορεί να είναι έτσι εκ γενετής ή να έχει γίνει με την πάροδο της ηλικίας, κάποιο τραυματισμό ή μια προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση.
Η προβολή, που εξελίσσεται σε σημαντικό “φούσκωμα” στην περιοχή, μπορεί να περιέχει επίπλουν, έντερο, ουροδόχο κύστη ή άλλο όργανο. Η κήλη μπορεί να είναι

“ανατάξιμη”, δηλαδή να είναι δυνατή η επαναφορά του περιεχομένου στην κοιλιά, οπότε η κήλη εξαφανίζεται παροδικά, ή να είναι “μη ανατάξιμη”, δηλαδή το περιεχόμενο δεν επανέρχεται στην κοιλιά.

Η ανάταξη της κήλης εξαρτάται από το πόσο πολύ προβάλλει το περιεχόμενο, πόσο στενό είναι το στόμιο εξόδου, τι είναι το περιεχόμενο, πόσο καιρό βρίσκεται εκτός κοιλιάς και πόσο σωστοί είναι οι χειρισμοί ανάταξης. Μια “μη ανατάξιμη” κήλη έχει πιο επείγουσα ένδειξη χειρουργικής αποκατάστασης, λόγω αυξημένου κινδύνου περίσφιξης και νέκρωσης του περιεχομένου.

Η “ανατάξιμη” κήλη έχει μικρότερη πιθανότητα επείγοντος χειρουργείου (χωρίς να σημαίνει ότι αλλαγή των τοπικών συνθηκών δεν την μετατρέπει σε “μη ανατάξιμη” ή “περιεσφιγμένη”) αλλά η χρόνια είσοδος και έξοδος του περιεχομένου δημιουργεί συμφύσεις και δυσκολεύει τη χειρουργική αποκατάσταση.

Ποιος έχει μεγαλύτερο κίνδυνο να κάνει κήλη;

Κήλη μπορεί να αναπτυχθεί στην κυριολεξία σε οποιονδήποτε, από ένα νεογέννητο μέχρι ένα ηλικιωμένο. Οι παρακάτω παράγοντες μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο να αναπτύξει κάποιος κήλη, καταπονώντας το κοιλιακό του τοίχωμα με αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση.

Χρόνιος βήχας, όπως σε καπνιστές. Μόνο η διακοπή του καπνίσματος είναι δυνατόν να αποτρέψει τη δημιουργία ή την επιδείνωση μιας κήλης.

Παχυσαρκία. Το αδυνάτισμα καλό είναι να προηγείται της χειρουργικής αντιμετώπισης της κήλης. Πάντως το πάχος δεν είναι αντένδειξη αποκατάστασης μιας κήλης.

Χρόνια δυσκοιλιότητα ή δυσκολία στην ούρηση. Η δυσκοιλιότητα πρέπει να αντιμετωπίζεται με φυσικά διατροφικά μέσα, όπως άφθονες φυτικές ίνες στα γεύματα, φρούτα, λαχανικά, προιόντα με πολλές φυτικές ίνες για πρωινό και πολύ νερό (τουλάχιστον 10 ποτήρια την ημέρα). Επίσης δυσουρία, κυρίως λόγω προστάτη, πρέπει να αντιμετωπίζεται πρίν ή μετά την κήλη.

Εγκυμοσύνη

Αρση βαρέων αντικειμένων. Αν δεν περιορίσουμε το σήκωμα βαριών αντικειμένων και γενικά τη βαριά δουλειά, η κήλη θα επιδεινώνεται και σε τυχόν απότομη κίνηση μπορεί να περισφιχθεί.

Χρόνιο φτέρνισμα, όπως σε αλλεργικές καταστάσεις χρήζει ιατρικής αντιμετώπισης.

Είναι όλες οι κήλες ίδιες;

Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των κηλών. Εδώ παρατίθενται τα διάφορα είδη κηλών:

Βουβωνοκήλη

Περίπου 2% των ανδρών του πληθυσμού έχει μια βουβωνοκήλη, η οποία και είναι η πιο συνηθισμένη μορφή κήλης. Όταν οι όρχεις κατεβαίνουν στο όσχεο στην

εμβρυική ζωή, περνούν δια του έσω στομίου του βουβωνικού πόρου, σημείο ιδιαίτερα ασθενές και αίτιο κηλών για την υπόλοιπη ζωή.
Εντερικές έλικες μπορεί να προβάλουν δια του έσω στομίου και να φτάσουν μέχρι το όσχεο (“οσχεοβουβωνοκήλη”) στους άνδρες ή μέχρι τα μεγάλα χείλη στις γυναίκες. Αυτές, οι λεγόμενες “λοξές βουβωνοκήλες”, μπορεί να είναι αποτέλεσμα εκ γενετής ή επίκτητης αδυναμίας στο έσω στόμιο (βλ.
διεγχειρητική εικόνα παρακάτω)

Λιγότερο συχνές είναι οι λεγόμενες “ευθείες βουβωνοκήλες” όπου κάποιο ενδοκοιλιακό όργανο προβάλλει από σημείο κοντά στο έσω στόμιο αλλά όχι δια αυτού (βλ. διεγχειρητική εικόνα παρακάτω). Είναι όλες επίκτητες κήλες και συνήθως συμβαίνουν μετά τα 40 χρόνια λόγω εξασθένησης με την ηλικία ή λόγω τραυματισμού.

Επιγαστρική κήλη
Αυτή η μορφή κήλης συμβαίνει ως αποτέλεσμα αδυναμίας των ιστών μεταξύ των μυών στη μεσότητα της άνω κοιλιάς, πάνω από τον ομφαλό.
Οι άνδρες είναι 3 φορές πιο επιρρεπείς από τις γυναίκες, και η πλειοψηφία αφορά άτομα μεταξύ 20 και 50 ετών. (βλ. σχηματική εικόνα παρακάτω)

Ομφαλοκήλη
Μια άλλη εκ φύσεως αδύναμη περιοχή του κοιλιακού τοιχώματος είναι ο ομφαλός, ο οποίος έχει ένα δακτύλιο που φυσιολογικά είναι σχεδόν κλειστός αλλά υπό κάποιες συνθήκες διευρύνεται και διευκολύνεται η έξοδος ενδοκοιλιακών στοιχείων.
Τέτοιες κήλες μπορούν να συμβούν σε μωρά, παιδιά και ενήλικες.
Μηροκήλη
Η μηροκήλη δημιουργείται σε μια αδύναμη περιοχή μεταξύ της κοιλιάς και του μηρού, κάτω από τη βουβωνική περιοχή και εμφανίζεται σαν φούσκωμα στη ρίζα του μηρού. Αυτή η μορφή είναι πιο συχνή σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας.
Μετεγχειρητική κήλη
Είναι κήλη που εμφανίζεται στην περιοχή της τομής προηγηθείσης χειρουργικής επέμβασης. Ενδοκοιλιακά στοιχεία πιέζουν και προβάλλουν από κάποιο αδύναμο σημείο της συρραφείσης τομής.
Μετεγχειρητική κήλη μπορεί να συμβεί μήνες ή και χρόνια μετά από μια επέμβαση.

Ποια είναι τα προειδοποιητικά σημεία;
Η κήλη συνήθως γίνεται αντιληπτή σαν κάτι που φουσκώνει σε κάποιο σημείο του κοιλιακού τοιχώματος ή των μηροβουβωνικών πτυχών ή του οσχέου στους άνδρες.

Αν η κήλη είναι ανατάξιμη, τότε μπορεί να μεγαλώνει όταν το άτομο στέκεται και να μικραίνει όταν ξαπλώνει. Η κήλη είναι δυνατόν να προκαλέσει έντονο ή ήπιο πόνο που επιδεινώνεται όταν σηκώνουμε βάρη, ή αυξάνουμε την ενδοκοιλιακή πίεση με κάποιον τρόπο.
Ενίοτε έχουμε πόνο και με τις κινήσεις του εντέρου.
Στην περίπτωση περιεσφιγμένης κήλης έχουμε έντονο πόνο, πυρετό και αν το περιεχόμενο είναι εντερικές έλικες, τότε έχουμ σημεία απόφραξης του εντέρου, εμέτους, αναστολή αερίων ακόμα και shock. Αν αναγνωρίσετε καποια από τα σημεία αυτά αναζητείστε επειγόντως χειρουργική βοήθεια.
Ακόμα και σε υποψία κήλης, είναι σκόπιμο να επισκεφθείτε προγραμματισμένα έναν χειρουργό ώστε να αποφύγετε δυσάρεστες επιπλοκές. Η κλινική εξέταση από τον χειρουργό καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τη μορφή και το αίτιο της κήλης και παρέχει πληροφορίες για ανάγκη άμεσης ή απώτερης χειρουργικής αποκατάστασης.
Πως αντιμετωπίζονται οι κήλες;
Οι επιλογές αντιμετώπισης σήμερα είναι σαφώς περισσότερες και αποτελεσματικότερες ακόμα και από το πρόσφατο παρελθόν.
Η χειρουργική είναι η μόνη ενδεδειγμένη αντιμετώπιση της κήλης, γιατί με καμιά άλλη μέθοδο δεν μπορεί να αποκατασταθεί το χάσμα από το οποίο προβάλλει η κήλη.
Όπως σε κάθε χειρουργική επέμβαση υπάρχουν κίνδυνοι, οι οποίοι πρέπει να σταθμίζονται σε μια συζήτηση ασθενούς-χειρουργού και να λαμβάνεται η σωστή απόφαση. Η επιτυχής χειρουργική επέμβαση θα δώσει τέλος στις ενοχλήσεις από την κήλη και θα αποτρέψει την επιδείνωση αυτής ή τυχόν επιπλοκές.
Αποφύγετε τη χρόνια χρήση κηλεπιδέσμου, της γνωστής ζώνης!!! Δεν διορθώνει την κήλη, παρά μόνο χειροτερεύει τις συνθήκες του χειρουργείου και μετατρέπει συχνά μια κήλη από “ανατάξιμη” σε “μη ανατάξιμη”, λόγω των συμφύσεων που δημιουργεί.
Χρησιμοποιείστε ζώνη μόνο για μικρό χρονικό διάστημα.
Κλασσική χειρουργική αντιμετώπιση
Υπο τοπική, περιοχική ή γενική αναισθησία γίνεται μικρή τομή από όπου συρράπτεται και ενισχύεται το ασθενές σημείο δημιουργίας της κήλης χρησιμοποιώντας τους ίδιους τους ιστούς του ασθενούς. Η παραμονή στο νοσοκομείο είναι δύο με τρείς μέρες.
Χειρουργική αντιμετώπιση με πλέγμα
Ακολουθείται σχεδόν η ίδια διαδικασία με την κλασσική αποκατάσταση με τη διαφορά ότι για την ενίσχυση του κοιλιακού τοιχώματος χρησιμοποιείται συνθετικό πλέγμα άριστα ανεκτό από τον οργανισμό. Αυτό προτιμάται, συνήθως, σήμερα, διότι μειώνει πολύ την πιθανότητα υποτροπής και δημιουργεί τοίχωμα καλύτερο από αυτό που έχει ο πάσχων. Η παραμονή στο νοσοκομείο είναι μια μέρα.

Λαπαροσκοπική χειρουργική αντιμετώπιση
Η πιο τελευταία μέθοδος αντιμετώπισης της κήλης με τη χρήση δύο τρυπών και οπτικού συστήματος που επιτρέπει την τοποθέτηση πλέγματος από την εσωτερική μεριά του κοιλιακού τοιχώματος (βλ. σκίτσο της χειρουργικής αίθουσας παρακάτω). Εχει άριστη ένδειξη σε όλες σχεδόν τις κήλες, αλλά κυρίως σε υποτροπές και αμφοτερόπλευρες κήλες. Η χρήση της μεθόδου θα πρέπει να συζητείται με το χειρουργό. Την επομένη του χειρουργείου επιστρέφει ο ασθενής στο σπίτι.

Η όλη διαδικασία χειρουργικής αποκατάστασης της κήλης είναι σχεδόν ανώδυνη, ενώ τα μετεγχειρητικά ενοχλήματα από την τομή κρατάνε τρείς έως τέσσερεις ημέρες και αντιμετωπίζονται με απλά παυσίπονα από το στόμα.
Πότε γυρίζει κανείς στη δουλειά του μετά το χειρουργείο;
Μετά το χειρουγείο χρειάζεται περίπου μία εβδομάδα ανάπαυσης στο σπίτι χωρίς έντονη εργασία, αλλά κανονική κινητικότητα.
Κατόπιν, αν ο ασθενής το επιθυμεί, επιστρέφει στη δουλειά του κανονικά χωρίς να σηκώνει βάρη ή να κάνει βαριά εργασία. Ελαφρά βάρη και γυμναστική είναι δεκτά μετά τους τρείς μήνες, ενώ σε έξι μήνες έχουμε κοιλιακό τοίχωμα καλύτερο από ό,τι πριν την επέμβαση.

Γράφει: Παππής Χαρίλαος Γενικός Χειρουργός

Πηγή: iatronet.gr