

ΚΗΛΕΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ

Οι κήλες του κοιλιακού τοιχώματος είναι η πιο συχνή χειρουργική πάθηση. Η κήλη είναι ένα χάσμα (τρύπα) στο κοιλιακό τοίχωμα. Η βουβωνοκήλη αντιπροσωπεύει το 70% των κηλών (στατιστικά το 25% των ανδρών και 2% των γυναικών θα αναπτύξει κήλη).

Εκτός της βουβωνοκήλης ιδιαίτερη μνεία χρήζουν οι μετεγχειρητικές κήλες (κήλες μετά από ανοικτή επέμβαση στην κοιλιακή χώρα) που εμφανίζονται σε ποσοστό έως 23% στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε άσηπτη ανοιχτή χειρουργική επέμβαση και αυξάνεται σε 69% σε επιμολυσμένες επεμβάσεις.

Εντός 6 μηνών από το χρόνο της χειρουργικής επέμβασης το 50% των μετεγχειρητικών κηλών καθίσταται εμφανής ενώ σχεδόν όλες εμφανίζονται στη διαιτία.

Τα τελευταία χρόνια η αντιμετώπιση των κηλών έχει αλλάξει σημαντικά. Οι σύγχρονες επεμβάσεις αποκατάστασης κηλών περιλαμβάνουν ελάχιστες επεμβατικές τεχνικές και χρήση νεότερων υλικών πλέγματος για ελαχιστοποίηση επιπλοκών. Ενώ οι υποτροπές σε αποκατάσταση των μετεγχειρητικών κηλών με τις κλασσικές τεχνικές ανέρχονται έως 46%, με τις σύγχρονες τεχνικές οι υποτροπές μειώνονται κάτω από 5%.

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούμε και η επιλογή των ασθενών βασίζονται στις οδηγίες της ευρωπαϊκής εταιρείας κήλης (European hernia Society).

Η αποκατάσταση της βουβωνοκήλης και μηροκήλης στην κλινική μας γίνεται ως επί το πλείστον λαπαροσκοπικά. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούμε είναι η TAPP και η τεχνική eTEP. Επίσης οι ομφαλοκήλες αντιμετωπίζονται λαπαροσκοπικά με την τεχνική της IPOM PLUS.

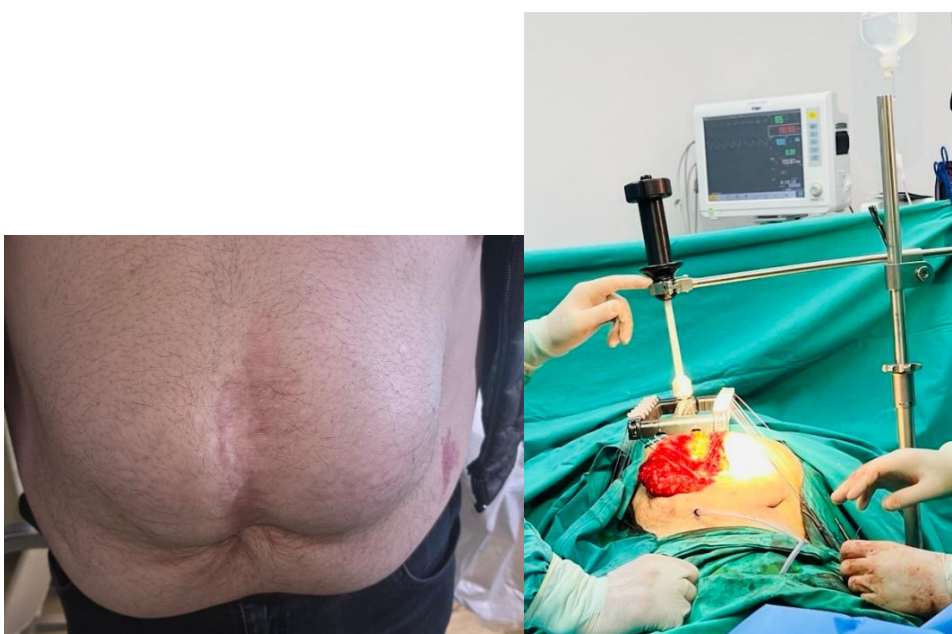
Όσον αφορά τις μεγάλες κήλες του κοιλιακού τοιχώματος (μεγάλες τρύπες πάνω από 10 εκατοστά), καθώς και τις κήλες μετά από επέμβαση στην κοιλιά η παραδοσιακή πρακτική δεν λύνει το πρόβλημα διότι με τις κλασσικές τεχνικές «είναι δύσκολο έως αδύνατο να επιτύχουμε το κλείσιμο». Πρακτικά, η τοποθέτηση πλέγματος μέσα στην κοιλιά δημιουργεί επιπλοκές λόγω συμφύσεων. Επιπλέον, υπάρχουν πολλές κλινικές μελέτες που αποδεικνύουν ότι η μη σύγκλειση του χάσματος - μικρού ή μεγάλου - του κοιλιακού τοιχώματος, συνοδεύεται από υψηλά

ποσοστά επανεμφάνισης (υποτροπής) της κήλης, περισσότερες και σοβαρότερες επιπλοκές και μη σωστή λειτουργικότητα των κοιλιακών τοιχωμάτων.

Η τεχνική του οπίσθιου διαχωρισμού των κοιλιακών τοιχωμάτων με διατομή του εγκάρσιου κοιλιακού μυός (τεχνική TAR), που εφαρμόζεται στην κλινική μας, αποτελεί τη μοναδική λύση του χειρουργού να αποκαταστήσει το έλλειμμα του κοιλιακού τοιχώματος. Θεωρείται η καλύτερη τεχνική που δίνει οριστική λύση σε ασθενείς με μεγάλες, υποτροπιάζουσες και γενικά σύνθετες κήλες του κοιλιακού τοιχώματος. Ειδικά σε εκτεταμένες και σύνθετες πρωτοπαθείς κήλες του κοιλιακού τοιχώματος καθώς και μετεγχειρητικές κήλες με χάσμα >15 cm χρησιμοποιείται η τεχνική fasciotens Hernia.

Με βάση αυτές τις τεχνικές η θεραπευτική προσέγγιση του κάθε ασθενούς είναι εξατομικευμένη για το πρόβλημά του. Και αυτό γιατί δεν αντιμετωπίζουμε την κήλη αλλά τον ασθενή που πάσχει από κήλη. Λαμβάνουμε υπόψη όλα τα επιμέρους προβλήματα του ασθενούς για να προσαρμόσουμε την κάθε τεχνική στον ασθενή μας. Αυτό σημαίνει ότι είναι σημαντική η σωστή προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς για να μπει με τις καλύτερες δυνατές συνθήκες στο χειρουργείο, η σωστή τεχνική που πρέπει να εφαρμοστεί για τον συγκεκριμένο ασθενή και να εφαρμοστεί σωστά και η σωστή μετεγχειρητική παρακολούθηση του ασθενούς. Η απόφαση της τεχνικής αντιμετώπισης της κήλης λαμβάνεται από κοινού με τον ασθενή με κύριο κριτήριο την ασφάλειά του.

Ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας



Συσκευή Fasciotens για κοιλιόκηλες >15cm.