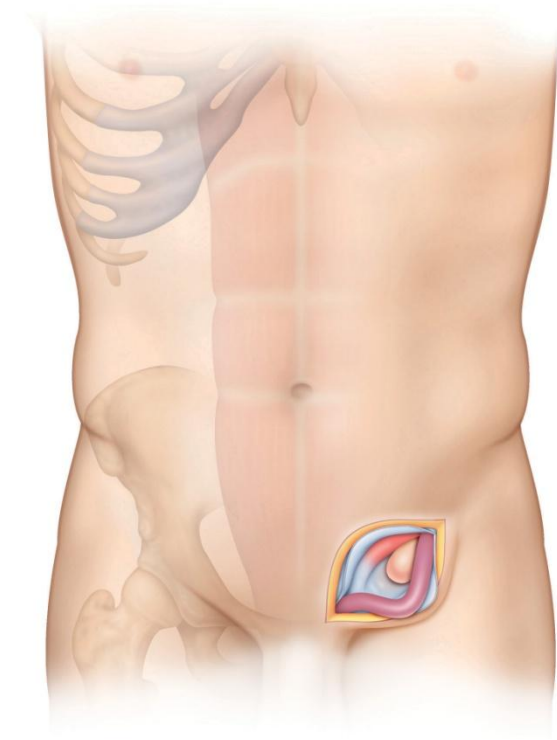


Patienteninformation Operation bei Leistenbruch

Was ist ein Leistenbruch (Fachbegriff: Leistenhernie)?

Als Leiste bezeichnet der Chirurg die Bauchwand oberhalb der Leistenbeuge. Es gibt dort eine dreieckförmige Region, in der die Muskulatur ohnehin dünn ausgeprägt ist, und in der sie manchmal so sehr nachgibt, dass eine regelrechte Lücke entsteht und Bauchinhalt nach außen drängt. Das kann beim Husten oder Pressen geschehen, oder in fortgeschrittenem Stadium auch dauerhaft spontan. In diesem Fall besteht dann eine fühl- und sichtbare Vorwölbung. Über 90% der Patienten mit



Leistenbruch sind Männer. Der Grund liegt darin, dass beim Mann grundsätzlich eine Lücke in der Muskulatur der Leistenregion besteht. Durch diese Lücke treten die sogenannten Samenstranggebilde von innen im Bauchraum nach außen Richtung Hodensack, sozusagen die Versorgungsleitung zum Hoden. Eine leichte Aufweitung dieser Öffnung in den Muskelschichten kann ausreichen, damit neben dem Samenstrang noch weiteres Gewebe von innen nach außen hindurchtreten kann. Wegen der in dieser Hinsicht einfacheren und sichereren Anatomie sind Leistenbrüche bei Frauen deutlich seltener als bei Männern. Auf der Grafik ist dargestellt, wie die rot-weiße Muskelschicht knapp oberhalb der Leistenbeuge endet. Neben dem Samenstrang, der oben außen aus dem

Bauchraum nach vorne austritt, zeigt sich in gelb gezeichnet der sogenannte Bruchsack, in dem im ungünstigen Fall auch Darmorgane eingeklemmt sein könnten.

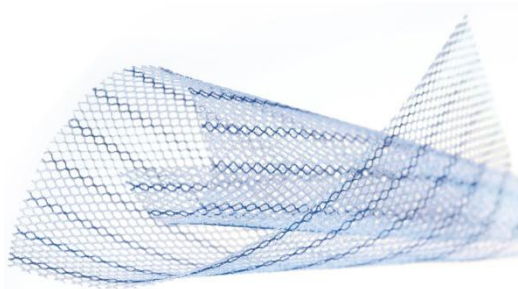
Welche Operationstechniken kennt man beim Leistenbruch?

Schon in den letzten Jahren des 19. Jahrhunderts publizierte der Italiener Bassini eine Operationstechnik, die später nach ihm benannt wurde. Über einen Hautschnitt wurden die Muskelschichten in der Leiste aufgesucht. Von der defekten Stelle aus wurden alle Schichten einmal komplett quer durchgeschnitten und später mit Nähten wieder zusammengerafft. Fast 100 Jahre lang blieb diese Technik die erste Wahl in der Versorgung von Leistenbrüchen. In Deutschland wie in weiten Teilen auch der restlichen Welt wurde die Bassini-Technik von der Shouldice-Technik abgelöst. Diese in Kanada entwickelte Technik funktioniert ähnlich, nur dass die Nähte etwas anders gesetzt

Die Inhalte dieser Patienteninformation werden für den privaten Gebrauch bereitgestellt. Jegliche anderweitige Nutzung oder Weiterveröffentlichung ist ohne Zustimmung der Autoren untersagt.

© Orthopädisch-rheumatologische und chirurgisch-unfallchirurgische Gemeinschaftspraxis Elmshorn.
Dr. Hansens, Dr. Herzog, Dr. Schwarke, Dr. Wolf, Dr. Grobe, Dr. Hilgert

werden. Für die Shouldice-Technik wurden geringere Rückfallquoten registriert als nach der Bassini-Methode. Letztlich zeigt sich aber bei wissenschaftlicher Nachuntersuchung, dass all die Techniken, bei denen das nachgegebene Gewebe durch raffende Nähte verstärkt werden soll, in bis zu über 10% der Fälle versagen. Deswegen hat es sich inzwischen international durchgesetzt, dass die allermeisten Formen von Leistenbrüchen mit einem Kunststoffnetz dauerhaft verstärkt werden. Verwendet wird in erster Linie Polypropylen als Netzmaterial. Die Netze sind weich, verformbar, wandern nicht im Körper und verändern ihre Struktur auch nach Jahren im Körper nur minimal. Aus heutiger Sicht kommt es nach korrekt durchgeführter Netzeinbringung kaum jemals zu einem erneuten



Bruch, die sogenannte Rezidivrate liegt knapp über Null Prozent. Die European Hernia Society als europäische Vereinigung von spezialisierten Hernienchirurgen gibt als Empfehlung für fast alle Fälle von Leistenbrüchen (außer bei Kindern und Säuglingen) die Einbringung eines Kunststoffnetzes heraus.

Es gibt zwei Möglichkeiten, die Netze an ihren Einsatzort zu bringen:

1. Durch den normalen operativen Zugang durch die Haut (von vorne)
2. Über eine Bauchspiegelung (von hinten/innen)

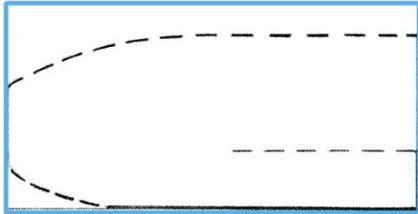
Die meisten Chirurgen, die Netze einbringen, bevorzugen den Zugang von außen, da er einfacher ist und von vornherein nicht das Risiko birgt, im Inneren des Bauches durch die operativen Handgriffe Bauchorgane zu verletzen. Die Möglichkeit über eine Bauchspiegelung (laparoskopische Operation) wird insbesondere dann genutzt, wenn nach Voroperationen von außen Probleme beim operativen Zugang erwartet werden oder wenn der Blick in den Bauch sinnvoll ist, um andere Ursachen für die Beschwerden des Patienten abzuklären. Für die meisten Patienten trifft das nicht zu. Als Vorteile der laparoskopischen Technik werden immer wieder die geringeren Schmerzen direkt nach der Operation genannt, während die Langzeitergebnisse sich nicht stark unterscheiden sollen. Den größeren Komfort in der Frühphase können wir aus eigener Erfahrung nicht bestätigen. Wir selbst operieren in der Regel nach der klassischen Methode von außen, behandeln allerdings auch Patienten nach, die anderenorts laparoskopisch versorgt wurden. Den laparoskopisch operierten Patienten geht es nach unseren Erfahrungen auch in den ersten Tagen nicht viel anders als den konventionell operierten. Dazu sollte noch erwähnt werden, dass die Operation in klassischer Technik in der Regel ambulant erfolgt, während laparoskopisch operierte Patienten in der Regel aus Vorsichtsgründen kurzstationär operiert werden.

Die Inhalte dieser Patienteninformation werden für den privaten Gebrauch bereitgestellt. Jegliche anderweitige Nutzung oder Weiterveröffentlichung ist ohne Zustimmung der Autoren untersagt.

© Orthopädisch-rheumatologische und chirurgisch-unfallchirurgische Gemeinschaftspraxis Elmshorn.
Dr. Hansens, Dr. Herzog, Dr. Schwarke, Dr. Wolf, Dr. Grobe, Dr. Hilgert

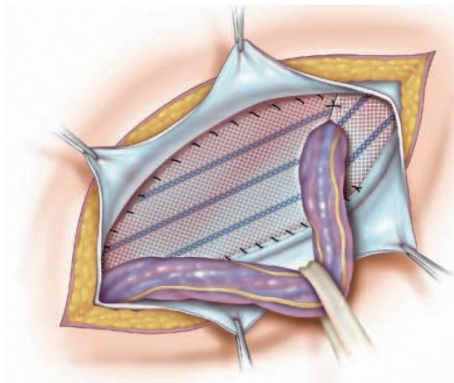
Wie funktioniert die Operation?

Die geläufigste Technik, bei der ein Netz implantiert ist, wird als Lichtenstein-Technik bezeichnet. Der Zugang erfolgt durch die Haut bis auf die Bauchmuskulaturebenen. Die Bruchlücke wird aufgesucht,

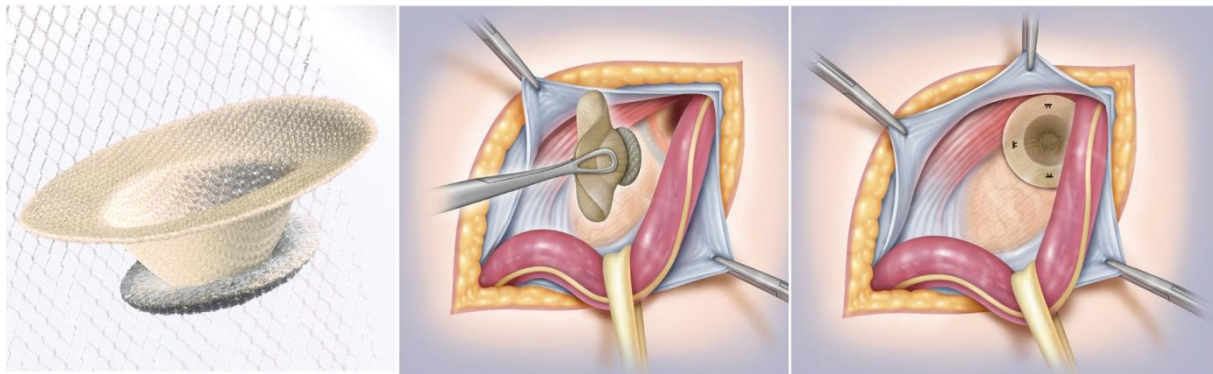


man kontrolliert, ob Gewebe eingeklemmt ist, das befreit werden muß. Dann wird der Verschluss mittels Netz vorbereitet. Dazu wird das Netz zunächst in Form und Größe an die Anatomie angepaßt und zurechtgeschnitten. Da beim Mann der Durchtritt des Samenstranges durch die Muskelschichten erhalten werden muß, wird das Netz an

einer Seite eingeschnitten. Mit diesem Schlitz wird das Netz um den Samenstrang gelegt, danach wird der Schlitz mit Nähten soweit wieder verschlossen, dass genau noch der Samenstrang hindurchpaßt. Anschließend werden auch die darüberliegenden Schichten Schritt für Schritt wieder zugenäht, zum Abschluß erfolgen Hautnaht und steriler Verband. So ist sichergestellt, dass die gesamte Leistenregion stabilisiert ist.



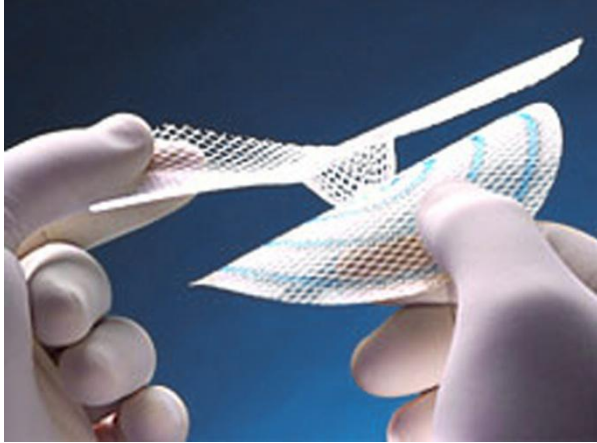
Es gibt auch andere Arten von Netzkonstruktionen. Eine geläufige Technik nennt sich Plug-Technik. Das englische Wort plug bedeutet Stöpsel. Bei dieser Technik wird eine relativ kleine Netzkonstruktion benutzt, die genau den Defekt in der Bauchwand wie ein Stöpsel schließen soll. In den Zeiten vor der Netzimplantation kam es gar nicht selten vor, dass nach früherer Operation ein erneuter Bruch an der bereits operierten Leiste auftrat, allerdings einige Zentimeter entfernt. Weder vom operativen Aufwand her, noch vom finanziellen Gesichtspunkt hat die Plug-Operation Vorteile. Daher ist der Plug nach unserer Meinung keine sinnvolle Alternative zum klassischen Netz.



Die Inhalte dieser Patienteninformation werden für den privaten Gebrauch bereitgestellt. Jegliche anderweitige Nutzung oder Weiterveröffentlichung ist ohne Zustimmung der Autoren untersagt.

© Orthopädisch-rheumatologische und chirurgisch-unfallchirurgische Gemeinschaftspraxis Elmshorn.
Dr. Hansens, Dr. Herzog, Dr. Schwarke, Dr. Wolf, Dr. Grobe, Dr. Hilgert

Eine andere recht neue Konstruktion wird als 3D-Netz angeboten. Die Befürworter versprechen sich eine noch bessere Stabilisierung. Bei dieser Technik wird gewissermaßen ein inneres Netz hinter der



Muskulatur eingebracht, ein weiteres Netz liegt vor der Muskulatur. Beide Netze haben an einer Stelle eine schmale Verbindung, die genau in der Lücke liegt. Wir sehen keine Vorteile zum normalen einschichtigen Netz, da sich auch mit diesem ein sicherer Verschluss bewerkstelligen läßt. Auch wenn in Fachkreisen keine Fälle bekannt sind, dass derartige 3D-Systeme aus irgendwelchen Gründen wieder entfernt werden mußten, so stellen wir uns doch vor,

dass die Entfernung eines eingewachsenen und vernarbten Netzes aus verschiedenen Schichten der Bauchwand deutlich schwieriger und gefährlicher sein könnte als bei einem normalen Netz neuester Generation.

Narkose oder örtliche Betäubung?

Leistenbrüche werden normalerweise in Narkose operiert, sind aber grundsätzlich ambulant möglich. Wenn ein Patient also vom allgemeinen Gesundheitszustand für einen ambulanten Eingriff geeignet ist und auch die Versorgung zu Hause sichergestellt ist, kann er ca. 2 Stunden nach Operationsende wieder nach Hause.

Wie ist die Nachbehandlung?

Regelmäßige Wundkontrollen erfolgen wie nach jeder chirurgischen Operation. Die Hautfäden werden nach 10-12 Tagen entfernt. Körperliche Anstrengungen und Sport sollten anfangs vermieden werden, um nicht eine Wundheilungsstörung zu provozieren. Ansonsten darf der Patient die Bauchdecken schmerzabhängig auch schon frühzeitig belasten. Bei Patienten, die beruflich nicht stark körperlich belastet sind, kann mit einer Krankschreibung von 2-3 Wochen gerechnet werden, bei schwerer körperlicher Arbeit auch bis etwa 4 Wochen.

Welche Komplikationen gibt es?

Es gibt **allgemeine Operationsrisiken**, über die aufgeklärt wird, weil sie grundsätzlich nach jeder Operation drohen:

- Nachblutungen, Blutergußbildung und Wundinfektion (Häufigkeit 1-2%)
- Verletzungen von Nachbarstrukturen wie Nerven, Blutgefäßen, Bauchorganen (äußerst selten)
- Thrombose mit der Gefahr der Lungenembolie. Diese Komplikation wird vor allem bei Patienten beobachtet, die bettlägerig oder zumindest erheblich in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt sind. In der ambulanten Chirurgie werden Thrombosen zum Glück seltener beobachtet als bei stationären Operationen. Der Hauptgrund ist, dass ambulant operierte Patienten zwangsläufig weniger liegen und beweglicher und aktiver sind.

Dann gibt es bei jeder Operation **spezielle Risiken**, die mit der Art der Operation zusammenhängen oder mit der Stelle des Körpers, an der operiert wird.

- Das ist bei Bruchoperationen vor allem die Frage nach dem erneut auftretenden Bruch. Weiter oben wurde bereits erklärt, dass die Netzoperationen ein geringes Rückfallrisiko haben. Bei korrekter Positionierung des Netzes geht die Rückfallquote gegen null.
- Wird der Durchtritt für den Samenstrang zu eng genäht oder kommt es im Heilungsverlauf zu unerwartet starken narbigen Verwachsungen, kann der Samenstrang eingeeengt werden. Hodenschwellung und im Extremfall eine Durchblutungsstörung des Hodens bis zur Funktionsuntüchtigkeit des Hodens drohen.

Wie sind die Erfolgsaussichten der Behandlung?

Patienten mit operierten Leistenbrüchen sind in der Regel schon frühzeitig wieder normal belastbar, Schmerzen sind nach Abschluß der Heilung nicht zu erwarten.