

Leisten- und Bauchwandhernien

Bei einem Leisten- oder auch Bauchwandbruch (=Hernie) kommt es häufig zu einer Verlagerung von Eingeweiden, wie beispielsweise des Darms, aus der Bauchhöhle nach außen vor die Bauchwand. Dies kann durch eine angeborene oder eine erworbene Lücke der Bauchdecke entstehen. Dabei wölbt sich der innerste und dünnste Bauchwandanteil, das Bauchfell (Peritoneum) als Bruchsack durch die Bruchpforte in das Unterhautfettgewebe unter die Haut oder bei größeren Leistenbrüchen auch bis in den Hodensack vor.

Hernien können angeboren oder durch eine (mit dem Alter zunehmende) Schwäche der Bauchwand erworben sein. Das ständige Heben schwerer Lasten, chronischer Husten, Bauchwasser (Aszites) oder frühere Schwangerschaften (Druckerhöhungen in der Bauchhöhle) können zum Auftreten eines Bruchs beitragen. Meistens wird keine spezifische Ursache für das Auftreten eines Bruchs gefunden. In der Regel entsteht ein Bruch an bekannten anatomischen Schwachstellen in der Bauchdecke. Am häufigsten ist der Leistenbruch (= Inguinalhernie). Diese Bruchform macht etwa 80% aller Hernien aus. In Deutschland werden rund 220.000 Patienten pro Jahr an einem Leistenbruch operiert. Weniger häufig sind der Nabelbruch (= Umbilikalhernie), der Schenkelbruch (= Femoralhernie) und Narbenbrüche im Bereich früherer Operationszugänge in die Bauchhöhle.

Bruchformen:

1. Leistenbruch

Dieser Bruch betrifft sowohl Frauen als auch Männer, jedoch sind Männer weitaus häufiger betroffen. Der Leistenbruch stellt den häufigsten Bruch dar und kommt bei etwa 2-3% der Bevölkerung vor. Die Leistenregion ist eine Schwachstelle der Bauchdecke, da beim Mann der Samenstrang durch die Bauchdecke nach außen tritt und von dort aus zum Hoden zieht. Auch bei der Frau stellt dies eine Schwachstelle dar, denn das Aufhängeband der Gebärmutter zieht aus der Bauchhöhle durch die Bauchdecke nach außen. Diesem natürlichen Weg kann der Inhalt der Bauchhöhle mit Bauchfell, Darm oder Fettschürze insbesondere dann folgen, wenn es zur Ausdünnung und Schwäche der tragenden Bauchdeckenschichten kommt. Die Mehrzahl der Leistenbrüche sind angeboren und nur wenige erworben. Diese Bruchform kann sich bemerkbar machen durch ziehende Schmerzen oder auch eine intermittierende sowie bei größeren Brüchen auch persistierende Vorwölbung in der Leiste. Liegt man flach im Bett, kann die Vorwölbung verschwinden oder sie lässt sich von Hand zurückschieben. Bei körperlicher Tätigkeit, Belastung und Sport aber auch bereits bei Husten oder Pressen tritt sie jedoch wieder nach außen. Der Leistenbruch hat eine Tendenz im Laufe der Zeit an Größe zuzunehmen. Gefährlich wird es dann, wenn der Bruch nicht mehr zurückgeschoben werden kann oder plötzlich dauerhaft sehr schmerzhaft wird. In diesem Fall kann eine Einklemmungssituation vorliegen, bei der das eingeklemmte Organ oder Gewebe (häufig Darmanteile) durch Minderdurchblutung dauerhaft geschädigt werden kann. In derartigen Situationen sollte umgehend ein Chirurg aufgesucht werden.

Leisten- und Bauchwandhernien

2. Schenkelbruch

Dieser Bruch kommt häufiger bei Frauen vor, ist aber insgesamt seltener als ein Leistenbruch. Es besteht häufig eine Vorwölbung im unteren Leistenbereich in Richtung Oberschenkelinnenseite. Diese Form des Bruchs neigt nicht selten zur Brucheinklemmung. Ein Schenkelbruch sollte aus diesem Grund frühzeitig operiert werden.

3. Epigastrischer Bruch

Dieser Bruch wird durch eine Bauchwandschwäche im Oberbauch zwischen der geraden Bauchmuskulatur hervorgerufen. Ein epigastrischer Bruch tritt zumeist in der Mittellinie zwischen Brustbein und Nabel mit nicht selten nur kleiner, schmerzhafter Vorwölbung auf. Häufig sind Patienten im mittleren Lebensalter betroffen.

4. Nabelbruch

Dieser Bruch zeigt sich direkt am oder im Bereich des Bauchnabels. Sehr häufig findet er sich im Kindesalter. Im Erwachsenenalter tritt der Nabelbruch vor allem bei Frauen auf, die Kinder geboren haben.

5. Narbenbruch

Ein Narbenbruch ist eine Bruchform, die im Bereich eines ehemaligen operativen Zugangsweges zur Bauchhöhle auftritt. Eine Operationsnarbe am Bauch stellt eine Schwächung der Bauchwand und deren Wandschichten dar. Daher können gerade im Narbenareal der Bauchwand bei nicht stabiler Ausheilung Bruchlücken entstehen. Die Größe von Narbenbrüchen variiert erheblich, kann jedoch auch größere und monströse Ausmaße annehmen.

Risikofaktoren für die Entstehung von Brüchen:

- Erhöhter Innendruck des Bauchraumes durch chronische Verstopfung
- Gewichtszunahme / Adipositas
- Chronischer Husten
- Prostatavergrößerungen
- Schwangerschaften
- Wiederholtes Heben schwerer Lasten
- Erhöhtes Lebensalter mit Abnahme der Bindegewebsfestigkeit
- Aszites / Bauchwasser
- Operationsnarben

Verhalten bei Vorliegen eines Leisten- oder Bauchwandbruchs:

Ein Bruch ohne wesentliche Schmerzen oder Beschwerden, der einfach zurückgeschoben (reponiert) werden kann, stellt keine unmittelbare Gefährdung für den Patienten dar. Brüche heilen jedoch nie von selbst und nehmen mit der Zeit meist an Größe zu, was oft mit einer Zunahme an Schmerzen einhergeht. In selteneren Fällen kann es dazu kommen, dass der Inhalt des Bruchs (beispielsweise der Darm) stranguliert und somit die Blutzufuhr unterbrochen wird. Dies führt zu einer

Leisten- und Bauchwandhernien

akuten Minderdurchblutung des strangulierten Gewebes. Wird diese Einklemmungssituation nicht zeitnah aufgehoben, so tritt ein nicht reversibler Schaden des eingeklemmten Organs (häufig Darm) auf. Neben einem potentiellen Darmverschluss kann es im Endzustand auch zu einer lebensbedrohlichen Bauchfellentzündung kommen. Daher sollten Patienten, die die o.g. Symptome einer Einklemmung aufweisen umgehend einem Chirurgen vorgestellt werden. In diesen Fällen ist eine notfallmäßige Operation indiziert.

Bei allen anderen Bruchsituationen ist, insbesondere bei Vorliegen von Beschwerden, eine geplante, d.h. elektive Operation anzuraten.



Abb. 1: Ausgedünnte Bauchwand mit peritonealem Bruchsack u. Dünndarmprolaps

Operationstechniken:

Die operative Versorgung von Leisten-, Schenkel-, Nabel- und Bauchwandhernien kann mit und ohne Fremdmaterial erfolgen. Wurden in früheren Zeiten vorwiegend noch körpereigenes Gewebe und Nähte zur Bruchversorgung verwendet, so hat sich in der heutigen Zeit bei erwachsenen Menschen eine klare Tendenz und Empfehlung zur Implantation und Stärkung der Leisten- und Bauchwandschichten mittels Kunststoffnetzen (z.B. Polypropylen) ergeben. Hintergrund dieser Entwicklung ist, dass die Ausbildung eines erneuten Leisten- oder Bauchwandbruchs nach bereits erfolgter operativer Versorgung mit einem Kunststoffnetz deutlich seltener auftritt als ohne Netz. Gerade Menschen, die körperlich vermehrten sportlichen oder auch beruflichen Belastungen regelmäßig ausgesetzt sind, profitieren von einer operativen netzverstärkten Leisten- und Bauchwandhernienversorgung.

Bei der operativen Versorgung von Leisten- und Schenkelhernien besteht neben den offenen Operationstechniken über einen Leistenschnitt, z.B. Shouldice Operation (Fasziendoppelung durch Naht) oder Lichtenstein-Operation (Netzverstärkung der Leistenregion), die Möglichkeit einer minimal invasiven Versorgung, auch als Schlüssellochtechnik bezeichnet. Bei den minimal invasiven Operationstechniken, die zunehmend auch aufgrund des nervenschonenderen Vorgehens, der geringeren Traumatisierung und Schmerzentwicklung sowie der rascheren Mobilisation und beruflichen Reintegration angewendet werden, wird zwischen einem transabdominellen (TAPP: transabdominelle Patch – Plastik), d.h. operative

Leisten- und Bauchwandhernien

Versorgung der Leiste durch die Bauchhöhle, und einem total extraperitonealem Vorgehen (TEP: total extraperitoneale Patch Plastik), d.h. operative Versorgung der Leiste durch die Bauchdeckenschichten außerhalb des Bauchraums mit Netzversorgung unterschieden. Die Effektivität beider minimal invasiver Operationstechniken zur Versorgung der Leisten- und Schenkelhernien unterscheidet sich nicht.

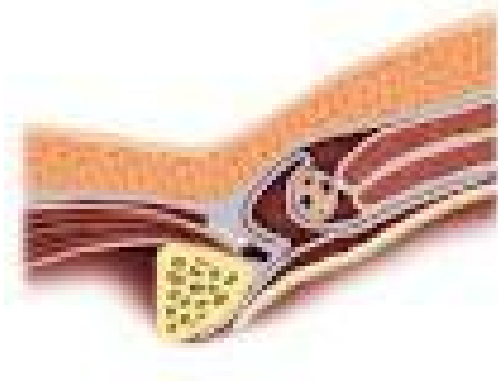


Abb. 2 a: TAPP Technik

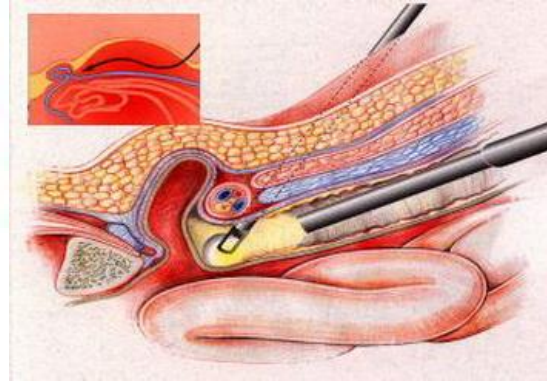


Abb. 2 b: TEP - Technik

Die operative Versorgung von Narben- und Bauchwandhernien kann insbesondere bei großen Formen deutlich anspruchsvoller sein als die operative Therapie von Leisten- und Schenkelhernien. Auch hier gilt, dass bei Bruchpforten größer als 2 bis 3 cm vorwiegend eine operative Stabilisierung der Bauchwand und ein Bruchpfortenverschluss mit Kunststoffnetz aufgrund der deutlich höheren Stabilität erfolgt. Bei größeren oder gar monströsen Bauchwandbrüchen wird in aller Regel eine offene operative Therapie mit Freilegung und Abtragung des Bruchsackes sowie Netzverstärkung der Bauchwand durchgeführt. Dabei können auch durch die permanente Überdehnung der Haut hervorgerufene überschüssige Hautanteile entfernt und angepasst werden. Bei der offenen operativen Therapie der Bauchwandhernien mit Netz wird in Abhängigkeit der Platzierung des Netzes in der Bauchdeckenschicht zwischen einer sublay-, inlay- und onlay Technik unterschieden. Das favorisierte Operationsverfahren stellt bei offenen Bauchwandhernien - Operationen die sublay – Technik dar. Entscheidender Vorteil aus biomechanischer Sicht ist die Mesh-Positionierung hinter der Bauchmuskulatur in Sublay-Technik und vor dem Bauchfell, sodass im Zusammenspiel mit der verschlossenen vorderen Rektusscheide (Hüllschicht der geraden Bauchwandmuskulatur) als Widerlager der intraabdominale Druck das Netz in idealer Position fixiert. Bauchdeckendefekte, die keinen primären Verschluss des Fasziendefektes erlauben, können durch ein überbrückendes Verfahren mit einer Netzplastik („Bridging“) als Bauchwandersatz versorgt werden.

Neben den offenen Operationstechniken zur Versorgung von Bauchwand- und Narbenbrüchen besteht insbesondere bei kleineren und mittelgroßen Bruchpforten auch die Möglichkeit eines minimal invasiven Vorgehens. Bei diesem Vorgehen wird der Bauchraum mit Kohlendioxid aufgefüllt, sodass sich die Bauchdecke von den Bauchorganen abhebt. Es wird dann über kleinste Zugänge die Bruchpforte durch

Leisten- und Bauchwandhernien

die Bauchhöhle freipräpariert und von innen ein beschichtetes Kunststoffnetz mit ausreichender Überlappung zu den Bruchfortenrändern an die Bauchfell- und tragende Bauchdeckenwand (Faszie) fixiert. Dieses minimal invasive Operationsverfahren wird aufgrund der Netzplatzierung von innen durch die Bauchhöhle als „intraperitoneales Onlay Mesh“ (IPOM) bezeichnet.

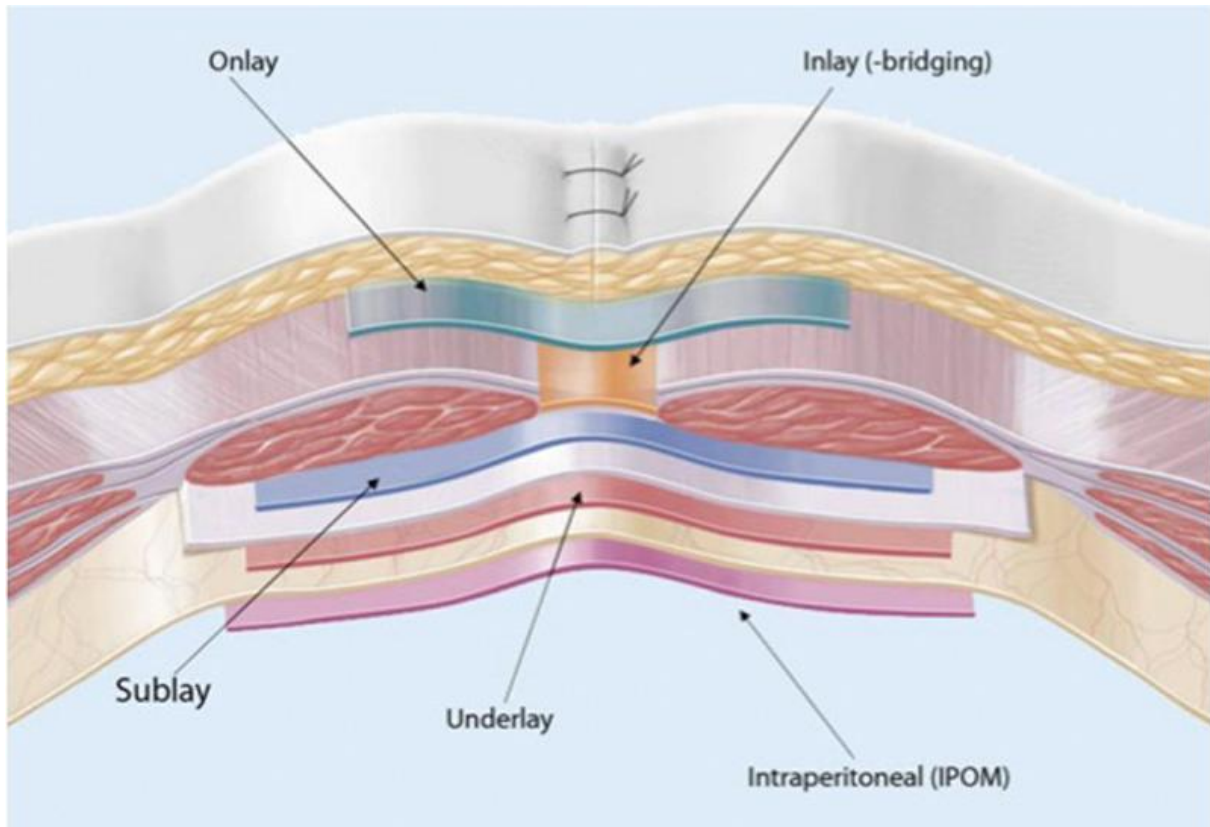


Abb. 3: Operationstechniken zur operativen Versorgung von Bauchwand- u. Narbenhernien

Die Art des operativen Vorgehens bei Leisten- und Bauchwandhernien bedarf einer individuellen Abwägung. Neben Alter des Patienten müssen dabei Lokalisation, Ausdehnung und Art der Hernierung Berücksichtigung finden. Auch etwa bestehende Begleiterkrankungen oder eine medikamentöse Therapie können Einfluß auf die Auswahl der jeweiligen Operationstechnik haben.

Nähere Informationen erhalten Sie bei Vorstellung in unserer Chirurgischen Sprechstunde. Eine Terminvereinbarung ist über das Sekretariat der Chirurgie am Klinikum Landsberg unter der Telefon – Nummer 08191 / 333 1070 möglich.