

Leistenhernie

Der Leistenbruch ist eine der häufigsten chirurgischen Erkrankungen überhaupt.

Ein bestehender Leistenbruch ist immer ein Grund zur Operation. Ausschlaggebend sind hier nicht nur die Beschwerden des Patienten, sondern bei einem vorliegenden Leisten- oder Schenkelbruch - einer anderen Form der Bruchlücke - besteht immer die Gefahr einer Einklemmung des Bruchinhaltes.

Eine solche Einklemmung ist eine gefährliche Komplikation. Die Gefahr dabei ist, dass innerhalb weniger Stunden eine Bauchfellentzündung entsteht. Diese Erkrankung ist auch mit allen Mitteln der modernen Medizin manchmal schwer beherrschbar und ein dringender Notfall.

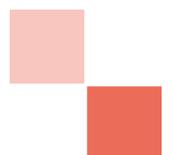
Dem gegenüber ist das Eingriffsrisiko bei der Leistenbruchoperation sehr gering.

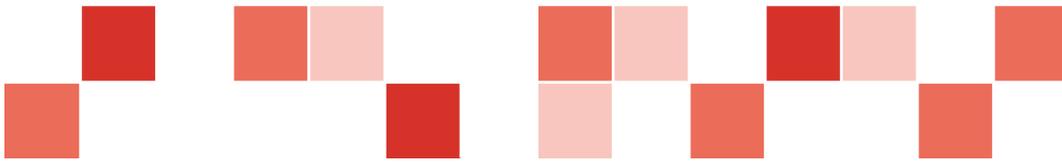
Wir bieten unseren Patienten drei Arten der Leistenbruchoperation an.

1. Konventionelle Operation und Versorgung der Bruchlücke mit einer Naht, Reparatur nach Shouldice.
2. Konventionelle Operation und Versorgung der Bruchlücke mit einem Netz von außen, Reparatur nach Lichtenstein.
3. Minimal invasive Operation und Versorgung der Bruchlücke mit einem Netz hinter der Bauchmuskulatur.

Wann welche Operationsform angezeigt ist, hängt von verschiedenen Gegebenheiten, wie Alter des Patienten, Größe des Bruches, Belastung des Patienten im Beruf oder Sport, eventuell beidseits vorliegende Brüche etc., ab.

Beim konventionellen Vorgehen, der Reparatur nach Shouldice, wird die Bruchlücke durch einen Schnitt von außen





freigelegt und unter Berücksichtigung der anatomischen Gegebenheiten durch mehrere Nahtreihen eingeengt. Es wird dabei kein Netz oder ein sonstiger Fremdkörper verwendet.

Angezeigt ist diese Methode bei jungen Patienten.

Die Bruchlücke sollte nicht zu groß sein, da sonst die Spannung, die durch das Zusammenziehen der Lücke auf das umliegende Gewebe entsteht, bereits der Auslöser für ein Rezidiv, also das Wiederauftreten eines Bruches sein kann.

Beim konventionellen Vorgehen mit Netzeinlage, der Reparatur nach Lichtenstein, erfolgt die Freilegung des Bruches ebenfalls von einem Schnitt in der Leiste.

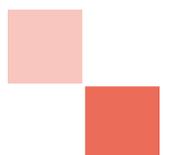
Nachdem der Bruchsack freipräpariert und abgetragen ist, wird die Bruchlücke nicht genäht, sondern mit einem Kunststoffnetz überdeckt.

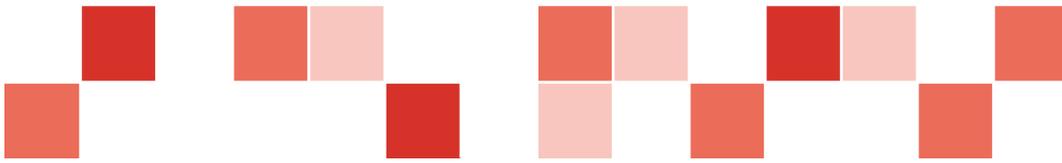
Bei der minimal-invasiven Methode wird über drei kleine Zugänge, wobei zwei Zugänge jeweils 5 mm, der dritte Zugang 10 mm groß ist, in den Raum zwischen Bauchmuskulatur und Bauchfell eingegangen.

Der Bruchsack und die Bruchpforte werden von innen freipräpariert und die Bruchlücke von innen mit dem Netz überdeckt. Das Bauchfell, quasi die Tapete des Bauchraumes stellt sicher, dass das Netz außerhalb des Bauchraumes liegt und nicht mit Darm oder anderen Eingeweiden in Berührung kommen kann.

Der Vorteil der beiden Netzmethode liegt darin, dass das Gewebe um die Bruchlücke durch das Abdecken mit Netz nicht unter Spannung kommt. Dadurch ist der postoperative Schmerz geringer. Die Rezidivquote ist ebenfalls geringer als bei der Methode ohne Netz.

Die laparoskopische Versorgung mit einem Netz von innen hat den Vorteil, dass beim Vorliegen eines beidseitigen Bruches die





beiden Seiten jeweils von den gleichen Zugängen aus mit einem Netz abgedeckt werden können.

Die Methode bietet sich also bei beidseitigen Leistenbrüchen und auch bei Rezidiven an. Ein weiterer Vorteil ist die rasch wieder mögliche körperliche Vollbelastung.

Im präoperativen Gespräch klären wir unsere Patienten ausführlich über die angebotenen Methoden auf und anhand der vorliegenden Befunde und Symptome sowie evt. Begleiterkrankungen sprechen wir eine Empfehlung über das Vorgehen aus. Grundsätzlich richten wir uns aber nach den Wünschen der Patienten, soweit keine medizinischen Gründe dagegen sprechen.

