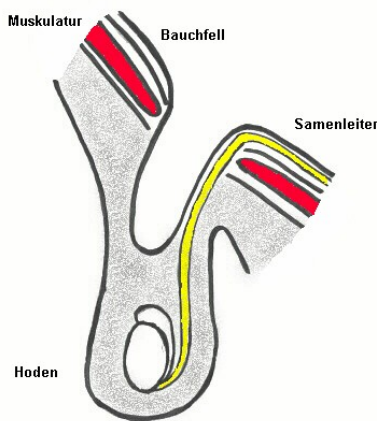


Informationsblatt für Patienten mit Leistenbruch Hernienzentrum München

Dr. Muschaweck, Dr. Ungeheuer, Dr. Gai

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die klinische Untersuchung und die Ultraschalluntersuchung hat bei Ihnen die Diagnose eines Leisten- bzw. Schenkelbruches ergeben.



Anatomie des Leistenbruches

Ein Leistenbruch entsteht durch eine Lücke in der Bauchdeckenmuskulatur. Die Ursache ist nahezu immer eine vererbte Bindegewebsschwäche (so genannter Kollagendefekt). Beim Mann tritt in der Leistenregion der Samenstrang durch die Bauchdecke hindurch und zieht zum Hodensack. Dies ist ein natürlicher Schwachpunkt, da der Samenstrang etwa einen Durchmesser von 1,5 cm hat. Bei der Frau verläuft hier das wesentlich dünnere Mutterband, so dass die Gefahr eines Bruches wesentlich geringer ist. Daher treten etwa 90% der Brüche bei Männern auf.

Gefahren eines Leistenbruches

Die Hauptgefahr eines Bruches stellt die Einklemmung von Darm dar. Die Wahrscheinlichkeit hierfür beträgt statistisch gesehen etwa 1%, ist also relativ niedrig. Durch eine spezielle Ultraschalluntersuchung klären wir bereits vor der Operation, welcher Risikograd für Sie besteht. Langfristig sollte jeder Bruch operiert werden, da es durch die nachlassende Elastizität des Bindegewebes im Alter zu einer Größenzunahme kommt. Da ein Leistenbruch ab einer gewissen Größe bei Männern auf den Samenstrang drückt, muss langfristig ohne Behandlung mit einer Schädigung des Hodens gerechnet werden (Hodenschwund).

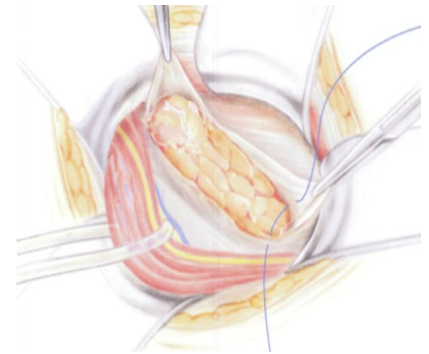
Nicht operative Behandlungsmöglichkeiten

Ein bestehender Leistenbruch kann sich niemals mehr spontan rückbilden! Eine Behandlung mit Bruchband oder speziellem Stützkorsett ist eher schädlich und sollte nur durchgeführt werden, wenn keine Operationsfähigkeit mehr besteht (z.B. schwerste Herzerkrankung).

Operative Behandlung

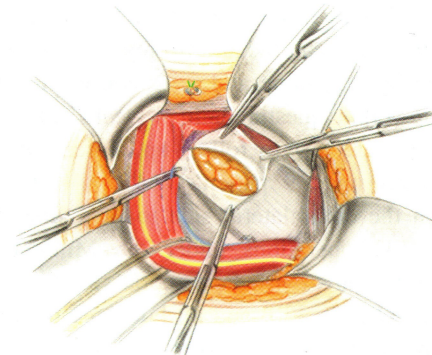
Operation nach SHOULDICE

- Hautschnitt im Bereich der Leiste (5-6cm) **in örtlicher Betäubung**
- Spaltung der **gesamten** Leistenhinterwand
- Schichtweiser Verschluss der gesamten Muskulatur durch Überlappung der einzelnen Muskelschichten (insgesamt 3 Nahtreihen).



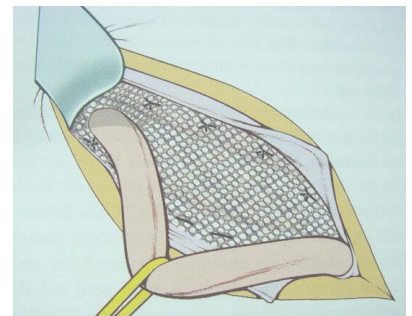
“Minimal Repair” (Spezielle Technik)

- Hautschnitt im Bereich der Leiste (5-6cm) **in örtlicher Betäubung**
- Spaltung der Leistenhinterwand **nur** im gerissenen Bereich
- Schichtweiser Verschluss der Muskulatur durch Überlappung der einzelnen Muskelschichten (insgesamt 3 Nahtreihen).



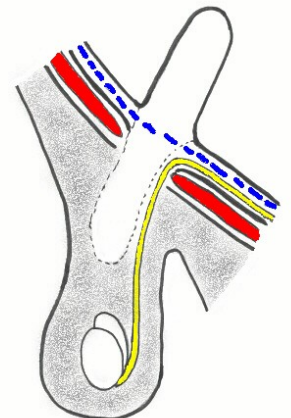
Operation nach LICHTENSTEIN

- Hautschnitt im Bereich der Leiste (5-6cm) **in örtlicher Betäubung**
- Naht des Bauchfelles und der innersten Muskelschicht
- Einbringen eines „Kunststoffnetzes“ auf die mittlere Muskelschicht und Befestigung durch Naht („tension-free repair“)
- Naht der äußeren Muskelschicht
- Netzgröße etwa 6 x 12 cm



Endoskopische Operationstechnik

- Operation **in Vollnarkose** durch sogenannte „Schlüsselloch-Technik“ (3 kleine Schnitte von ca. 1cm am Nabel und jeweils etwas rechts und links vom Nabel), Aufblasen des Bauchraumes mit Kohlendioxidgas und anschließend Operation mit Kamera und kleinen langen Zangen.
- Einlage eines „Kunststoffnetzes“ zwischen Bauchfell und Muskulatur ohne Naht der Muskellücke („tension-free repair“).
- Netzgröße etwa 12 x 15 cm



Auswahl des günstigsten Operationsverfahrens

Abhängig von vielen Faktoren empfehlen wir Ihnen das aus unserer Sicht für Sie am besten geeignete Verfahren („tailored surgery“). Oft lässt sich allerdings erst während der Operation entscheiden, ob das Gewebe eine ausreichende Stabilität für eine Nahttechnik aufweist oder doch eine Gewebeverstärkung durch ein modernes Kunststoffnetz notwendig ist. Sollte eine Netzverstärkung sinnvoll sein, so verwenden wir nur die modernsten Netze aus Polypropylen oder PVDF (Polyvinyliden-Difluorid).

Kritiker der Netztechniken führen immer wieder die Gefahr durch die Implantation von Kunststoffmaterial auf. Hierzu lässt sich folgendes feststellen: Auch bei der herkömmlichen Versorgung von Brüchen besteht das Nahtmaterial (schon immer) aus Kunststoff und zwar aus dem gleichen Material wie die Netze, nämlich aus Polypropylen. Erfahrungen mit Polypropylen in der Medizin gibt es seit 1959, eine Entartung (Entwicklung zur Bösartigkeit) ist im gesamten Zeitraum noch nie beobachtet worden!

Die Netze der neuesten Generation, die wir ausschließlich verwenden, verfügen über die gleichen Eigenschaften wie die Bauchdecke (Dehnbarkeit längs 28%, quer 20%, gleiche Reißfestigkeit). Die Menge an Polypropylen ist auf ein Minimum reduziert.

Endoskopische (s.g. minimal invasive Verfahren) sind nur in Vollnarkose und nur unter Verwendung sehr großer Netze (mindestens 12 x 15 cm) durchführbar. Wenn auch selten so sind schwerwiegende Komplikationen möglich. Nach komplizierten Voroperationen im Bauchraum ist diese Technik auf Grund von Verwachsungen sehr riskant. Außerdem besteht die Gefahr, dass bei einer evtl. später notwendigen Prostata-Operation dieses große Netz den operativen Zugang versperrt. Daher halten wir die Verfahren nach Shouldice, nach Lichtenstein oder den „Minimal Repair“ nach Muschaweck für die derzeit beste Empfehlung.

Operations-Risiko

In der Regel ist bei Bruchoperationen nicht mit schweren Komplikationen zu rechnen. Dennoch ist es trotz größter Sorgfalt und Erfahrung möglich, dass unvorhergesehene Probleme auftreten, die eine Erweiterung des Eingriffes oder eine Nachoperation notwendig machen.

Eine **Blutergussbildung** im Operationsgebiet tritt recht häufig auf und stellt keine eigentliche Komplikation dar. Bei Männern kann ein solcher Bluterguss sich manchmal bis zum Hodensack oder Penis ausbreiten, innerhalb einer Woche kommt es praktisch immer zur spontanen Rückbildung ohne Folgeerscheinungen. Nur wenn dieser Bluterguss größere Ausmaße annimmt, muss eine Nachoperation durchgeführt werden.

Recht häufig liegt nach der Operation ein vorübergehendes **Taubheitsgefühl** unterhalb der Narbe(n) vor. In seltenen Fällen kommt es nicht zur kompletten Rückbildung dieses Taubheitsgefühls, betroffen sind davon aber in aller Regel immer nur Hautnerven, keine Nerven die für Bewegungsfähigkeit oder Sexualität wichtig sind. Bei anhaltendem Nervenschmerz (z.B. Ilioinguinalis-Syndrom) kann (sehr selten) eine Nachoperation notwendig werden.

Das Risiko von **Nebenverletzungen** an Bauchorganen und Blutgefäßen ist vor allem bei so genannten Rezidiv-Eingriffen (Zustand nach Voroperation) erhöht. Dies kann eine Erweiterung des Eingriffes notwendig machen (z. B. Darmnaht, Gefäßnaht, Versorgung einer Blasenverletzung).

Eine **Infektion** im Wundgebiet ist eine sehr seltene, aber ernste Komplikation. Dies äußert sich dann durch eine Eiterung der Wunde in der Leiste. Eine solche Infektion tritt typischerweise am 4.-6. Tag nach der Operation auf. Sie erfordert eine sofortige Wiedervorstellung beim Operateur, bei bedrohlicher Entzündung muss eventuell eine erneute Operation erfolgen. In unserem Krankengut mit mittlerweile über 25 000 Operationen war dies bisher 2x notwendig.

Die Operationswunde wird mit feinstem Nahtmaterial verschlossen, dennoch kann es durch körpereigene Veranlagung zu überschießender **Narbenbildung** und kosmetisch störenden Narben kommen.

Extrem selten kann es durch eine Verletzung des Samenstranges während der Operation durch Vernarbung zu einer Minderdurchblutung des Hodens kommen mit der Folge der **Hodenschrumpfung**. Dies trat bei uns bisher in 3 Fällen auf, niemals nach einer Erstoperation, alle betroffenen Patienten waren bereits mehrfach an der Leiste voroperiert.

Langzeitergebnisse

In unserem Krankengut mit mehr als 25 000 Hernienoperationen liegt die Rückfallrate aktuell bei 0,4% (Bundesdurchschnitt 12,8%). Die Rate an Patienten mit Restbeschwerden durch Nervenschmerzen liegt unter 1%.

Fragen für das persönliche Aufklärungsgespräch

.....

.....

.....

.....

.....