

Wir sind für Sie da

Marien Hospital Düsseldorf



Marien Hospital Düsseldorf
Klinik für Allgemein-, Viszeral-
und Minimalinvasive Chirurgie



Dr. med. Konstantinos Zarras

Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral-
und Minimalinvasive Chirurgie

- Zentrum für Minimalinvasive Chirurgie
 - Koloproktologischer Schwerpunkt
- Facharzt für Chirurgie, Viszeral-
und Unfallchirurgie

Telefon (02 11) 44 00-24 01
Telefax (02 11) 44 00-23 52
zarras@vkkd-kliniken.de

Privatsprechstunde:

montags 15.00 - 18.00 Uhr
mittwochs 10.00 - 13.00 Uhr

Zentrales Aufnahme-Management (ZAM):

Ansprechpartnerinnen

Schwester Christel und Schwester Christina
Telefon (02 11) 44 00-61 38 oder 44 00-20 00
montags, dienstags, donnerstags und freitags
8.00 - 10.30 Uhr prästationär
9.00 - 10.30 Uhr poststationär
12.00 - 14.00 Uhr Indikationssprechstunde

Spezialprechstunden:

Ansprechpartnerinnen

Schwester Christel und Schwester Christina
Telefon (02 11) 44 00-61 38 oder 44 00-20 00

- Darmkrebs
- Proktologie/Inkontinenz/Stoma
- Reflux/Sodbrennen
- Hernien
- Schilddrüse

Marien Hospital Düsseldorf

Rochusstraße 2
40479 Düsseldorf

Telefon (02 11) 44 00-0
Telefax (02 11) 44 00-26 10

info@marien-hospital.de
www.marien-hospital.de

Geschäftsführer

Dr. Martin Meyer
Ass. jur. Jürgen Braun



Das Marien Hospital Düsseldorf ist eine Einrichtung
im Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf (VKKD).
www.vkkd-kliniken.de

Informationen für Ihre Gesundheit Leistenbruchoperation

MHD_ACH_2015_112_NP_01/2015 (Änderungen und Druckfehler vorbehalten.) Die Fotos sind zu Demonstrationen gestellt. Fotos (evtl. Abb.): Frank Elschner, Michael Sommer, (evtl. Sonderquelle), VKKD



Chefarzt: Dr. med. Konstantinos Zarras





Liebe Leserin, lieber Leser,

Eingeweidebrüche (Hernien) sind ein häufiges chirurgisches Krankheitsbild. 2 - 4 % der Bevölkerung leiden an dieser Erkrankung. In $\frac{3}{4}$ der Fälle liegen Leistenbrüche vor (ca. 150.000 / Jahr bundesweit).

Bei einem Leistenbruch handelt es sich um eine sackartige Ausstülpung des Bauchfells durch eine Lücke in der Bauchdecke im Bereich der Leiste. Eingeweideteile (Darm, Bauchfett, Eierstock etc.) können durch diese Lücke aus dem Bauchraum austreten und somit zu Beschwerden führen.

Durch eine einfache Untersuchung durch einen Arzt kann in den meisten Fällen ein Leistenbruch erkannt werden. Gelegentlich ist eine Ultraschalluntersuchung notwendig.

Für die Patienten ist das Leitsymptom ein ziehender oder stechender Schmerz in der Leistengegend, der vor allem bei körperlicher Aktivität auftritt. Eine Schwellung ist oft tastbar, bei größeren Leistenbrüchen auch deutlich sichtbar.

Informieren lohnt sich! Gehen Sie den nächsten Schritt. Sprechen Sie mit uns. Für ein vertrauensvolles Gespräch stehen wir Ihnen gerne in unserer Sprechstunde zur Verfügung. Einen ersten Termin können Sie telefonisch unter der Nummer (02 11) 44 00-20 00 vereinbaren.

Ihr

Dr. med. Konstantinos Zarras
Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie



Welche Risikofaktoren gibt es?

Anatomisch vorgegebene oder anlagebedingte Schwachstellen der Bauchdecke können zu einem Bruch führen. Chronische Erhöhung des Druckes in der Bauchhöhle im Bereich der Leiste (z. B. durch Husten, Verstopfung, Blasenentleerungsstörungen z. B. bei vergrößerter Prostata, schwere körperliche Arbeit, Schwangerschaft) begünstigen ein Auftreten. Aufgrund des Durchtritts des Samenstranges beim Mann im Bereich der Leiste und der somit bedingten Schwachstelle treten Leistenbrüche bei Männern deutlich häufiger auf (9:1).

Wann sollte ein Leistenbruch operiert werden?

Jeder Leistenbruch sollte operiert werden, denn es besteht prinzipiell die Gefahr einer Darmeinklemmung (Inkarzeration). Dies kann einen Darmverschluss zur Folge haben. Eine Schwellung in der Leiste, die sich auch im Liegen nicht alleine oder durch sanften Druck zurückbildet und / oder anhaltende Schmerzen sind Symptome für einen eingeklemmten Leistenbruch. Hierbei besteht die Notwendigkeit einer sofortigen Operation.

Welche Operationstechniken gibt es?

1. Offene Operationstechnik mit einem Schnitt in der Leiste
 - a) ohne Netzimplantat
 - b) mit Netzimplantat
2. Minimalinvasive Operationstechnik (Schlüssellochverfahren)
 - a) TAPP-Technik (Trans-Abdominale-Präperitoneale-Netzimplantation)
 - b) TEP-Technik (Total-Extraperitoneale-Netzimplantation)

1. Offene Operationstechnik

Die Bruchlücke wird in der offenen Operationstechnik ohne Netz durch Zusammen- bzw. Übereinandernähen der Muskel- und Bindegewebsschichten mit Shouldice-Technik oder mit Netz durch Auflage und Aufnähen eines sich nicht auflösenden Kunststoffnetzes verschlossen (Hernienreparation nach Lichtenstein).



2. Minimalinvasive Operationstechnik

Bei den minimalinvasiven Techniken wird die Bruchpforte immer mit einem Netz verschlossen. Es werden zwei Verfahren unterschieden:

a) TAPP-Technik

Das Netz wird laparoskopisch, d.h. über eine Bauchspiegelung unter Kamerasicht vom Bauchraum aus, über der Bruchpforte platziert. Hierbei wird das Bauchfell zur Platzierung des Netzes aufgeschnitten und anschließend wieder zugenäht. Bei dieser Technik ist gleichzeitig die Untersuchung des gesamten Bauchraumes zum Ausschluss weiterer krankhafter Befunde möglich.

b) TEP-Technik

Bei der TEP-Technik wird das Netz ebenfalls über minimalinvasive Zugänge durch aufgedehnte Schichten der Bauchdecke auf die Bruchpforte platziert. Eine Spiegelung vom Bauchraum aus entfällt.

Welche Vorteile zeigen Operationsverfahren mit Netz gegenüber Verfahren ohne Netz?

Durch die Einlage eines Kunststoffnetzes konnte eine Verringerung der Rezidivrate (erneuter Leistenbruch) von 50 - 70 % erzielt werden. Eine schnellere Schmerzfreiheit sowie deutlich weniger chronische postoperative Schmerzsyndrome sind weitere wichtige Vorteile.

Welche Vorteile der minimalinvasiven gegenüber den offenen Operationsverfahren mit Netzimplantationen gibt es?

Wesentliche Vorteile stellen die schnellere Genesung und Belastbarkeit der Bauchdecke aufgrund geringerer postoperativer Schmerzen dar. Bei geringerer Rezidiv- sowie Komplikationsrate (ca. 1 - 2 % Komplikationsrate, Rezidivquote < 2 %) im Vergleich zu offenen Netzverfahren zeichnen sich die minimalinvasiven Verfahren durch einen kürzeren Arbeitsausfall und weniger Schmerzzustände (< 2 %) aus. Eine vollständige Belastbarkeit besteht im Normalfall bereits nach 2 Wochen. Nicht zuletzt wird durch die minimalinvasiven Zugänge auch ein ansprechendes kosmetisches Ergebnis erzielt.