

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 Narbenbruch / Narbenhernien



MHD_ACH_2015_113_NP_01/2015 (Änderungen und Druckfehler vorbehalten.) Die Fotos sind
zu Demonstrationszwecken gestellt. Fotos: Frank Elschner, Michael Sommer, VKKD



Chefarzt: Dr. med. Konstantinos Zarras



Kompetenzzentrum
für Hernienchirurgie



KREBSGESELLSCHAFT
Zertifiziertes
Darmkrebszentrum



Einleitung



Liebe Leserin, lieber Leser,

der Narbenbruch, auch Narbenhernie genannt, ist mit durchschnittlich 10 % eine häufige Spätkomplikation in der Bauchchirurgie. Angesichts von ca. 700.000 Bauchraumeröffnungen pro Jahr in Deutschland ist mit ca. 70.000 Neuerkrankungen pro Jahr zu rechnen.

Die Festigkeit der Bauchwand wird normalerweise durch mehrere Schichten von Muskelzügen gewährleistet. Nach einer Operation wird die ursprüngliche elastische Festigkeit der Bauchdecke, welche durch die Muskulatur gegeben war, durch das weniger elastische Narbengewebe aus dem Gleichgewicht gebracht.

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

Diagnose



Was sind typische Symptome eines Narbenbruchs?

Zu Beginn werden häufig erst ziehende Schmerzen in der Narbe bemerkt. Später ist dann meist eine zunehmende Schwellung und Vorwölbung zu erkennen, die im Laufe der Zeit vor allem beim Stehen sehr groß werden kann. Die Vorwölbung kann mit der Zeit größer werden und dann auch im Liegen und ohne Pressen sichtbar bleiben.



Werden Darmanteile in der Bruchlücke eingeklemmt, kann es zur Entwicklung eines lebensbedrohlichen Darmverschlusses kommen. Die Blutgefäße der Darmwand werden abgedrückt und die Sauerstoffversorgung des betroffenen Darmabschnitts wird unterbrochen. Das betroffene Areal droht abzustirben, was eine Verteilung von Bakterien in den Bauchraum und ins Gefäßsystem mit akuter Lebensgefahr zur Folge haben kann. Symptome sind plötzlich auftretende kolikartige Bauchschmerzen mit Fieber, Übelkeit und Erbrechen.

Welche Untersuchungen sind bei einem Narbenbruch notwendig?

Die körperliche Untersuchung beim Arzt kann durch Tasten der Bruchpforte bzw. des Bruchsackes (die Vorwölbung) die Diagnose sichern. Zusätzliche Untersuchungen wie Ultraschall, eine Computertomografie oder Darmspiegelung können im Einzelfall erforderlich sein.

Behandlung



Muss ein Narbenbruch operiert werden – und wenn ja, wann?

Der Narbenbruch wird im Laufe der Zeit größer und ist dann operativ schlechter zu versorgen. Zudem besteht permanent die Gefahr, dass sich beispielsweise Darmschlingen einklemmen und verletzt werden. Eine sofortige chirurgische Behandlung ist dann notwendig, wenn sich der Bruch nicht wieder zurückdrängen lässt (eingeklemmter Bruch).

Welches Ziel hat die chirurgische Behandlung?

Bei der Operation wird der Bruch freigelegt und der Bruchinhalt (meist Bauchfett oder Darm) wieder in die Bauchhöhle zurückverlagert. Anschließend wird die sogenannte Bruchpforte, also das Loch in der Bauchwand, dauerhaft verschlossen.

Dies geschieht, indem die Lücke zugenäht wird. Nur bei sehr kleinen Defekten wird heutzutage noch das Loch nur mit einer Naht verschlossen. In den meisten Fällen wird zur Verstärkung ein nicht auf lösbares Kunststoffnetz in die Bauchdecke eingepflanzt.

Dies kann über eine Wiedereröffnung der alten Narbe erfolgen, in unserer Klinik bevorzugen wir jedoch ein minimalinvasives Vorgehen. Die endoskopische Operation (sogenannte Schlüssellochtechnik) bietet für den Patienten deutliche Vorteile im postoperativen Verlauf. Neben einer deutlich geringeren Rate an Wundinfektionen ist dieses Verfahren schmerzärmer, der Krankenhausaufenthalt ist kürzer und der Patient ist schneller wieder belastbar.

Welche Komplikationen sind möglich?

Neben allgemeinen Komplikationen kann es in seltenen Fällen zu Wundkomplikationen (Bluterguss, Entzündung) kommen. Die Wahrscheinlichkeit für einen erneuten Bruch ist bei Verwendung von modernen Kunststoffnetzen sehr gering.