



UKM MHS

Marienhospital Steinfurt GmbH

Patienteninformation der Abteilung für Chirurgie

Leistenbruch (Leistenhernie)

Leistenbrüche gehören zu den häufigsten operationspflichtigen Erkrankungen überhaupt. In Deutschland werden jährlich über 200.000 – 230.000 Leistenhernienoperationen stationär durchgeführt. Dies entspricht einem Anteil von etwa 15 % aller durchgeführten allgemeinchirurgischen Operationen.

Die Leistenhernie ist eine Ausstülpung des Bauchfells durch einen angeborenen oder erworbenen Defekt in der Bauchwand. Männer sind von der Erkrankung 6 bis 8 mal häufiger betroffen als Frauen. Der Leistenbruch besteht aus 3 Anteilen, der Bruchpforte (Bauchwandlücke), dem Bruchsack (vorgefallenes Bauchfell) und dem Bruchinhalt (Teile von inneren Organen, die in den Bruchsack gerutscht sind).

Entstehung der Leistenhernie:

Ursachen zur Entstehung eines Leistenbruches sind vielfältig. Die Leistenregion hat mehrere anatomische Schwachstellen. Es liegt bei der Entstehung immer eine Schwächung der Bauchwand in Kombination mit andauernden (z.B. Schwangerschaft, chronische Verstopfung, Prostatavergrößerung) oder kurzfristigen (z.B. Husten, Pressen beim Stuhlgang) Druckerhöhung des Bauchinnenraumes vor.

Weitere Risikofaktoren sind Stoffwechselstörungen, Eiweißmangelsyndrome und Übergewicht. Auch schwere körperliche Arbeit und Leistungssport können die Entwicklung von Leistenbrüchen fördern.

Eine Leistenhernie basiert immer auf einem Defekt der inneren Bauchdeckenbindegewebsplatte, der sog. Fascia transversalis. Diese stellt die Hinterwand des Leistenkanals dar, der schräg durch die Bauchdecke zieht. Durch den Leistenkanal ziehen beim Mann der Samenstrang mit Begleitgefäßen und Nerven, bei der Frau das runde Mutterband.

Zu unterscheiden sind indirekte von direkten Leistenbrüchen.

Beim indirekten Leistenbruch kommt es zu einer Ausstülpung des Bauchfells durch den erweiterten Leistenkanal. Ursache ist meist eine Insuffizienz des muskulären Verschlussmechanismus am Eingang des Leistenkanal.

Bei der direkten Leistenhernie ist der Bruch direkt am Ausgang des Leistenkanals gelegen (medial der epigastrische Gefäße). Der Bruch nimmt bei dieser Hernienform nicht den Umweg über den Leistenkanal. Direkte Leistenbrüche entstehen meist durch altersbedingte Bindegewebsdestruktion im Bereich der Fascia transversalis.

Symptome:

Am Anfang kommt es in der Regel zu Schmerzen in der entsprechenden Leistengegend. Diese treten häufig nach körperlichen Belastungen auf, kommen aber später zunehmend auch in Ruhe vor. Im Verlauf der Erkrankung kommt es zu einer belastungsabhängigen Schwellung unter der Haut, die meist im Liegen wieder verschwindet.

Die Leistenhernie kann sich zu einem chirurgischen Notfall entwickeln, wenn es zu einer Einklemmung (Inkarzeration) von Bruchinhalt (Darmanteile) in der Bruchlücke kommt. Dieser

Zustand ist durch das Auftreten von massiven Schmerzen gekennzeichnet und macht eine sofortige Operation notwendig.

Therapie:

Wird die Diagnose einer Leistenhernie gestellt, sollte in der Regel operiert werden, da bei jeder Hernie prinzipiell die Gefahr der Einklemmung von Bauchorganen besteht. Konservative Methoden wie Bruchbänder oder örtliche sklerosierende Maßnahmen sollten der Vergangenheit angehören. Einzige Ausnahme sind Patienten mit fortgeschrittenem Tumorleiden. Schwerwiegende Nebenerkrankungen stellen aufgrund der Möglichkeit der Lokalanästhesie keine Kontraindikation zur Operation dar.

Operationsverfahren:

- Konventionell (offene) Hernienoperation ohne Netzüplantation (z.B. Shouldice-Operation)
- Konventionelle (offene) Hernienoperation mit Netzüplantation (z.B. Lichtenstein-Operation, Doppelnetzplastik)
- Endoskopische / Laparoskopische Hernienoperation mit Netzüplantation

Ziel aller Operationen ist der Verschluss der Bruchpforte und die Verstärkung der Hinterwand der Bauchdecke in der Leistenregion.

Bei der Shouldice-Operation wird dies durch eine mehrschichtig fortlaufende Nahttechnik erreicht. Nachteil dieser Methode ist die auftretende Gewebespannung, die zu einem Einreißen der vernähten Gewebeschichten führen und damit das Wiederauftreten eines Bruches begünstigen kann. Der Patient muss sich nach dieser Operation längere Zeit schonen. Die Schmerzen nach der Operation sind stärker und dauern länger an.

Bei der offenen Methode mit Netzüplantation wird bei der Lichtensteinplastik ein Kunststoffnetz vorne um oder auf die Bruchlücke implantiert. Bei der Doppelnetzplastik wird ein Netz sowohl innen vor die Bruchlücke, wie auch vorne auf die Bruchlücke aufgebracht. Vorteile dieser Verfahren sind die spannungsfreie Reparatur. Hier ist eine körperliche Belastung schneller möglich.

Bei der endoskopischen Methode (total extraperitoneale Plastik, TEP) wird über kleine Einschnitte ein Raum zwischen Bauchfell und Bauchdecke geschaffen. Mit Hilfe einer kleinen Kamera kann der Bauchraum eingesehen werden. Nach Auslösung des nach außen sich vorwölbenden Bruchsackes wird dann ein 10 x 15 cm großes Kunststoffnetz vor die Bruchlücke gelegt, welches nicht zusätzlich fixiert werden muss. Vorteile sind die absolute Spannungsfreiheit und Verstärkung sämtlicher Schwachstellen der Leistenregion. Der Patient ist schon nach wenigen Tagen voll belastbar und hat kaum Beschwerden.

Bei der laparoskopischen Methode (transabdominelle praepertoneale Plastik, TAPP) wird durch den Bauchraum hindurch das Bauchfell in Höhe des Bruches eröffnet, dann der Raum zwischen Bauchfell und Bauchdecke präpariert und ebenfalls ein Kunststoffnetz von 10 x 15 cm Größe implantiert. Dieses muss allerdings zusätzlich an die Bauchwand fixiert und das eröffnete Bauchfell wieder vernäht werden.

Aufgrund der Netzfixation können Schmerzen auftreten. Die Nahtreihe des Bauchfells neigt zu etwas vermehrten Verwachsungen im Bauchraum.

Wir bevorzugen deshalb die TEP-Methode.

Ergebnisse:

Der Erfolg einer Leistenhernienoperation ist vor allem durch das Ausbleiben eines Rezidives (Wiederauftreten einer Hernie) und Schmerzfreiheit definiert. Rezidive können nach allen Formen der Hernienreparation auftreten. Hierbei treten etwa 40% der Rezidive innerhalb des ersten Jahres nach der Operation auf. In der Fachliteratur liegt die Rezidivquote unabhängig von der Operationsart zwischen 0,7 und 10%. Eine geringere Rezidivrate ist allerdings schon nach zusätzlicher Verwendung von Kunststoffnetzen zu sehen.

Postoperative Schmerzen auch durch Nervenirritation können in bis zu 40% der Fälle auftreten. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich allerdings um vorübergehende Schmerzzustände. Verletzungen des Samenstrangs mit seinen Gefäßen sind sehr selten. Mittlerweile haben viele Studien gezeigt, dass es nach der laparoskopisch- / endoskopischen Methode zu deutlich weniger postoperative Schmerzen kommt, als dies nach offenen Rekonstruktionsverfahren der Fall ist. Darüber hinaus sind die Patienten nach laparoskopisch- / endoskopischem Vorgehen wesentlich schneller körperlich belastbar und wieder arbeitsfähig.