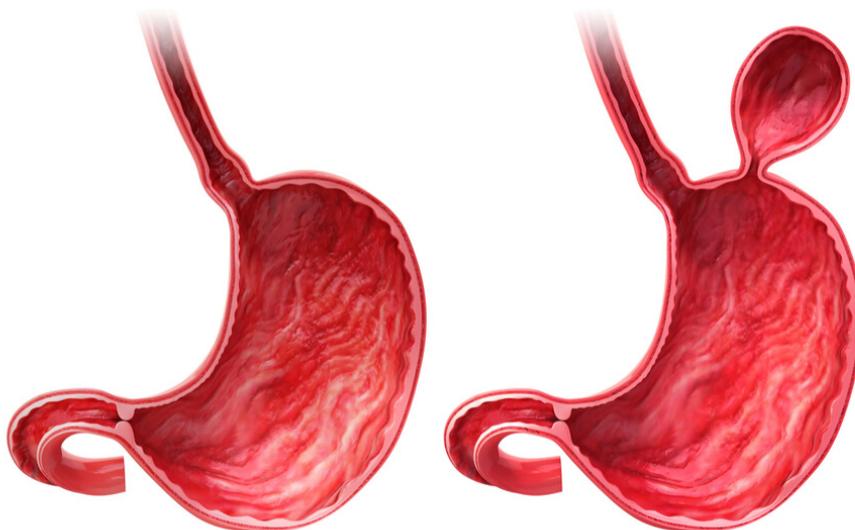


Hernien

Grundlagen

Hernienoperationen gehören zu den häufigsten operativen Eingriffen, die ambulant oder stationär durchgeführt werden. In Deutschland werden jährlich mehr als 200.000 Hernienoperationen durchgeführt, woraus sich die hohe sozioökonomische Bedeutung dieses Krankheitsbildes erklärt. In unserem Klinikum operieren wir jährlich ca. 200 erwachsene Patienten an einem solchen Krankheitsbild. In den letzten beiden Jahrzehnten hat ein erheblicher Wandel der Versorgungstechniken eingesetzt. Einerseits wurden zunehmend netz-basierte Versorgungsverfahren zum spannungsfreien Verschluss eingeführt, andererseits etablierten sich minimal-invasive Zugangswege. Damit konnte die Rezidivrate gesenkt und der Patientenkomfort erhöht werden. Als gesichert gilt, dass Hernien bei Erwachsenen nicht spontan heilen.



Beschwerden

Die individuellen Beschwerden können von weitestgehender Beschwerdefreiheit über gelegentliche belastungsabhängige Beschwerden bis zum klinischen Bild des „akuten Abdomens“ bzw. Darmverschlusses bei Einklemmung reichen. Das klinische Bild ist auch von der Lokalisation der Hernie (Leisten-, Nabel-, Narben-, Femoralhernie, Hiatushernie, parastomale Hernie u.a. seltenerer Formen) abhängig. Häufig kommt es zum Auftreten einer Vorwölbung im Bereich des Weichteilbruches.

Diagnostik

In den meisten Fällen reicht zur Diagnosestellung die klinische Untersuchung. In wenigen unklaren und Ausnahmefällen sind zusätzlich noch weitere bildgebende Untersuchungen (Sonografie, CT, MRT) notwendig.

Bei untypischen Beschwerden müssen vor der Operation u.U. noch weitere Untersuchungen durchgeführt werden.

Über das anzuwendende Operationsverfahren und mögliche Alternativen wird der Patient/die Patientin in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch vor der Operation entsprechend aufgeklärt. Die Weichteilbruch (Hernie) besteht aus den Komponenten Bruchsack, Bruchpforte und Bruchinhalt (Grafik). In einigen Fällen tritt ein Weichteilbruch als Folge einer anderen Erkrankung auf. Daher kann es vor der operativen Versorgung notwendig sein, andere Untersuchungen wie z.B. eine Dickdarmspiegelung durchzuführen. Die Größe einer Hernie wird von der Bruchpforte bestimmt. Danach richtet sich in aller Regel die leitlinienbasierte Operation.

Therapie

Die moderne Hernienchirurgie wird in der Regel minimal-invasiv spannungsfrei mit einem netzbasierten Verfahren durchgeführt. Bei sehr kleinen Hernien, auf Patientenwunsch oder sehr jungen Patienten und damit eher im Ausnahmefall ist auch eine Versorgung ohne ein solches Kunststoff-Netz möglich.

Leistenhernie

Die Standardoperation einer primären Leistenhernie wird als minimal-invasive transabdominelle spannungsfreie Netzversorgung durch die Bauchhöhle (TAPP) vorgenommen. Alternativ dazu kann über einen Leistenschnitt eine Netzversorgung durchgeführt werden (Op n. Lichtenstein). Beidseitige Leistenhernien sollten möglichst minimal-invasiv mittels TAPP versorgt werden. Wünscht ein Pat. kein Kunststoff-Netz, wird die Operationsmethode nach Shouldice angewendet.

Femoralhernie

Als Standardversorgung führen wir bei der wesentlich selteneren Femoralhernie die TAPP durch (s.o.).

Nabelhernie

Kleine Nabelhernien versorgen wir nach einem Hautschnitt am Unterrand des Nabels mittels direkter Naht bei einer Größe der Bruchpforte von bis zu 2cm. Größere Nabelhernien können ebenfalls über einen Hautschnitt am Nabel mittels Kunststoff-Netz versorgt oder alternativ minimal-invasiv durch ein speziell beschichtetes Netz über die Bauchhöhle operiert werden. In seltenen Fällen – meistens im Falle einer ausgedünnten und infizierten Nabelhaut - kann die Entfernung des Nabels notwendig werden.

Narbenhernie

Kleine Narbenhernien können mittels Nahtverfahren operiert werden.

Größere Hernien versorgen wir standardisiert zur Bauchwandverstärkung (im Ausnahmefall auch als Bauchwandersatz) mittels Kunststoff-Netz. Wenn möglich, favorisieren wir auch hier das minimal-invasive Vorgehen. Netzgröße und Art des Netzes richten sich nach der Herniengröße, Eingriffsverfahren und evtl. individuellen Kriterien des Patienten. Für den unmittelbar postoperativen Verlauf bringen die Patienten ihre möglichst vor der Operation angepasste elastische Bauchdeckenstütze mit.

Nach der Operation

Nach einer kurzen Überwachungsphase im Aufwachraum unmittelbar im Anschluss an die eigentliche Operation werden die Patienten auf die chirurgische Normalstation zurückverlegt. Hier können sie unter einer optimalen Schmerztherapie trinken und evtl. auch leichte Kost essen und werden rasch mobilisiert. Zusätzlich wird eine medikamentöse Thrombembolieprophylaxe durchgeführt. Die Dauer des stat. Aufenthaltes beträgt dann in der Regel zwischen einem und fünf Tagen.

Vor der Entlassung wird durch die zuständigen Ärzte ein Entlassungsgespräch durchgeführt. Neben den medizinisch-fachlichen Empfehlungen können alle Fragen und Wünsche seitens der Patienten hier abschließend besprochen werden.

Nach der Entlassung sollte spätestens am übernächsten Werktag die Vorstellung beim Hausarzt erfolgen, der auch letztendlich über die Dauer einer Krankschreibung entscheidet. Allgemeingültige Empfehlungen gibt es dafür nicht. Sollten im Verlauf Probleme, Komplikationen oder andere Besonderheiten auftreten kann im Notfall jederzeit eine Wiedervorstellung über unsere Rettungsstelle oder – nach möglichst telefonischer Rücksprache – eine Vorstellung in einer unserer Sprechstunden erfolgen.

Die körperliche Belastung richtet sich in der frühen postoperativen Phase nach dem Wundschmerz. Generell können nach ein bis zwei Wochen wieder leichtere körperliche Arbeiten durchgeführt werden, eine volle körperliche Belastung ist spätestens nach vier Wochen möglich.

Wenn Sie sich für ein konventionelles Verfahren ohne Zugang durch den Bauchraum entscheiden, kann der Eingriff auch ambulant durchgeführt werden. Da in diesem Fall Ihr häusliches Umfeld sowie mögliche Begleiterkrankungen Berücksichtigung finden müssen, kann dieses erst im Rahmen der Vorstellung in der Klinik festgelegt werden.

Zur Op-Vorbereitung notwendig:

- Einweisungsschein vom Haus-/Facharzt
- Medikamentenplan
- Wichtige Vorbefunde von Untersuchungen, die nicht in unserem Krankenhaus erfolgten



Fragen?

Falls Sie weitere Fragen haben, stehen Ihnen die Ärzte, das Pflegepersonal oder die Mitarbeiter der Krankenhaushygiene gerne zur Verfügung.



**PD Dr. med. habil.
Leif Schiffmann**



**Dr. med.
Heiko Weiß**

Vereinbaren Sie einen Termin!

Im Rahmen unserer vorstationären Sprechstunde stehen Ihnen verschiedene Fachgebiete zur Verfügung. Bitte vereinbaren Sie einen Termin in unserem Sekretariat!

Sprechzeiten

Sekretariat Allgemein-,Viszeral- und Thoraxchirurgie

Telefon (03771) 58-1316

Montag-Freitag 08:00 - 15:00 Uhr



**Helios Klinikum Aue
Gartenstraße 6
08280 Aue**

Tel: 037 71 58 - 0