

Wenn die Leiste zur Schwachstelle wird

Facharzt setzt bei Bruchoperationen auf Schlüsselloch-Chirurgie

Seligenstadt ■ Im Volksmund heißt es „Man hebt sich einen Bruch“. Tatsächlich glaubten Ärzte früher, dass sich ein Leistenbruch beim Anpacken schwerer Gegenstände bildet. Wie kann den Betroffenen geholfen werden? Dr. Ralph Nowak, Facharzt in der Überörtlichen Chirurgischen Gemeinschaftspraxis der Emma Klinik (unter anderem in Seligenstadt), im Interview mit unserem Redaktionsmitglied Peter Schulte-Holtey:

Wie kommt es zum Bruch - wer ist besonders gefährdet?

Der Leistenbruch ist die häufigste chirurgische Erkrankung überhaupt. Allein in Deutschland werden jährlich rund 250.000 Menschen daran operiert. Männer sind sechsmal häufiger betroffen als Frauen. Viele glauben, den Leistenbruch nach einer schweren Belastung durch eine Gewebeerreißung zu erleiden. Genau genommen ist das jedoch nur der Zeitpunkt des Bemerkens. Häufig sind Leistenbrüche bereits angeboren und bestehen unbemerkt seit vielen Jahren. Bei Männern sind sie die Folge einer unvollständigen Bauchwandverklebung des schrägen Leistenkanals, durch den in der Embryonalzeit der Hoden aus dem Bauchraum in den Hodensack wanderte. Diese „Wanderschaft“ sollte im Kleinkindalter eigentlich ab-

geschlossen sein. Bei Frauen ist der Ansatz des Mutterbandes betroffen, an dem die Gebärmutter befestigt ist. Bruchfördernd sind unter anderem eine Bindegewebsschwäche sowie eine Druckerhöhung im Bauchraum, wie zum Beispiel bei Übergewicht, starkem Husten, starkem Pressen bei Verstopfung, beim Heben sehr schwerer Lasten und bei Frauen auch bei wiederholten Schwangerschaften. Ganz grob kann man sagen, dass kleine Brüche schmerzhafter, größere jedoch gefährlicher für das Einklemmen von Organen sind.

Welche Leistenbruch-Operationstechniken gibt es?

Bei der Behandlung von Leistenbrüchen unterscheidet man ganz allgemein zwischen der „offenen“ - also herkömmlichen - und der „geschlossenen“ - also minimal-invasiven - Operationstechnik sowie der Technik mit und ohne Verwendung von Kunststoffnetzen. Bei der offenen Methode werden die Bauchmuskelschichten der Leiste durchtrennt. Je nach Leibesfülle des Patienten können diese Schnitte bis zu 15 Zentimeter lang sein. Die minimal-invasive Methode hingegen kommt mit nur drei kleinen Öffnungen von wenigen Millimetern aus. Es wird nicht unnötig Gewebe durchtrennt. Lediglich im Bauchraum muss das Bauchfell an-

der Leiste vorsichtig abgelöst werden.

Aber Sie entscheiden stets individuell ...

Ja! Welche Behandlungsmethode sich letztlich für den Einzelnen eignet, kann nur nach eingehender Untersuchung und einem individuellen Gespräch mit dem Patienten geklärt werden. Unabhängig vom Alter sollte ein Leistenbruch aber unbedingt behandelt werden. Schließlich liegt eine Art Öffnung der tragenden Bauchwandschichten vor, durch die sich Bauchfell, Leistenerven und Bauchorgane nach außen vorwölben können. Es besteht die Gefahr des Einklemmens von Organen mit schadhafter Quetschung bis hin zum Absterben von Gewebe und Entzündung des Bauchfells.

Wenn Sie die minimal-invasive Technik einsetzen - was passiert genau während der Operation?

In der Überörtlichen Chirurgischen Gemeinschaftspraxis der Emma Klinik wird das so genannte TAPP-Verfahren angewendet. Lange, stäbchenartige „High-Tech“-Instrumente dienen hierbei als Werkzeuge. Über einen kleinen Schnitt am Nabel wird ein sehr hochwertiges Kunststoffnetz eingeführt und von „Innen“ so an der Leiste ausgebreitet, dass der Leistenbruch überlappend und spannungsfrei geschlossen wird.



Dr. Ralph Nowak von der Emma Klinik in Seligenstadt

Eine Mini-Kamera zeichnet jeden OP-Schritt in digitaler HD-Technik auf und dient dem Operateur als „Auge“ mit Vergrößerung.

Wie lange muss der Patient mit Beschwerden rechnen?

Die Erfahrung zeigt, dass die Erholung nach einer minimal-invasiven Operation im Vergleich schneller voran geht. In den meisten Fällen kann der Patient ambulant behandelt werden, so dass ein längerer Krankenhausaufenthalt entfällt. Zudem ist das Infektionsrisiko sehr gering. Weniger Schmerzen und rasche Wiedererlangung der gewohnten Mobilität sind weitere Vorteile. Oft kann der Patient schon nach zwei Wochen wieder seiner beruflichen Tätigkeit nachgehen. Sport ist ab der dritten bis vierten Woche schrittweise möglich.