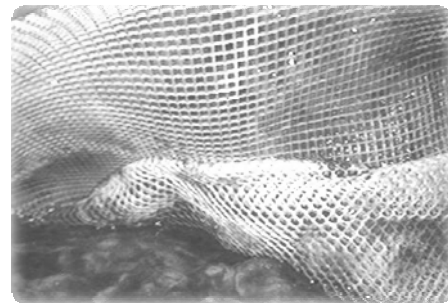
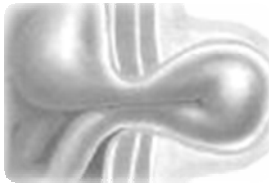




- klaus.peitgen@st-vinzenz-hospital.de
- www.viszeralchirurgie-dinslaken.de
- www.st-vinzenz-hospital.de

Patienteninformation

Leistenbruch



Inhalt

EINLEITUNG	2
WELCHE RISIKOFAKTOREN FÜR LEISTENBRÜCHE GIBT ES?	2
WIE MACHT SICH EIN LEISTENBRUCH BEMERKBAR?	2
WAS MUSS BEI VERDACHT AUF EINEN LEISTENBRUCH UNTERSUCHT WERDEN ?	3
WANN SOLLTE EIN LEISTENBRUCH OPERIERT WERDEN?	3
WELCHE OPERATIONSTECHNIKEN FÜHREN WIR DURCH ?	3
WELCHE VORTEILE HABEN OPERATIONSVERFAHREN MIT EINEM NETZ ?	4
WELCHE VORTEILE HAT DIE MINIMAL INVASIVE METHODE ?	5
WELCHE METHODE FÜR WELCHE PATIENTEN ?	5
NACHBEHANDLUNG UND VERHALTENSREGELN NACH DER OPERATION	6
IHR WEG ZUM ST. VINZENZ HOSPITAL DINSLAKEN	7

Einleitung

Eingeweidebrüche (Hernien) sind ein häufiges chirurgisches Krankheitsbild. 2-4 % der Bevölkerung leiden an dieser Erkrankung. In 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.

Ihr Arzt hat festgestellt, dass Sie an einem Leisten- oder Schenkelbruch leiden. Deshalb kann eine Operation für Sie in Frage kommen. Bitte informieren Sie sich mit dieser Broschüre über die Erkrankung und die prinzipiellen Behandlungsmöglichkeiten.

Nach einer Untersuchung Ihrer Leisten wird Ihr Arzt Ihnen erklären, welche Möglichkeiten für Sie persönlich in Frage kommen und welche der einzelnen Operationsmethoden für Sie vorteilhaft ist.

Welche Risikofaktoren für Leistenbrüche gibt es?

Anatomisch vorgegebene oder anlagebedingte Schwachstellen der Bauchdecken 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.

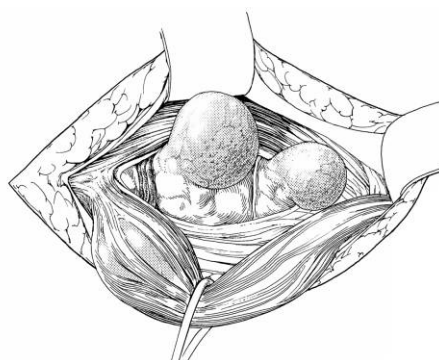
Wie macht sich ein Leistenbruch bemerkbar?

Leitsymptom ist 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.



So kann ein Leistenbruch aussehen:

Deutliche Vorwölbung in der Leiste



So sieht ein Leistenbruch bei einer Operation aus:

Deutliche Vorwölbung in der Leiste

Was muss bei Verdacht auf einen Leistenbruch untersucht werden ?

Bei der körperlichen Untersuchung durch einen Arzt kann in den meisten Fällen ein Leistenbruch erkannt werden. Ihr Arzt wird Sie in der Regel untersuchen, während Sie stehen. Gelegentlich ist eine Ultraschalluntersuchung notwendig.

Wann sollte ein Leistenbruch operiert werden?

Eine Behandlung von Leistenbrüchen mit Bruchbändern oder anderen Methoden ist sinnlos !

Jeder Leistenbruch sollte operiert werden, denn es besteht prinzipiell die Gefahr einer - lebensgefährlichen - Darmeinklemmung (Inkarzeration). Diese 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 führen wir durch ?

- Die offene Operationstechnik mit einem Schnitt in der Leiste
 - ohne Netzümplantation („Shouldice-Methode“)
 - mit Netzümplantation („Lichtenstein-Methode“)
- Minimal Invasive Operationstechnik (Schlüssellochverfahren)
 - („TEPP-Technik“ (Total-Extraperitoneale Netzümplantation))

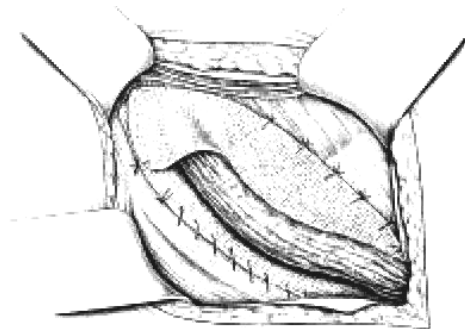
Offene Operationstechnik ohne Netzümplantation („Shouldice-Methode“)

Die Bruchlücke wird in der offenen Operationstechnik ohne Netz durch Zusammen- bzw. Übereinandernähen der einzelnen Muskel- und Bindegewebsschichten verschlossen. Hierbei werden nicht-auflösbare Fäden verwendet.



Offene Operationstechnik ohne Netzümplantation

(„Shouldice-Methode“)



Offene Operationstechnik mit Netzümplantation

(„Lichtenstein-Methode“)

Offene Operationstechnik mit Netzümplantation („Lichtenstein-Methode“)

Die Bruchlücke wird in der offenen Operationstechnik mit Netz durch Auflage und Aufnähen eines sich nicht auflösenden Kunststoffnetzes verschlossen. Hierbei verwenden wir ein speziell für diese Methode entwickeltes Polypropylen-Netz mit einer sich auflösenden Verankerungsschicht, das sogenannte „Progrid“-Netz der Firma COVIDIEN.

Patienteninformation: Leistenbruch – Dr. med. Klaus Peitgen, St. Vinzenz Hospital Dinslaken

Minimal Invasive Operationstechnik („TEPP-Technik“)

Bei den minimal invasiven Techniken wird die Bruchpforte immer mit einem Netz verschlossen. Bei der TEPP-Technik wird das Netz ebenfalls über minimal invasive Zugänge durch aufgedehnte Schichten der Bauchdecke auf die Bruchpforte platziert und damit die Bruchpforten dauerhaft von innen gedeckt. Eine Spiegelung vom Bauchraum aus entfällt.



Operation durch kleinste Schnitte mit feinen Instrumenten



Leistenbruch „von innen“ betrachtet



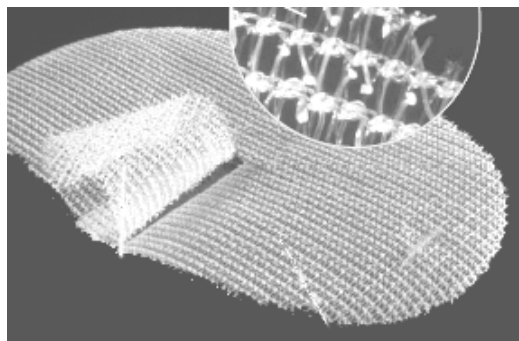
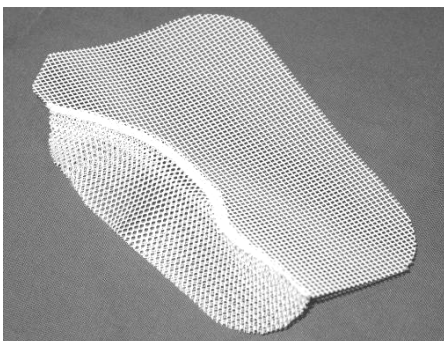
Leistenbruch bedeckt mit dem anatomischen Netz



Kleinste Schnitte - feine Narben

Welche Vorteile haben Operationsverfahren mit Netz ?

Netze werden bei der Lichtenstein-Methode mit Leistenschnitt und bei der endoskopischen Methode (TEPP) verwendet. Durch die Einlage eines Kunststoffnetzes wird die spannungsbelastete und schmerzhafte Naht der Muskelschichten und der Bruchlücke vermieden, dadurch kann eine deutliche Verringerung der Rezidivrate (erneuter Leistenbruch) erreicht werden. Eine schnellere Schmerzfremheit sowie deutlich weniger chronische postoperative Schmerzsyndrome sind weitere wichtige Vorteile.



Welche Vorteile hat die Minimal Invasive Methode ?

Bei der endoskopischen Methode werden die Bruchlücken nicht durch eine Naht geschlossen, sondern durch ein Kunststoffnetz von innen bedeckt und überbrückt. Anstelle eines Leistenschnitts werden nur 3 kleine Schnitte von 0,5 - 1 cm Länge benötigt, mit diesem Zugang können bei Bedarf beide Leisten gleichzeitig versorgt werden. Wesentliche Vorteile der TEPP-Methode stellen die schnellere Genesung und Belastbarkeit der Bauchdecke aufgrund geringerer postoperativer Schmerzen dar. Bei geringerer Rezidiv- sowie Komplikationsrate (ca. 1-2 % Komplikationsrate, Rezidivquote unter 2 %) im Vergleich zu offenen Netzverfahren zeichnet sich die TEPP-Methode durch einen kürzeren Arbeitsausfall und weniger Schmerzzustände (unter 2% aller Patienten) aus. Eine vollständige Belastbarkeit besteht im Normalfall bereits nach 2 Wochen. Die Wunden werden geklebt, ein Fädenziehen entfällt. Nicht zuletzt wird durch die minimal invasiven Zugänge auch ein ansprechendes kosmetisches Ergebnis erzielt.

Weitere Informationen, Illustrationen und Videos

zu dieser Operations-Methode und den Angeboten unserer Klinik

finden Sie unter www.viszeralchirurgie-dinslaken.de

Welche Methode für welche Patienten ?

Diese Frage kann man pauschal nicht beantworten. Ihr Chirurg wird Sie beraten und Ihnen die beste Methode in Ihrer persönlichen Situation empfehlen und erklären. Als Faustregel darf gelten:

- Minimal Invasive Operationstechnik („TEPP-Technik“)
 - Patienten über ca. 40 Jahre, Patienten mit beidseitigen Brüchen oder Rezidiv-Brüchen
- Offene Operationstechnik mit Netz („Lichtenstein-Methode“)
 - Patienten über ca. 80 Jahre (dann in örtl. Betäubung), Patienten mit Voroperationen im Unterbauch (z.B. nach Prostata-Operation)
- Offene Operationstechnik ohne Netz („Shouldice-Methode“)
Patienten mit einseitigen Primärbrüchen unter 40 Jahren, Frauen mit bestehendem Kinderwunsch

Nachbehandlung und Verhaltensregeln nach der Operation

Die Wunden sind bei allen Methoden nur klein und werden immer in der Haut vernäht oder geklebt, das bedeutet, dass ein Fädenziehen nicht mehr nötig ist.

Bei der offenen Nahtmethode („Shouldice-Operation“) und bei der offenen Netzmethode („Lichtenstein-Operation“) empfehlen wir, etwa 2 Wochen körperliche Schonung einzuhalten, damit die Operationswunde heilen kann. Das bedeutet, dass das Heben von Gewichten über 5 Kg und sportliche Aktivitäten oder körperliche Arbeit frühestens nach 2-3 Wochen wieder möglich sind.

Bei der minimal invasiven TEPP-Methode ist Belastung und Sport auch früher möglich. Hier empfehlen wir, etwa 1 Woche körperliche Schonung einzuhalten. Das bedeutet, dass das Heben von Gewichten über 5 Kg und sportliche Aktivitäten oder körperliche Arbeit frühestens 7 Tage nach der Operation wieder möglich sind. Anschließend ist alles erlaubt, was nicht schmerzhaft ist. Dies kann der Patient selbstständig ohne Risiko erproben.

Haben Sie weitere Fragen ? Bitte wenden Sie sich an uns :

Dr. med. Klaus Peitgen
Chefarzt
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
-Zentrum für Minimal Invasive Chirurgie -



St. Vinzenz-Hospital Dinslaken
Dr.-Otto-Seidel-Straße 31 - 33
46535 Dinslaken

- Tel. 02064 44-1022
- Fax 02064 44-1068
- klaus.peitgen@st-vinzenz-hospital.de
- www.st-vinzenz-hospital.de

Ihr Weg zum St. Vinzenz Hospital Dinslaken

Angaben für das Navigationssystem:

- Ort Dinslaken
- Strasse Dr. Otto Seidelstrasse 31-33

Wegbeschreibung:

Aus Richtung Düsseldorf/Duisburg kommend nehmen Sie die BAB A59 bis zur Abfahrt Dinslaken West. Rechts abbiegen (BAB-Ende) Richtung Wesel auf die B8, immer geradeaus bis zur Ampelkreuzung mit Beschilderung St. Vinzenz-Hospital. Rechts abbiegen in die Dr. Otto-Seidel Straße.

Die Parkplätze P1 und P2 befinden sich auf der rechten Seite. Den Parkplatz P3 erreichen Sie weiter rechts auf der Marktstraße am Krankenhaus vorbei über die Zufahrt und Schrankenanlage an der Sr.-Euthymia Straße.

