

Unsere Methode der Leistenbruch-Chirurgie

Der Leistenbruch ist ein Loch in der Muskulatur, durch das sich Gewebe aus der Bauchhöhle (meist Fett-Gewebe, seltener Darmgewebe) nach vorn in die Bauchdecken herausdrückt. Dies kann man selber feststellen, wenn man sich hinstellt und eine weiche Vorwölbung in der Leiste fühlt oder sieht. Im Liegen verschwindet diese Vorwölbung durch das Loch wieder zurück in den Bauch – der Schwerkraft folgend.

Auch mit leichten Druck kann man diesen „Leistenbruch“ in die Bauchhöhle zurückverfrachten, der Mediner nennt dies „reponieren“. Dies darf aber nie mit Gewalt gemacht werden, und es darf niemals schmerzhaft sein.

Wenn sich ein Leistenbruch nicht mehr reponieren läßt, dann ist das Loch zu klein für das bereits durchgetretene Gewebe, man spricht dann von einem „nicht-reponiblen“ Leistenbruch. Wenn sich dann auch noch starke Schmerzen und Entzündungen dazugesellen, liegt eine sog. „eingeklemmter Leistenbruch“ vor. Dies ist ein Notfall und muß sehr bald operiert werden. Gott sei Dank kommt diese Einklemmung selten vor. Es ist nicht berechtigt, in ständiger Angst vor dieser Einklemmung zu leben.

Die Leistenbruch-Operation ist also ein Wahleingriff. Man kann sich den Termin danach bestimmen, wann es einem persönlich und beruflich gut paßt. Es gibt keinen Zeitdruck – auch wenn das immer wieder behauptet wird. Schmerzlose Leistenbrüche können schon seit Jahren bestehen, ohne das irgendetwas passiert ist.

Ein Unterschied ist es natürlich, wenn dauernd Schmerzen vorhanden sind, oder die Vorwölbung sich nie zurückbildet. In diesen Fällen sollte die Operation in den nächsten Wochen stattfinden.

Prinzip der Operation ist der Verschluß der Muskellücke in der Leiste.

Früher haben wir diese Lücke einfach mit einer speziellen Technik in 2 Schichten zugenäht. Bei dieser sog. **Shouldice**-Methode (kanadischer Chirurg) kommt es zu einer Gewebsspannung mit anfänglichen Schmerzen. Wenn man aber in den ersten 6 – 8 Wochen Schonung einhielt, konnte diese Operation zu guten Ergebnissen führen. In großen Studien kam es aber in 15% bis 20% der Fälle zu einem erneuten Leistenbruch („Recidiv“), da diese Naht doch nicht zu einem stabilen Verschluß geführt hatte.

Vor einigen Jahren hatte nun ein anderer amerikanischer Chirurg (**Prof. Rutkow** aus New Jersey) die Idee, das Loch in der Muskulatur nicht mit der unausweichlichen Spannung zuzunähen, sondern es mit einem **Kunststoff-Netz** zuzustopfen. Hierbei wird das Nachbargewebe überhaupt nicht tangiert: Keine Spannung, keine Schmerzen und entsprechend auch viele weniger Recidive. Die Methode ist so überzeugend, daß sie sich extrem schnell in vielen Ländern der Welt durchgesetzt hat. In Deutschland hat es etwas länger gedauert, aber auch hier sind die „Netz-Chirurgen“ auf dem Vormarsch.

Auch wir haben uns vor 2 Jahren diese OP-Technik angeeignet. Wir sind überzeugt, daß sie aktuell die weltweit beste Methode zur Versorgung von Bauchwand-Brüchen darstellt. Alle unsere operierten Patienten konnten bereits nach 2 Stunden wieder die Praxis verlassen und waren nach 3 bis 5 Tagen wieder belastungsfähig. Nach 1 bis 2 Wochen sind viele Patienten sogar wieder arbeitsfähig. Verglichen mit der Shouldice-Methode, die wir über 10 Jahre lang bei 100-en von Pat. angewendet hatten, ein immenser Fortschritt.

Trotzdem: Es bleibt der Wermuts-Tropfen, daß man dem Pat. einen „Fremdkörper“ einsetzt, der lebenslänglich im Körper verbleibt. Wenn man ihn wieder ausbauen würde, hätte der Pat. seinen alten Leistenbruch wieder. Alle Erfahrungen zeigen zwar, daß das Kunststoff-Material des Netzes gut vertragen wird – auch über Jahrzehnte z.B. bei Blutgefäß-Ersatz-Ops, wo dieses Material schon lange verwendet wird. Aber ein Rest-Unbehagen bleibt.

Vielleicht verbessert sich das Netz-Material in den nächsten Jahren in die Richtung, daß es vom Körper nach einigen Monaten aufgelöst wird mit Bildung eines körpereigenen Ersatzgewebes, das dann die Lücke verschließt.
Zur Zeit ist dies noch Zukunftsmusik.

Wir empfehlen allen Patienten, die sich ambulant operieren lassen wollen, sich das Rutkow-Netz („perfix-plug“) einsetzen zu lassen; es bieten aktuell die besten Ergebnisse.

Eine Variation der Netzmethode hat ein weiterer amerikanischer Chirurg eingeführt: Netz-Operation nach **Lichtenstein**. Sie ist wahrscheinlich gleichwertig, da sie von selben Prinzip ausgeht: Die Lücke wird nicht verschlossen, sondern mit einem Kunststoff-Netz zugedeckt.

Wir haben uns für „Rutkow“ entschlossen, ohne aber die „Lichtenstein-Methode“ abzulehnen.

Alle weiteren Fragen zu diesem Komplex möchten wir gerne mit Ihnen im persönlichen Gespräch klären.