

# Wie im Kino – Hernienchirurgie am Klinikum Esslingen



Professor Dr. Ludger Staib

---

**Jeder Mensch kennt ihn: den Bruch. Ob beim Skifahren oder beim Sturz von der Treppe, bekannt sind die Bilder von Menschen, die ein Bein im Gips haben. Brüche ganz anderer Art behandelt Professor Dr. Ludger Staib. Der Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie hat sich mit seinem Team unter anderem auf die sogenannte Hernienchirurgie spezialisiert.**

---

Eine Hernie bezeichnet einen Bruch des Eingeweides. Der wohl bekannteste, häufiger bei Männern vorkommende Eingeweidebruch ist der Leistenbruch. „Wenn ein Patient schwaches Bindegewebe hat, kann es vorkommen, dass es nachgibt, der Volksmund sagt: es „bricht“.“ Bei chronischem Husten oder Verstopfung ist das Weichteilgewebe wiederkehrendem Spitzendruck ausgesetzt, der einer Last von 60 bis 80 Kilogramm entspricht. „Dem kann das Gewebe nicht dauerhaft standhalten und es kommt zum „Bruch““, erklärt Professor Staib. Die Leistenbruchversorgung zählt zu den am häufigsten durchgeführten Operationen in Deutschland. Jährlich müssen sich 250.000 Menschen deshalb behandeln lassen. In Esslingen sind es im Durchschnitt 200 Operationen pro Jahr. Ein Team aus 16 Ärzten kümmert sich hier um Brüche aller Art.

Neben Leistenbrüchen gehören auch Nabel-, Narben- und Schenkelbrüche zu den häufigen Erscheinungsformen. „In der Regel merkt der Patient, dass etwas nicht stimmt. Er fühlt eine deutliche Wölbung an der Bruchstelle, manchmal auch ein Ziehen oder Schmerzen“, erklärt Professor Staib. Nach dieser klinischen Verdachtsdiagnose muss häufig noch durch eine Ultraschalluntersuchung genau geprüft werden, ob ein Bruch vorliegt und wie weit der Bruch fortgeschritten ist. Auch wenn in den meisten Fällen frühzeitig Hilfe zu Rate gezogen wird, kann es vorkommen, dass es zu Einklemmungen an der sogenannten Bruchpforte kommt. Dabei kann sich ein Teil des Darms durch die Bruchpforte in den Bruchsack drücken. Ist das der Fall, spricht man von einem eingeklemmten (inkarzierten) Bruchinhalt. Der Darm wird dann nicht mehr richtig durchblutet und kann schließlich absterben. In solchen Fällen ist binnen sechs Stunden eine Operation notwendig.

Weichteilbrüche sollten in der Regel operiert werden, denn sie bilden sich nicht mehr zurück und haben die Tendenz, größer zu werden und Beschwerden zu verursachen. Wird heute ein Bruch diagnostiziert, entscheiden die Mediziner zusammen mit dem Patienten, welche Art der Operation sinnvoll ist. „Es wird zwischen offenen und minimalinvasiven Operationen, der sogenannten Schlüsselloch-Operation, unterschieden. Sofern es der Gesundheitszustand und die Krankengeschichte des Patienten erlauben, wird minimalinvasiv operiert“, sagt Professor Staib. Offene Operationen werden meist nur dann angewandt, wenn im Bauchraum erhebliche Verwachsungen des Gewebes oder der Organe vorliegen. Was beide Vorgehensweisen eint, ist der Einsatz von Netzen, um den Bruch zu verschließen. Das sogenannte Verfahren nach Lichtenstein wird bei offenen Operationen angewendet und ist seit langem Standard. Vorteil dieser Methode ist die vergleichsweise niedrige Schmerzempfindlichkeit nach dem Eingriff.

Die Netze werden vom Chirurgen auf die Bruchpforte gelegt und mit dem Bauchfell vernäht. Zu allergischen Reaktionen oder Abstoßungen kommt es in der Regel nicht. „Was aber nach dem Einsetzen des Netzes immer wieder vorkommen kann, ist eine sogenannte Wundwasserbildung (Serom). Das ist aber eine natürliche Reaktion des Körpers, denn es wird ein Fremdkörper in den Organismus eingebracht. Mit der Zeit bildet sich das Gewebwasser zurück.“

### Kaum Risiken zu erwarten

Netze gibt es in unterschiedlichen Formen. Neben dem klassischen, viereckigen oder ovalen Netz gibt es auch Leistenbruch-Netze in anatomisch gerechter 3D-Form, die sich der Bruchpforte gut anpassen. Für kleine Nabelbrüche gibt es ringverstärkte Spezialnetze. Sie bestehen aus einem kleinen Tellerchen, an dem eine Schlaufe befestigt ist. Dieses Tellerchen ist groß genug, um den Bruch zu verschließen. Kommt es beim Patienten künftig zu Druckaufbau durch Husten oder Bauchpresse, wird der Druck im Inneren dank des Tellerchens breitflächig verteilt und die gebrochene Stelle bleibt stabil verschlossen. Bei einer minimalinvasiven Operation wird in Narkose durch einen kleinen Bauchdecken-Schnitt zunächst die Bauchhöhle mit CO<sub>2</sub> druckkontrolliert aufgefüllt. Über weitere kleine Schnitte werden eine Minikamera und die Operationsinstrumente in die Bauchhöhle eingeführt. Die Bilder der Kamera werden dem Operateur auf Bildschirmen angezeigt, so dass er die Instrumente problemlos steuern kann. „Dabei können wir inzwischen auf die Video-3D-Technologie zurückgreifen. Das OP-Team trägt dazu 3D-Brillen, man kann es sich also vorstellen wie im Kino. So erlangen wir einen guten Überblick, wie der Bruch aussieht und wie wir ihn stabil versorgen können“, berichtet der Professor. Für den Patienten ist das Verfahren sehr schonend.

Risiken bestehen bei beiden Operationsvarianten kaum mehr. Die Verfahren sind inzwischen jahrelang erprobter und bewährter Standard. In manchen Fällen sind dennoch Komplikationen nicht auszuschließen, über die der Patient vor der Operation ausführlich aufgeklärt wird. „Es ist möglich, dass es zu einem Rezidiv, also einer Wiederkehr des Bruches, kommt. Auch kann es vorkommen, dass der Patient noch eine Weile unter Leistenschmerzen leidet, die ernst genommen, abgeklärt und behandelt werden müssen“, ergänzt Professor Staib.

Untersuchungen durch das Klinikum Esslingen haben aber ergeben, dass nur bei knapp neun Prozent der Patienten nach Abschluss der Behandlung chronische Schmerzen auftreten. In lediglich sieben Prozent der Fälle kam es zu einem Rezidiv. Im Umkehrschluss heißt das, dass die große Mehrheit der Patienten mit einem Leistenbruch nach dem Eingriff wieder beschwerdefrei die gewohnten Alltagstätigkeiten verrichten kann. Wichtig ist jedoch, dass der Patient die Anweisungen des Arztes nach der Operation genau befolgt. Wer beispielsweise zu früh mit schwerer körperlicher Arbeit beginnt, erhöht das Risiko auf ein Rezidiv.

„Unsere operativen Methoden sind inzwischen so perfektioniert, dass durch relativ wenig Aufwand und mit geringem Risiko eine Hernie gut behandelt werden kann.“

Jeder kann von einem Bruch betroffen sein. Vorbeugende Möglichkeiten gibt es nicht. „Menschen, die unter starkem Übergewicht oder extrem schwachem Bindegewebe leiden, sind jedoch häufiger betroffen“, so Professor Staib. *fw*



Während der Operation tragen die Chirurgen 3D-Brillen

Klinikum Esslingen  
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Chefarzt Professor Dr. Ludger Staib  
Telefon 0711-3103-2601  
l.staib@klinikum-esslingen.de