

In einer vierteiligen Serie erklärt Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann, FACS, Facharzt für Chirurgie und Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, was Allgemeinmediziner zu einigen chirurgischen Indikationen wissen müssen.

Leistenbrüche bei Erwachsenen – worauf ist zu achten?

LEISTENBRÜCHE (Hernia inguinalis) stellen mit dem Gallensteinleiden die häufigste chirurgische Erkrankung/Operation dar. Leistenbrüche werden mit zunehmendem Lebensalter häufiger; sie betreffen mehrheitlich das männliche Geschlecht.

DER WEG ZUR DIAGNOSE

Leistenbrüche machen sich durch eine Vorwölbung in der Leiste oder im Skrotum bzw. in dieses hineinreichend bemerkbar. Die Diagnose soll klinisch durch den erfahrenen Untersucher erfolgen, durch Inspektion und Palpation im Stehen und im Liegen sowohl der Leiste als auch vom Skrotum her, auch der kontralateralen Seite. Man lässt den Patienten die Bauchpresse betätigen, um den sich vorwölbenden Bruch mit der Fingerkuppe tasten zu können. Eine Ultraschalluntersuchung kann zur Befundbestätigung oder zur Differenzialdiagnose (z.B. Hydrozele) herangezogen werden.

Eine Anamnese ist zu erheben: Oft wird ein Hebetrauma (brennender Schmerz) berichtet, ziehende Schmerzen können bestehen, sind meist von geringem Ausmaß, außer bei Brucheinklemmung (Hernia incarcerata): Bei dieser ist eine schmerzhafteste Resistenz in der Leiste zu tasten. Vor einer (gewaltsamen) Reposition ist ausdrücklich zu warnen. Die Weiterleitung an einen Chirurgen hat in derartigen Fällen (Einklemmung) unverzüglich zu erfolgen. Oft ist eine Operation innerhalb weniger Stunden notwendig.

Cave: Darmeinklemmung und konsekutive Darmgangrän!

Abgeraten wird davon, aus Unsicherheit über den Befund (Hernie) Ultraschall-, CT-, MR-Untersuchungen anzufordern und den Patienten damit in Unsicherheit zu versetzen. Besser sind eine sofortige Überweisung zum Spezialisten und ein



Ob und mit welchem Verfahren eine Hernia inguinalis zu operieren ist, muss ein erfahrener Chirurg entscheiden

zielgerichtetes Vorgehen! Beim Leisten-schmerz ohne sicht- oder tastbare Hernie (Vorwölbung) kommen differenzialdiagnostisch eine Reihe von Erkrankungen in Frage: des Bewegungsapparates/Orthopädie (Leistenzerrung; sog. sports hernia), urologische und gynäkologische Leiden,

eventuell auch eine neurologische Pathologie.

NEUES AUS DER WISSENSCHAFT

Jahrzehntelang galt der Grundsatz, eine Leistenhernie sobald wie möglich nach Di-

agnose zu operieren. Das Inkarzerationsrisiko sowie die unvermeidbare Größenzunahme wurden jahrzehntelang überschätzt. Neue prospektive Studien haben gezeigt, dass kleine, asymptomatische oder wenig symptomatische Leistenbrüche auch über Jahre beobachtet („watchful waiting“) werden können: Das Inkarzerationsrisiko ist gering, die Größenzunahme unwesentlich. Eine spätere Operation oder Langzeitbeobachtung erhöht weder Morbidität noch Mortalität des Leistenbruches.

FRAGE NACH DER OPERATIONSMETHODE

Welches Operationsverfahren zur Anwendung kommt, kann nur vom spezialisierten Chirurgen entschieden werden. Grundsätzlich gibt es offene Verfahren (mit Netz, ohne Netz; Lichtenstein, Rutkow, Shouldice) und laparoskopische Verfahren (TAPP durch die Bauchhöhle, TEP extraperitoneal). Die Methodenvielfalt zeigt, dass die Hernienchirurgie zu einer Subspezialität der Chirurgie geworden ist, was sich durch zahlreiche Fachgesellschaften und -veranstaltungen wie die Österreichischen Herni-

entage, die Deutsche Herniengesellschaft, die Europäische Herniengesellschaft usw. manifestiert hat. Die verschiedenen Operationsmethoden (siehe oben) sind in ihrer Ergebnisqualität vergleichbar, in den allermeisten Fällen wird eine Netzverstärkung verwendet.

Der Erfolg der Operation richtet sich nach der Qualität der angewandten Chirurgie, nicht nach der Methode. Qualitätsparameter, die Sie hinterfragen sollten, sind Rezidivfreiheit (Rezidivraten von bis zu 3% sind vertretbar) sowie fehlende Komplikationen und Langzeitfolgen (Hodenatrophie, chronische Schmerzen usw.). Bei den postoperativen Komplikationen/Folgen überwiegen bei den konventionellen Operationsverfahren lokale Komplikationen wie Hämatom, chronische Schmerzen und dergleichen, bei den laparoskopischen Verfahren in äußerst seltenen Einzelfällen schwerste Komplikationen bedingt durch den operativen Zugang (Veres-Nadel, Trokare) an Blutgefäßen, Dünn- und Dickdarm. Der

Chirurg hat abzuwägen, welches Verfahren er dem Patienten bei dieser häufigen Erkrankung anbietet.

POSTOPERATIVER AUFENTHALT – NACHSORGE

Der postoperative Aufenthalt beträgt bei allen genannten Operationsverfahren in der Regel ein bis drei Tage. Insbesondere bei Operationen mit Netzverstärkung ist körperliche Schonung für maximal eine Woche notwendig. Danach sind Berufsausübung außer bei schwerer körperlicher Beanspruchung sowie leichter Sport möglich. Das Tragen schwerer Lasten kann/soll für vier bis sechs Wochen vermieden werden. Regelmäßige Nachuntersuchungen sind nicht notwendig.

Univ.-Prof. Dr. ALBERT TUCHMANN,
FACS Facharzt für Chirurgie,
Generalsekretär der Österreichischen
Gesellschaft für Chirurgie, 1010 Wien
info@tuchmann.at

