

Der Narbenbruch / Bauchwandbruch

Allgemeine Informationen

Bei einem Bauchdeckenbruch = **Hernie** (lat. fem. *hernia* von griechisch *hernios* „Knospe“) kommt es zu einem Austritt von Eingeweiden aus der Bauchhöhle durch eine angeborene oder erworbene Lücke in den tragenden Bauchwandschichten.

Die Ursachen der Bruchentstehung sind vielfältig. Bei angeborenen Hernien haben sich embryonal gebildete Bauchfellausstülpungen und Bauchdeckenlücken nicht zurückgebildet. Bei den erworbenen Hernien spielen verschiedene Ursachen eine Rolle (Vererbung, körperliche Belastung, Chronischer Husten, Stoffwechselerkrankungen z.B. der Leber oder Niere, Voroperationen, angeborene Bindegewebsschwäche).

Ist ein Bauchdeckenbruch entstanden wird er sich selbstständig nicht mehr zurückbilden. In aller Regel kommt es zu einer stetigen Größenzunahme, welche nicht unbedingt mit einer Zunahme von Beschwerden einhergehen muss, allerdings wird die operative Versorgung mit zunehmender Größe immer schwieriger und die operativen Ergebnisse schlechter. Eine seltene aber gefürchtete Komplikation ist die Brucheinklemmung. Diese verursacht nicht nur stärkste Schmerzen, in vielen Fällen ist dann eine Notfalloperation, mitunter sogar eine Darmteilentfernung erforderlich.

Folgerichtig sollte daher ein Bauchdeckenbruch operiert werden. Bruchbänder sind keine Alternative da sie ein Bruchleiden niemals verbessern, immer aber die notwendige Operation verzögern und erschweren.

Zu den häufig vorkommenden Bruchformen gehören die Leisten- und Schenkelbrüche, Nabelbrüche, Oberbauchbrüche (Epigastrische Hernie) und verschiedenste Formen von Narbenbrüchen nach Voroperationen.

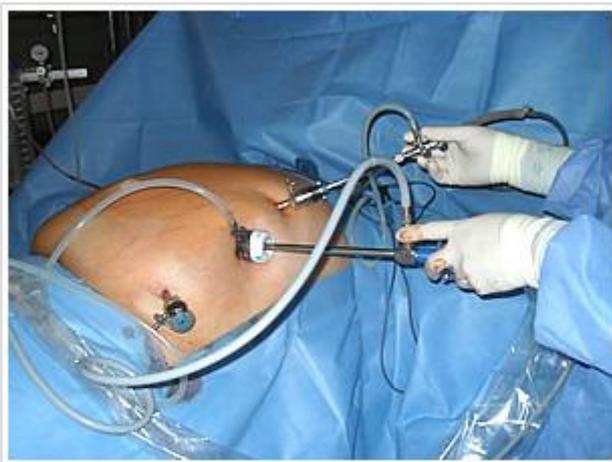


Foto: Zugangsweg der laparoskopischen Hernioplastik (IPOM) bei Nabel- und Bauchwandhernie. 3 Trokare sind platziert

Techniken der operativen Versorgung großer Bauchwand und Narbenbrüche am Heilig-Geist-Hospital

Primäre große Bauchwandhernien sind selten. In der Regel treten sie in der Mittellinie im Oberbauch auf und werden als epigastrische Hernien bezeichnet. Wesentlich häufiger sind Narbenbrüche, d.h. nach stattgehabter Voroperation kommt es nach Wochen, Monaten oder Jahren zu einem erneuten aufreißen der inneren Bauchdecke im Bereich der Narbe. Folgerichtig können Narbenhernien damit an jeder Stelle der Bauchdecke auftreten, wenn dort bereits operiert wurde.

Derzeit werden in Deutschland ungefähr 80.000 Narbenbruchoperationen pro Jahr durchgeführt. Da ein Narbenbruch sich niemals spontan verschließen wird, in der Regel stetig an Größe zunimmt und dann zunehmend komplikationsträchtiger für den Patienten wird, sollte immer eine Operation erwogen werden.

Die Versorgung von Narbenbrüchen mit Kunststoffnetzen sollte heute Standard sein!

Es gilt als gesichert, dass neben Ursachen wie Wundinfekten, Adipositas, Leber und Nierenerkrankungen sowie falsche Techniken beim Bauchhöhlenverschluss, vor allem Störungen im Kollagenstoffwechsel mit daraus resultierender Bindegewebs- schwäche Narbenbrüche entstehen lassen.

Es liegt auf der Hand, dass erneutes einfaches „zusammennähen“ der Bauchdecke bei vorhandener Bindegewebschwäche dauerhaft keine Stabilität erreichen kann, da die Nähte immer wieder ausreißen werden. Dies ist in wissenschaftlichen Studien und aktuellen Veröffentlichungen immer wieder bestätigt worden. So kommt es in bis zu 70% zu einem erneuten Wiederholungsbruch (Re-Rezidiv) wenn ein Narbenbruch lediglich mit Nahtverfahren versorgt wird.

Daher sollte ein Narbenbruch immer mit einem Kunststoffnetz versorgt werden.

Befundabhängig erfolgt entweder eine Bauchwandverstärkung (**Netzaugmentation**), in manchen Fällen ist auch ein sogenannter Bauchwandersatz (**Briding**) erforderlich.

Es gibt heute eine Vielzahl unterschiedlicher Netze aus unterschiedlichen Materialien, teilweise als Materialkombinationen und mit Beschichtungen. Je nach Operationstechnik werden unterschiedliche Netze eingesetzt.



Foto: IPOM Netz (intraperitoneales-onlay-mesh) von außen

Wie werden Bauchwandbrüche am Heilig-Geist-Hospital operiert?

Konventionelle Verfahren: (Bruchoperation mit größerem Schnitt)

In der Regel verwenden wir die Sublay-Technik. Um dies zu erreichen muss bei einigen großen und sehr großen Brüchen eine sehr spezielle und komplexe Operationstechnik eingesetzt werden mit Verschiebung der Muskel- und Bindegewebsschichten gegeneinander. (Komponentenseparation nach Rives-Ramirez)

Das konventionelle Verfahren eignet sich nach wie vor hervorragend bei allen größeren Bauchwand- und Narbenbrüchen

IPOM = Intra-Peritoneales-Onlay-Mesh: (laparoskopische Bruchoperation)

Bei der IPOM-Methode wird das Netz in die Bauchhöhle eingebracht und verschließt von innen die Bruchlücke.

Prinzipiell kann die IPOM-Technik konventionell über Bauchschnitt oder laparoskopisch (Bauchspiegelungsmethode) durchgeführt werden.

Die konventionelle (offene) IPOM Technik hat aus unserer Sicht keine Vorteile, da sie die Nachteile beider Methoden kombiniert. Zum einen besteht der Nachteil des deutlich größeren Zugangs verbunden mit mehr Schmerzen und einer höheren Rate an Wundheilungsstörungen, Blutergüssen und Infektionen, andererseits der Nachteil dass anders wie bei der Sublay-Technik das Netz direkten Kontakt zu den Bauchhöhlenorganen haben kann.

Aufgrund dieser Überlegung führen wir das "IPOM" ausschließlich laparoskopisch durch. Hierdurch werden Zugänge und Gewebetraumatisierung minimiert, damit Schmerzen, Wundheilungsstörungen und Infektionsgefahr vermindert und schlussendlich eine schnellere Rekonvaleszenz erreicht. Die laparoskopische IPOM-Technik stellt aus unserer Sicht in geeigneten Fällen ein hervorragendes Verfahren zu Versorgung von Bauchwandbrüchen dar.