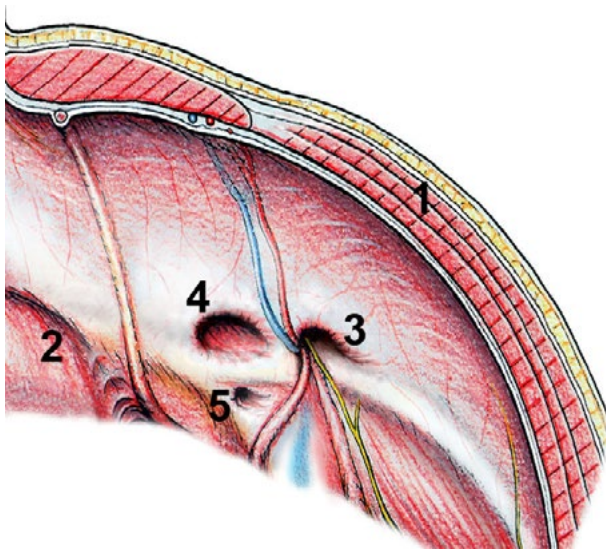


Leistenhernie (Inguinalhernie)

Die Leistenhernie ist die häufigste Hernie im Bereich der Bauchdecke. Sie wird auch als Leistenbruch oder Inguinalhernie bezeichnet. Es handelt sich dabei um eine Schwachstelle resp. um ein Loch in der Bauchdecke, durch welches Bauchfell und auch Eingeweide wie z.B. Darmschlingen austreten können. Heute spricht man eher von einer Leistenhernie im Sinne einer Vorwölbung als von einem Bruch da sonst die Meinung aufkommen könnte, es würde etwas brechen.



Darstellung der möglichen Bruchpforten in der rechten Leiste von innen gesehen.

1. Bauchdeckenmuskulatur
2. Harnblase
3. Indirekte Inguinalhernie
4. Direkte Inguinalhernie
5. Schenkelhernie
6. Bauchfell

Wie entsteht eine Leistenhernie

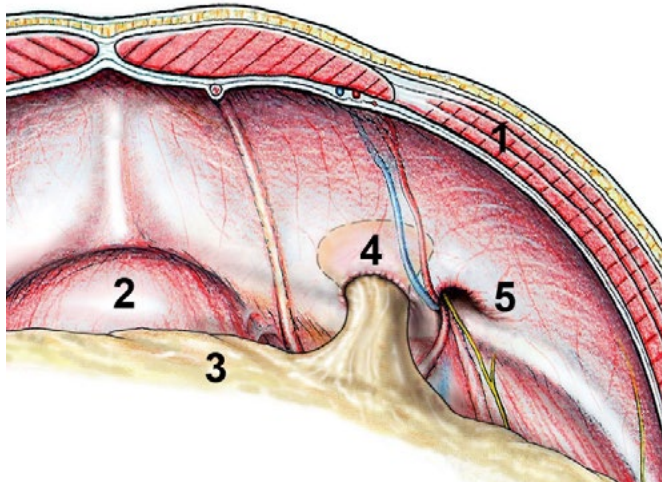
Die früher verbreitete Meinung, ein Leistenbruch entstehe aufgrund eines Traumas - z.B. beim Heben einer schweren Last - ist heute nicht mehr gültig. Entsprechend ist auch der Begriff "Bruch" eher irreführend. Der Fachausdruck "Hernie" (griechisch: Spross, Knospe) beschreibt die von aussen meistens sichtbare Vorwölbung in der Leiste besser. Als Ursachen werden eine allgemeine Bindegewebschwäche, anatomische Gegebenheiten und familiäre Belastung angegeben.

Bei der Leistenhernie (Inguinalhernie) werden grundsätzlich zwei Typen unterschieden:

Die **indirekte Hernie** ist die häufigste Form des Leistenbruchs und nimmt ihren Ursprung am inneren Leistenring. Dabei spielt die Hodenwanderung im ersten Lebensjahr eine Rolle, die eine Öffnung am Anfang des Leistenkanals zurücklässt. Bei zunehmender Grösse kann aus dem indirekten Bruch ein Hodenbruch entstehen. Die Hodenwanderung ist die am meisten genannte Begründung, weshalb beim Mann der Leistenbruch deutlich häufiger auftritt als bei der Frau.

Die **direkte Hernie** tritt an einer Stelle durch die Bauchdecke aus, wo ein muskelfreies Dreieck vorhanden ist. Es handelt sich um eine angeborene Schwäche, die je nach Veranlagung (Bindegewebschwäche, familiäre Belastung) zu einer Hernie führt.

Währenddem die Inguinalhernien oberhalb des Leistenbandes lokalisiert sind, befindet sich die eher seltene Schenkelhernie (Femorahernie) unterhalb des Leistenbandes in Richtung Oberschenkel. Deshalb auch die Bezeichnung Schenkelhernie, die beim weiblichen Geschlecht häufiger vorkommt.



Beispiel einer direkten Leistenhernie auf der rechten Seite.

1. Bauchdecke
2. Harnblase
3. Bauchfell
4. Direkte Leistenhernie
5. Innerer Leistenring

Wie stellt man die Diagnose

Die Diagnose einer Leistenhernie wird in der Regel klinisch gestellt, das heisst bei der Untersuchung des Patienten im Stehen. Bei kleineren Hernien und bei weiblichen Patientinnen ist die Diagnosestellung nicht selten erschwert, weshalb man zu einer Ultraschall-Untersuchung oder sogar zu einer Computertomographie schreitet.

Welches sind die nicht-operativen Therapiemöglichkeiten

Das früher oft verwendete Bruchband ist heute als Behandlung der Leistenhernie veraltet. Es kann den natürlichen Verlauf der Hernie mit Grösserwerden und Auftreten von Beschwerden nicht verhindern. Auch sind die Betroffenen meist nicht mehr bereit, ständig ein Bruchband zu tragen. Eine Inguinalhernie stellt heute prinzipiell eine Operationsindikation dar. Der Defekt in der Bauchwand kann nur mit einer Operation effektiv und dauerhaft verschlossen werden.

Was passiert mit einer Leistenhernie ohne Therapie

Eine kleine nicht-symptomatische Leistenhernie muss nicht gleich operiert werden. Bei erhöhtem Druck in der Bauchhöhle oder beim Husten oder Tragen von schweren Lasten kann es zu brennenden oder stechenden Beschwerden kommen. Ohne Therapie wird eine Leistenhernie mit der Zeit grösser und kann zunehmend Beschwerden verursachen. Es gibt allerdings auch grössere Leistenhernien, welche kaum oder keine Beschwerden verursachen.

Nicht ratsam ist es abzuwarten, bis die Hernie beim Mann bis in den Hodensack reicht. Je grösser nämlich die Hernie ist, desto schwieriger wird die Operation ausfallen. Heute ist man sich unter Fachleuten einig, dass eine Leistenhernie operiert gehört. Der Zeitpunkt kann aber vom Patienten bestimmt werden.

Die akute Einklemmung einer Leistenhernie schliesslich ist eine mögliche aber relativ seltene Komplikation. Wenn dieser Fall aber eintritt, ist meist eine Notfalloperation nötig, was immer eine Zusatzbelastung für den Patienten darstellt.

Welches sind die operativen Therapie-Möglichkeiten

Ziel der Bruchoperation ist der Verschluss der Bruchpforte bei der Frau oder die Einengung bei der indirekten Leistenhernie beim Mann. Durch Vernähen von eigenem Gewebe wird versucht eine Verstärkung der Bauchwand in der Leistenregion zu erreichen. Bei den modernen Methoden wird mit

Kunststoffnetzen gearbeitet, mit welchen die Verstärkung der Bauchdecke noch effizienter erreicht wird.

Prinzipiell unterscheiden wir zwischen der offenen und der laparoskopischen resp. endoskopischen Technik. Zudem kann ein Leistenbruch wie oben erwähnt mit oder ohne Implantation eines Kunststoffnetzes repariert werden. Für die Entscheidung, welche Technik dem Patienten empfohlen werden soll, hat man sich bislang auf das Alter des Patienten und die Art der Hernie abgestützt. Bei jüngeren Patienten tendierte man eher zur offenen Operationstechnik ohne Kunststoffnetzeinlage. Mit zunehmendem Alter ist es klar, dass die Qualität des Gewebes und auch die der Narbenbildung abnimmt. Entsprechend wird bei älteren Patienten die Implantation eines Kunststoffnetzes vorgeschlagen.

Die endoskopische Hernienplastik mit Netzeinlage ist heute für mich die Operation der Wahl. Auch bei Frauen tendiere ich zur dieser Technik, da die beim weiblichen Geschlecht häufiger vorkommende Schenkelhernie damit viel einfacher und effizienter operiert werden kann. Die Erfahrung in den letzten Jahren hat gezeigt, dass auch jüngere Patienten von einer Netzeinlage profitieren können.

Bei einer Rezidivhernie, d.h. wenn eine Hernie nach einer Operation wieder auftritt, ist die routinemäßige Implantation eines Kunststoffnetzes international anerkannt. Grundsätzlich bevorzuge ich bei Rezidivhernien jenen Zugang, der bei der ersten Operation noch nicht verwendet worden ist. Nach offener Bruchoperation schlage ich entsprechend die endoskopische Hernienplastik mit Netzeinlage vor. Wenn ein Patient bereits laparoskopisch oder endoskopisch voroperiert ist, bevorzuge ich bei Rezidivhernien die offene Technik mit Netzeinlage.