

und schließlich reponiert. Vorher möglichst Blase und Darm entleeren. Eine *stationäre Beobachtung* und die *elektive OP in den folgenden Tagen* ist ratsam.

► **Sekundäre Indikation für die sofortige Operation:**

- Die Reposition gelingt nicht innerhalb weniger Minuten.
- Zweifel, ob die Reposition komplett geglückt ist (z. B. bei anhaltenden Schmerzen).
- Auffälligkeiten während der postrepositionellen Beobachtungszeit, z. B. Auftreten von Abwehrspannung.

## 29.2 Hernia inguinalis

### Grundlagen

► **Definition:** Hernie im Bereich des Leistenkanals (Leistenbruch).

► **Epidemiologie:** Die Leistenhernie ist die mit Abstand häufigste Bauchwandhernie. 90% der betroffenen Patienten sind Männer. Die Inguinalhernienoperation ist die am meisten durchgeführte Operation in der Viszeralchirurgie.

► **Anatomie des Leistenkanals** (Abb. 29.3):

- **Decke:** Mm. transversus et obliquus internus.
- **Vorderwand:** Aponeurose des M. obliquus externus und oberflächliche Bauchwandfaszie.
- **Boden:** Leistenband.
- **Hinterwand:** Fascia transversalis und Peritoneum.

► **Beachte:** Das Prinzip aller Leistenhernienoperationen beruht auf der Verstärkung der Hinterwand.

• **Inhalt:**

- Beim Mann: Funiculus spermaticus (=Ductus deferens, A. et V. testiculares, A. ductus deferentis, Plexus pampiniformis, und der R. genitalis vom N. genitofemoralis).
- Bei der Frau: Lig. teres uteri mit begleitender Arterie.
- Bei beiden: N. ilioinguinalis und Vasa lymphatica.

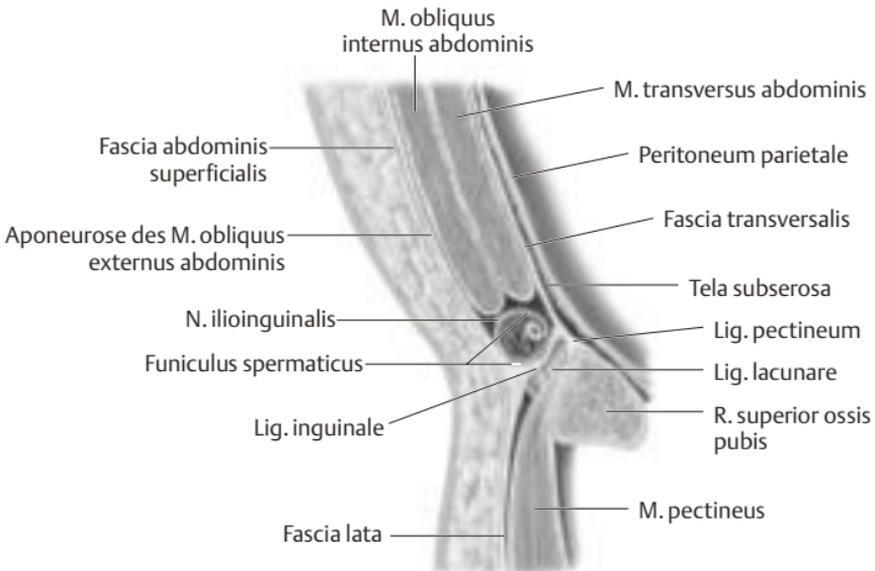


Abb. 29.3 • Anatomie des Leistenkanals im Sagittalschnitt (aus Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus. LernAtlas der Anatomie. Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem. Illustrationen von M. Voll und K. Wesker. Thieme; 2014)

- ▶ **Formen der Leistenhernie:** Siehe Tab. 29.1.
- ▶ **Leistenhernien bei Kindern** (S. 739).

Tab. 29.1 • Formen der Leistenhernie

	indirekte Hernie	direkte Hernie
<b>Ätiologie</b>	<i>angeboren</i> (offener, d. h. persistierender Processus vaginalis; typischer intraoperativer Befund: Die Samenstranggefäße verlaufen aufgesplittert auf dem Bruchsack und getrennt vom D. deferens) <i>oder erworben</i>	<i>erworben</i>
<b>innere Bruchpforte</b>	Anulus inguinalis profundus (lateral der epigastrischen Gefäße)	Fossa inguinalis medialis (medial der epigastrischen Gefäße)
<b>äußere Bruchpforte</b>	Anulus inguinalis externus (= superficialis)	Anulus inguinalis externus
<b>Besonderheit</b>	der Bruchsack ist häufig von präperitonealen Lipomen begleitet	in der Mehrzahl wölbt sich das präperitoneale Fettgewebe nur durch die Bruchlücke vor

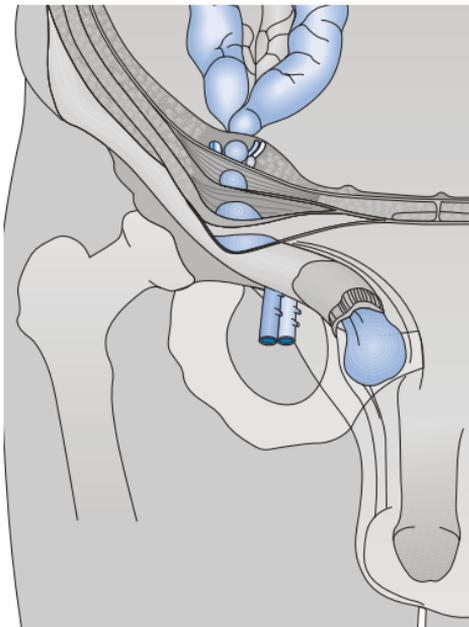


Abb. 29.4 • Schematische Darstellung einer indirekten Leistenhernie rechts

### Klinik

- ▶ Ziehende Schmerzen in der Leiste, besonders beim Gehen und Sitzen.
- ▶ Mechanisch und/oder kosmetisch störende Vorwölbung.
- ▶ **Komplikation:** Inkarceration des Bruchinhalts (S. 470).

## Diagnostik und Differenzialdiagnosen

### ► Klinische Untersuchung im Stehen und im Liegen:

- **Inspektion** der gesamten Leistenregion: Vorwölbung im Bereich des äußeren Leistenrings, die sich in den Skrotalansatz (bei der Frau ins Labium majus) ausdehnt. I. d. R. Blickdiagnose.
- **Palpation** (Abb. 29.5): Wegen der Gravitation ist die Untersuchung im Stehen meist eindeutiger. Zeigefinger in den Leistenkanal einführen und den Patienten husten lassen. Der äußere Leistenring imponiert häufig weit, und man kann ggf. den Bruchsack oder einen Anprall spüren.
- **Auskultation**: Darmgeräusche in einer hernienverdächtigen Schwellung?

### ► Evtl. Sonografie.

### ► **Beachte:** 15% der Betroffenen haben beidseitige Leistenhernien.

### ► **Ergänzende Untersuchungen:** Augenmerk auf evtl. Ursachen für eine intraabdominelle Druckerhöhung richten. Bei Männern > 50 Jahre ist die Prostatapalpation und sonografische Restharnbestimmung (normal bis 50 ml) obligatorisch. Hodenpalpation.

### ► **Differenzialdiagnosen:**

### ► **Beachte:** Beim Leitsymptom „Schwellung in der Leiste“ stehen die Hernien zahlen- und bedeutungsmäßig im Vordergrund.

- Leistenhoden (S. 741).
- **Varikozele**, Hydrozele (S. 740).
- Bei der Frau: Femoralhernie (S. 475).
- Lymphknotenschwellung (S. 461), entzündlich oder maligne.
- **Aneurysma**.
- Follikulitis, Varixknoten, Lipom, Hüftgelenkganglion, Senkungsabszess.

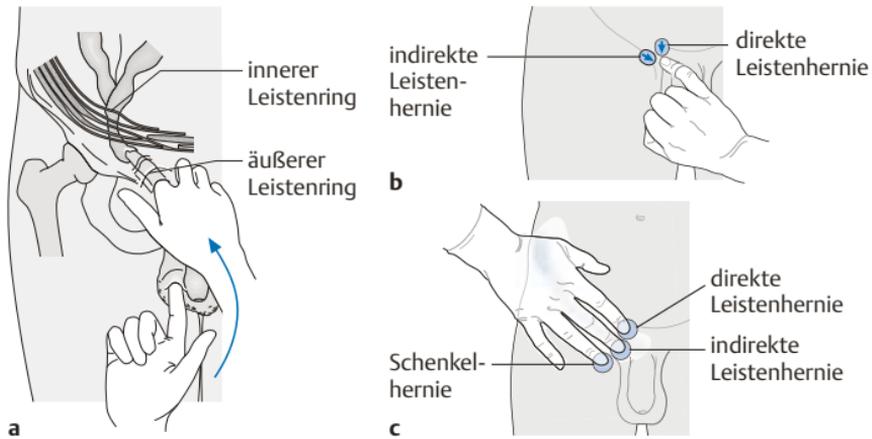


Abb. 29.5 • Untersuchung von Leistenhernien: (a) Palpation des äußeren Leistenrings (im Stehen!); (b) Differenzierung von indirekten und direkten Hernien per Palpation; (c) Typische Austrittspunkte der verschiedenen Hernientypen (b,c aus Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus. LernAtlas der Anatomie. Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem. Illustrationen von M. Voll und K. Wesker. Thieme; 2014)

## Operative Therapie

### ► **OP-Indikationen:**

- Im Prinzip jede Inguinalhernie in jedem Alter.
- Bei Risikopatienten nur im Fall von Inkarzeration bzw. Zustand nach Inkarzeration, Irreparabilität, starken Beschwerden oder sehr großer Hernie.

29.2 *Hernia inguinalis*

- ▶ **Hinweis:** Eine beidseitige Hernie sollte bei Jungen und jüngeren Männern sowie Patienten mit vorbestehender, einseitiger Hodenatrophie auf der Gegenseite mittels TEEP operiert werden. Damit ist das Risiko einer Hodenatrophie sehr gering.
- ▶ **Kontraindikation:** Prostatahyperplasie mit Restharn → zuerst die Prostata sanieren, um kein Hernienrezidiv zu riskieren.
- ▶ **Operationsprinzipien:**
  - ▶ **Hinweis:** Die Verstärkung der Leistenkanalhinterwand erfolgt entweder:
    - von ventral wie bei Shouldice und Lichtenstein *oder*
    - von dorsal (= präperitoneal) mit Abdecken der Bruchlücken mittels eines Kunststoffnetzes (Stoppa, TAPP, TEEP).
  - *Operation nach Shouldice* (S.847): Zugang von außen mit anatomischer Rekonstruktion der Schichten.
  - *Operation nach Lichtenstein* (S.849): Zugang von außen mit Einnähen eines Kunststoffnetzes.
  - *Operation nach Stoppa:* Selten indiziert. Unterer Mittellinienschnitt ohne Eröffnung des Peritoneums. Seitliches Abschieben des Peritonealsacks von der hinteren Bauchwand mit Hernienreposition. Beidseitiges präperitoneales Abdecken aller potenziellen Bruchpforten mit einem großen Kunststoffnetz.
  - *Laparoskopische Operationen:* Laparoskopische transabdominale (Polypropylene-) Netzplastik (TAP[P]) oder total extraperitoneale endoskopische Netzplastik (TEEP).
  - *Rezidivhernie:* Wenn der Primäreingriff „von außen“ erfolgt ist, sollte das Rezidiv „von innen“ operiert werden. Wenn Primäreingriff „von innen“, dann Rezidiv „von außen“ angehen.
- ▶ **Verfahrenswahl:**
  - ▶ **Hinweis:** Die Operationen können theoretisch bei ansonsten gesunden Patienten ambulant durchgeführt werden.
  - *Lichtenstein:* Relativ einfaches Standardverfahren. In Lokalanästhesie möglich.
  - *Shouldice:* Schwierigere Präparation für Anfänger, höhere Rezidivquote als Lichtenstein, aber dafür wird kein Netz eingebracht. In Lokalanästhesie möglich.
  - *Laparoskopische Methoden:* Höhere (Material-)Kosten, technisch anspruchsvoll durchzuführen und narkosepflichtig. Schneller belastbar, geringste postoperative und chronische Schmerzen, geringste Komplikationsrate. Bei beidseitigen Hernien oder Rezidiven.
  - *Operation nach Stoppa:* Die Indikationen entsprechen denen für die laparoskopischen OPs; bestehen Kontraindikationen für eine laparoskopische OP (z. B. Voroperationen im OP-Gebiet), kann die OP nach Stoppa durchgeführt werden.
- ▶ **Nachbehandlung:**
  - *Operation nach Shouldice, Lichtenstein und Stoppa:* Sofortmobilisation und Belastung bis zur Schmerzgrenze, max. 7 kg.
  - *Laparoskopische Operation:* Keine Schonung notwendig.
  - *Arbeitsunfähigkeit:*
    - Operation nach Shouldice, Lichtenstein und Stoppa: 2 Wochen, bei belastender körperlicher Arbeit 3 Wochen.
    - Endoskopische Operationen: 4–6 Tage, für schwere körperliche Arbeit 2 Wochen.

### Prognose und Rezidivquote

- ▶ In Kliniken mit Ausbildungsfunktion (Durchführung der Operation vorwiegend durch Assistenten) bei **Shouldice** bis 8%, bei **Lichtenstein** 4% Rezidive, in spezialisierten Kliniken weniger.
- ▶ Für **TEEP** wird die Quote von Früh- und Spätrezidiven mit 1–2% beziffert.
- ▶ **Weitere Komplikationen:** Selten Dysästhesien und neuralgiforme Beschwerden (häufiger bei Lichtenstein als bei TEEP).

## 29.3 Hernia femoralis

### Grundlagen

- ▶ **Synonym:** Schenkelbruch.
- ▶ **Epidemiologie:** Stets erworben. Verhältnis w: m = 3: 1, Alter > 50 J.
- ▶ **Anatomie:**
  - *Innere Bruchpforte:* Medialer Abschnitt der Lacuna vasorum (Anulus femoralis), der Bruchsack ist i. d. R. medial der V. femoralis zu finden.
  - *Äußere Bruchpforte:* Hiatus saphenus (= Fossa ovalis), Abb. 29.6.

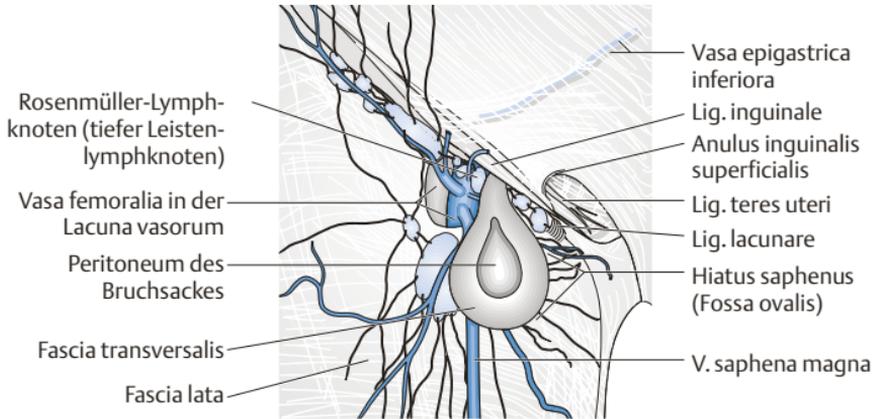


Abb. 29.6 • Hernia femoralis (nach Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus. LernAtlas der Anatomie. Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem. Illustrationen von M. Voll und K. Wesker. Thieme; 2014)

### Klinik

- ▶ **Klinik:** Siehe Leistenhernie (S. 471).
- ▶ **Komplikation:** *Inkarzerationen* sind wegen der kleinen Bruchpforte häufiger als bei der Inguinalhernie und lassen sich meistens nicht reponieren. Nicht selten liegt eine Littré-Hernie (S. 470) vor.

### Diagnostik und Differenzialdiagnosen

- ▶ **Klinische Untersuchung** der gesamten Leistenregion inklusive der femoralen Bruchpforten:
  - Sichtbare und palpable Schwellung unterhalb des Leistenbands am Oberschenkelansatz (Abb. 29.5).
  - Rechts häufiger als links. In 20% treten Femoralhernien beidseitig auf. Nahezu 10% der Frauen und 50% (!) der Männer haben gleichzeitig eine Leistenhernie.
  - ▶ **Beachte:** Bei unklarem Ileus einer älteren Dame immer an die Möglichkeit einer eingeklemmten Schenkelhernie denken. Die Palpation kann bei übergewichtigen Patientinnen sehr schwierig sein. Ziehende Schmerzen in Leiste und Oberschenkelinnenseite sind mögliche Hinweise → Sonografie.
- ▶ **Differenzialdiagnosen:** Siehe DD der Leistenhernien (S. 473).

### Operative Therapie

- ▶ **OP-Indikation:** Jede Femoralhernie.
- ▶ **Operationsprinzipien:**
  - *TEEP:* Gilt heute als Standardverfahren, da hiermit alle Bruchpforten saniert werden können.

## 29.4 Hernia umbilicalis

- **Operation nach Lotheissen-McVay:**
  - Indikation: Bei Inkarzeration, wenn kein Netz implantiert werden darf.
  - Zugang von außen mit anatomischer Rekonstruktion der Schichten. In Lokalanästhesie möglich.
- **Netzplastik nach Stoppa (S. 474).**
- ▶ **Nachbehandlung:** Siehe Leistenhernie (S. 471).
- ▶ **Prognose:** Lotheissen-McVay hat eine Rezidivquote von 4–5%. Die Operationstechniken mit Implantation eines Kunststoffnetzes haben eine deutliche Senkung der Früh- und Spätrezidive zur Folge.

## 29.4 Hernia umbilicalis

### Grundlagen

- ▶ **Synonym:** Nabelbruch.
- ▶ **Epidemiologie:** w > m, Altersgipfel 40.–50. Lj.
- ▶ **Prädisposition:** Schwangerschaft, Adipositas, weibliches Geschlecht, schwere körperliche Arbeit, Aszites.
- ▶ **Pathogenese:** Die embryonale Durchtrittsstelle der Nabelorgane durch die Bauchwand (*Anulus umbilicalis*) bildet sich normalerweise im Säuglingsalter zurück. Verbleibt eine weite Faszielücke, kann eine Hernie resultieren.
- ▶ **Hinweis:** Bei Säuglingen erfolgt häufig ein Spontanverschluss im 1. Lj., weswegen man nicht voreilig operieren sollte.
- ▶ **Besonderheiten:** Oft findet sich nur präperitoneales Fett in der Lücke (analog zu Abb. 29.7). Die Kombination von umbilikaler und paraumbilikaler Hernie ist möglich. Häufig verwachsen (dann meist irreponibel).

### Klinik

- ▶ Exzentrische Einengung des Nabels durch Vorwölbung der Nabelhaut, bei größeren Hernien Eversion der ganzen Nabelhaut. Tastbare Bruchlücke.
- ▶ Evtl. ziehende Schmerzen in der Nabelgegend.
- ▶ **Komplikation:** Netzinkarzeration (mit Schmerzen, evtl. livider Verfärbung des Nabels) → Nekrose → Abszess; evtl. Ileus.

### Diagnostik und Differenzialdiagnosen

- ▶ **Klinische Untersuchung:**
  - **Inspektion:** Die Bauchpresse aktivieren lassen, z. B. indem der Patient im Liegen beide Beine gleichzeitig anhebt.
  - **Palpation.** Bei unklarem Befund (z. B. bei Adipositas) → Sonografie.
- ▶ **Differenzialdiagnosen:** Paraumbilikale (= epigastrische) Hernie (S. 477), Narbenhernie (S. 478).

### Operative Therapie

- ▶ **OP-Indikation:** Nabelhernie > 2 cm Durchmesser oder bei Beschwerden.
- ▶ **Hinweis:** Auch bei den Nabelhernien gilt, dass kleine Bruchlücken viel gefährlicher als große sind. Man sollte sie frühzeitig operieren.
- ▶ **Operationsprinzip:** Siehe Nabelhernien-Operation (S. 852).
  - Bruchlücke > 2 cm: Netzplastik.
  - Bruchlücke ≤ 2 cm: Fasziendopplung nach Mayo oder Netzplastik.
- ▶ **Nachbehandlung:**
  - Adipöse Patienten mit großer Bruchlücke sollten postoperativ nur mit elastischer Bauchbinde mobilisiert werden.
  - Arbeitsunfähigkeit: Bei Büroarbeit 1–3 Wochen, bei schwerer körperlicher Arbeit länger (ca. 6 Wochen; abh. von Art der Arbeit, Adipositas, OP-Technik).

## 29.5 Hernia epigastrica

### Grundlagen

- ▶ **Definition:** Faszienlücke in der Mittellinie (Linea alba) zwischen Processus xyphoideus und Nabel mit Austritt von präperitonealem Fettgewebe (sog. „Lipom“) oder echter Hernie (Abb. 29.7).
- ▶ **Epidemiologie:** Im mittleren und höheren Alter (> 50. Lebensjahr), häufiger bei Männern.
- ▶ **Paraumbilikale Hernie** = nabelnahe epigastrische Hernie.

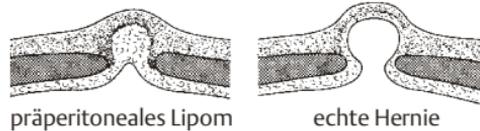


Abb. 29.7 • Formen der epigastrischen Hernie

### Klinik

- ▶ Häufig symptomlos. Typisch sind Schmerzen beim längeren Sitzen, z. B. bei Lastwagenfahrern.
- ▶ Vorwölbung zwischen Nabel und Sternum in der Mittellinie oder paramedian.
- ▶ **Hinweis:** Eine epigastrische Hernie darf erst zur Erklärung von Oberbauchbeschwerden herangezogen werden, wenn andere Ursachen, insbesondere ein Ulcus duodeni (S. 336), ausgeschlossen sind.
- ▶ **Komplikation:** Inkarceration (S. 470) von Omentum oder Dünndarm, sehr selten Kolon.

### Diagnostik und Differenzialdiagnosen

- ▶ **Klinische Untersuchung:**
  - Siehe Nabelhernie (S. 476).
  - ▶ **Hinweis:** Ist die Hernie Ursache von Schmerzen, sind die Patienten häufig selber in der Lage, die Bruchlücke exakt zu lokalisieren. Diese ist oft druckdolent.
- ▶ **Ergänzende Untersuchungen** bei diagnostischer Unsicherheit:
  - **Sonografie des Abdomens** bei atypischen Beschwerden (*DD:* Gallenstein?).
  - **Gastroskopie.**
  - **Röntgenuntersuchung:** Abdomenübersicht oder Magen-Darm-Passage bei atypischen Beschwerden.
  - **CT oder MRT:** Darstellung der Faszie und Faszienlücke bei sehr adipösen, nicht sicher zu palpierenden Bauchdecken.
- ▶ **Differenzialdiagnosen:**
  - **Narbenhernie** (S. 478) nach oberer medianer Laparotomie.
  - **Rektusdiastase:** Linea alba breit, Faszie stark verdünnt. Beim Pressen gleichmäßige Vorwölbung auf der ganzen Länge. Macht fast nie Beschwerden, deshalb in der Regel nicht behandlungsbedürftig. Operation (Fasziendoppelung, evtl. mit Kunststoffnetz-Unterlage) nur, wenn zusätzlich eine epigastrische Faszienlücke vorhanden ist, die geschlossen werden muss.
  - **Nabelhernie** (S. 476): Ähnlicher Befund wie bei paraumbilikaler Hernie.

### Operative Therapie

- ▶ **OP-Indikation:** Epigastrische Hernie mit Beschwerden.
- ▶ **Operationsprinzipien:**
  - **Kleine Hernien:** Analog zu Nabelhernien (S. 852).
  - **Große Hernien:** Analog Narbenhernien (S. 852).

► **Nachbehandlung:**

- Adipöse Patienten mit großer Bruchlücke sollten postoperativ nur mit elastischer Bauchbinde mobilisiert werden.
- **Arbeitsunfähigkeit:** Büroarbeit 7–10 Tage; schwere körperliche Arbeit 4 Wochen (bei Adipositas ggf. länger).

## 29.6 Narbenhernie

### Grundlagen

- **Epidemiologie:** Im Verlauf von bis zu 10 % aller Laparotomien. Die Hälfte tritt in den ersten 6 Monaten nach der OP auf.
- **Pathogenese:** Fehlen der Faszien- und Muskelschicht im Bereich einer Operationsnarbe, i. d. R. durch sekundäre Dehiszenz der betreffenden Schicht. Im Laufe der Zeit Größenzunahme infolge von Retraktion der Faszien- und Muskelränder. Nach jahrelanger Vernachlässigung kann der Großteil des Darms im Bruchsack liegen.
- **Ätiologie:**
  - Meistens nach Wundinfektion (S. 196).
  - Seltener nach Fasziennaht unter zu starker Spannung, bei erhöhtem intraabdominalen Druck oder Wundheilungsstörung.
  - **Herniegefährdete Schnittführungen:** Median- und Pararektalschnitt.
- **Prädisposition:**
  - Postoperativ Obstipation, starkes Husten, u. Ä.
  - Postoperativ frühzeitige schwere körperliche Arbeit.
  - Postoperative Anämie, Faktor-VIII-Mangel.
  - Eiweißmangel.
- **Aufbau:** Haut, Subkutis, Darmwand (Abb. 29.8a). Gelegentlich sogar ohne Serosa (dann ohne Bruchsack). Häufig mehrkammrig („Swiss cheese hernia“).

### Klinik, Diagnostik

- **Klinik:** Vorwölbung der Narbe beim Anspannen der Bauchdecken. Spontane Reposition bei Entlastung.
- **Diagnostik:**
  - **Klinische Untersuchung:**
    - Analog zur Nabelhernie (S. 476).
    - Inspektion: Haut sauber verheilt? Ekzem, Ulkus? Fadenfistel?
    - Palpation: Hernie reponibel? Ausmaß der Faszienlücke? Qualität der Faszienränder?
  - Evtl. **CT** oder **MRT** zur genauen Beurteilung der Faszienränder, besonders bei adipösen Patienten.

### Differenzialdiagnosen

- **Muskelhypotonie und -fibrose** im Operationsbereich: Infolge Denervation und/oder Devaskularisation bei schlechter Schnittführung. Vorkommen insbesondere nach Lumbotomie und nach Dorsalverlängerung eines Leisten- oder Wechselschnitts.
- **Rektusscheidenhämatom:**
  - **Ätiologie:**
    - Entstehung insbesondere unter Antikoagulation; oft ohne adäquates Trauma oder nach Husten bzw. Niesen.
    - Als Komplikation z. B. nach einer laparoskopischen Cholezystektomie bei Verletzung kleiner Gefäße durch einen Trokar in Kombination mit der medikamentösen Thromboseprophylaxe.
  - **Diagnostik:** Sonografie.

▣ **Hinweis:** I. d. R. findet sich keine umschriebene Blutungshöhle, sondern eine diffuse Blutdurchtränkung des Gewebes.

- **Therapie:** Ein Hämatom, das keinen relevanten Druck in der Rektusscheide ausübt, nicht operieren, sondern die Spontanresorption abwarten (Kühlung, in der Frühphase abwechselnd mit Sandsack). Ggf. die Gerinnung optimieren.
- **Komplikation:** Infektion.

## Operative Therapie

▶ **OP-Indikationen:** Jede Narbenhernie. **Voraussetzung:** Reizlose Haut, keine Fadenfistel, guter Allgemeinzustand u. Ä.

▶ **Operationszeitpunkt:** Frühestens ½ Jahr nach Abheilung der primären Wunde (Narbenreifung).

### ▶ Operationsprinzipien:

- **Aseptische Verhältnisse** und **spannungsfreier Verschluss** sind wesentlich für den Erfolg der Operation.
- **Möglichkeiten:**
  - Verfahren der Wahl: Implantation eines **Polypropylenetzes in sublay-Technik**. Abb. 29.8b und vgl. Operation von Narben-, Nabel- und epigastrischen Hernien (S.853). Die **onlay-Technik** (Abb. 29.8c) hat u. a. wegen häufigerer Infektionen schlechtere Resultate.
  - Alternativ kann die **IPOM-Technik** laparoskopisch angewandt werden, bei der ein adhäsionshemmendes Netz direkt intraperitoneal eingebracht und über dem Bruch fixiert wird. Bei kleineren Hernien kann die Pforte vorgängig von innen verschlossen werden.
  - **Direktverschluss:** Wegen der hohen Rezidivrate nur bei sehr kleinen Hernien ratsam (z. B. bei Trokarnarben).
  - Lassen sich die Faszienlücken nicht spannungsfrei verschließen, kann der Defekt in **inlay-Technik** (Abb. 29.8d) überbrückt werden. Um keine Verklebungen mit dem Darm zu riskieren, wird ggf. ein beschichtetes Polypropylen-Netz implantiert. Diese Technik weist aber ein wesentlich höheres Rezidivrisiko auf.

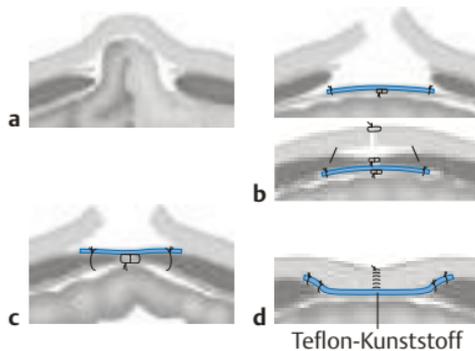


Abb. 29.8 • Narbenhernie und Techniken der Netzimplantation: (a) Narbenhernie; (b) Sublay-Technik; (c) Onlay-Technik; (d) Inlay-Technik (aus Hirner und Weise, Chirurgie Schnitt für Schnitt, Thieme, 2008)

### ▶ Nachbehandlung:

- Mobilisation nur nach Anlegen einer Bauchbinde.
- Evtl. gelegte Entlastungsnähte frühestens nach 2 Wochen entfernen.
- **Arbeitsunfähigkeit:** Abhängig vom Ausmaß der Hernie und der Sanierung. Bei Notwendigkeit der Implantation von Fremdmaterial (Netz) evtl. 4–6 Wochen.
- ▶ **Prognose:** Bei netzfreien Techniken Rezidivquoten bis zu 50%, nach sublay-Implantation ca. 5%.
- ▶ **Prophylaxe:**
  - Verwendung von Stützsnähten bei gefährdeten Patienten.
  - Postoperatives Tragen eines Bauchgurt während der Mobilisation.

## 29.7 Seltene Hernien

- Striktes Verbot, nach der OP Lasten zu heben (für 4–6 Wochen).
- Ausreichende Ernährung, Absetzen – soweit möglich – heilungsbehindernder Medikamente (z. B. Kortison).

## 29.7 Seltene Hernien

### Vorbemerkungen

- ▶ Bei lokalisierten Schwellungen sowie umschriebenen oder ausstrahlenden Schmerzen am Rumpf sind seltene Hernien differenzialdiagnostisch in Betracht zu ziehen.
- ▶ Diese Hernien entwickeln sich vor allem bei Patienten mit Schwund des retroperitonealen Fettgewebes, z. B. ältere Patienten mit erheblichem Gewichtsverlust.

### Formen

- ▶ **Vordere Bauchwand:** Spieghele-Hernie.
- ▶ **Lumbalgegend:** Hernia lumbalis.
- ▶ **Beckenboden:** Hernia obturatoria, Hernia ischiadica, Hernia perinealis.
- ▶ Sonderform „**Innere Hernien**“: Entstehen meist in den Grenzbereichen von Intra- peritoneal- zu Retroperitonealraum. Der Darm kann in einer präformierten Bauchfell- tasche eingeklemmt werden. *Typische Lokalisationen:*
  - Entlang der Flexura duodenojejunalis = *Treitz-Hernie*.
  - Im Foramen epiploicum (Winslowi).
  - Am ileozäkalen Übergang.
  - Oder iatrogen bei insuffizientem Verschluss einer Mesenteriallücke nach Darm- operation. Häufig nach Magen-Bypass-Operationen bei Adipositas.
- ▶ **Beachte:** Innere Hernien inkarzerieren leicht und führen dann zu einem mecha- nischen Ileus (S. 358).

### Diagnostik

- ▶ Analog zu den o. g. Hernien.
- ▶ **Ergänzende Untersuchungen:** Sonografie zur Unterscheidung von Hernien und soli- den Tumoren bzw. CT (indiziert bei ungewöhnlicher Lokalisation und unsicherer klinischer Diagnose).

### Operative Therapie

- ▶ **Indikation:** Wegen der Inkarzerationsgefahr immer gegeben. Das OP-Verfahren hängt ab von Lokalisation und Art der Hernie.
- ▶ **Hinweis:** Perineale Hernien bedürfen in der Regel proktologischer Zusatzoperatio- nen (z. B. eine Beckenbodenplastik).