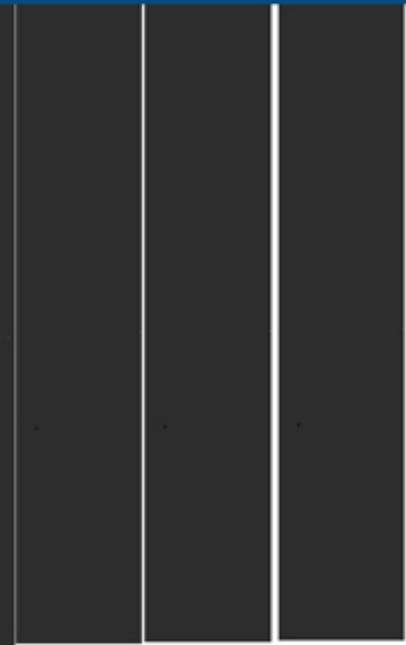


Helmut Moldaschl



Der Leistenbruch

Alles über eine Schwäche
des starken Geschlechts



Inhalt

Verzeichnis der Abbildungen

1. Für Eilige
 - 1.1 In aller Kürze
 - 1.2 Was ist so ein Leistenbruch?
 - 1.3 Muss ein Leistenbruch behandelt werden?
 - 1.4 Wie häufig kommen Leistenbrüche vor?
 - 1.5 Wie stellt man einen Leistenbruch fest?
 - 1.6 Gefahr bei Einklemmung?
 - 1.7 Wer hilft mir?
 - 1.8 Muss eine Operation sein?
 - 1.9 Wie lange schon gibt es solche?
 - 1.10 Was geschieht dabei?
 - 1.11 Und nachher?
 - 1.12 Hätte ich das Ding vermeiden können?
2. Wie war das früher mit dem Leistenbruch, und heute?
3. Die Beule an meiner Bauchwand
4. Wie kann ich feststellen was los ist?
 - 4.1 Was sind die typischen Symptome eines Leistenbruchs?
 - 4.2 Wie stellt der Arzt einen Leistenbruch fest?
 - 4.3 Wo sind Facharzt und Klinik für meine Operation?
 - 4.4 Wonach muss ich mich erkundigen?
5. Wie das bei mir war
 - 5.1 Eine Überraschung

5.2 Die Vorbereitung meiner Operation

5.3 Die Operation

6. Was ist die Bauchwand?
7. Was sind die Faszien?
8. Was ist die Leiste?
9. Was ist die Ursache eines Leistenbruchs?
10. Welche Typen von Leistenbrüchen gibt es?
 - 10.1 Was ist ein Indirekter Leistenbruch?
 - 10.2 Was ist ein Hodenbruch?
 - 10.3 Was ist ein Direkter Leistenbruch?
11. Welche Zustände von Leistenbrüchen gibt es?
 - 11.1 Was ist eine Asymptomatische Hernie?
 - 11.2 Was ist eine Symptomatische Hernie?
 - 11.2.1 Was ist eine Symptomatische Reponible Hernie?
 - 11.2.2 Weshalb ist eine Nicht-reponible Hernie gefährlich?
12. Bin ich ein Sonderfall? Wie häufig sind Leistenbrüche?
 - 12.1 Wie häufig sind Leistenbrüche?
 - 12.2 Leistenbrüche bei Kindern und Jugendlichen?
13. Die Anatomie der Leiste
 - 13.1 Die Anatomie der intakten Leiste
 - 13.2 Die Anatomie der beschädigten Leiste
14. Diagnose: Wie lässt sich ein Leistenbruch feststellen?
 - 14.1 Was sind die Symptome (S) für einen Leistenbruch?
 - 14.2 Wie erfolgt die Untersuchung?
 - 14.3 Wie wird die Diagnose gestellt?
15. Therapie: Was sollte oder muss gemacht werden?
 - 15.1 Wie wird die Therapie festgelegt?
 - 15.2 Heilt ein Bruch zu?

15.3 Kritische Frage: Muss immer gleich operiert werden?

15.4 Was ist bei einer Erkrankung von Kindern zu tun?

15.4.1 Prävention bei Kindern?

15.4.2 Operation von Kindern?

15.4.3 Narkose bei Kindern?

15.4.4 Krankenhausaufenthalt von Kindern?

15.5 Was ist bei einer Erkrankung von Erwachsenen zu tun?

15.5.1 Gibt es wirksame alternative Maßnahmen?

15.5.2 Operation von Erwachsenen?

16. Kurzfassung: Welche Operationstechniken gibt es?

16.1 Was ist das Ziel einer Operation?

16.2 Was sind ‚Offene Methoden‘?

16.2.1 Die Offene Methode ohne Netzverstärkung

16.2.2 Die Offene Methode mit Netzverstärkung

16.3 Was sind Minimal-invasive Methoden?

16.3.1 Minimal-invasiv, ohne Netz

16.3.2 Minimal-invasiv, mit Netz

17. Detailbeschreibung der Operationstechniken

17.1 Was sind Offene Operationstechniken?

17.2 Wer hat die Offene Technik erfunden?

17.3 Was ist die Technik nach Shouldice?

17.4 Was ist die Technik nach Lichtenstein?

17.5 Was ist TIPP?

17.5.1 Anwendungsbereiche und Vorteile von TIPP?

17.5.2 Operative Merkmale von TIPP?

- 17.5.3 Was sind die Ergebnisse von TIPP?
- 17.6 Weshalb werden Netze eingesetzt?
- 17.7 Welche Möglichkeiten der Netzbefestigung gibt es?
- 17.8 Ihr Körper soll äußerlich unbeschädigt bleiben?
- 17.9 Was ist die Minimal-invasive Chirurgie MIC?
- 17.10 Was ist ein Trokar, was ist ein Endoskop?
- 17.11 Was ist die Endoskopie?
- 17.12 Die Endoskopische Reparatur der Leistenhernien?
- 17.13 Minimal-invasive Operationstechniken. Vorteilhafter?
- 17.14 Wie ist der Ablauf einer Operation in TAPP-Technik?
- 17.15 Wie erfolgt eine Operation in TEP-Technik?
- 18. Was ist eine Narkose und wozu braucht man sie?
 - 18.1 Narkosetechniken: Wesentliche Unterschiede?
 - 18.2 Lokalanästhesie: Das beste Mittel zur Narkotisierung?
 - 18.3 Wann ist eine Vollnarkose erforderlich?
 - 18.4 Wie läuft eine Vollnarkose ab?
 - 18.5 Wie fühle ich mich nach einer Vollnarkose?
- 19. Welche Risiken bei einer Leistenbruch-Operation?
 - 19.1 Welche Komplikationen können auftreten?
 - 19.2 Vergleich zwischen TAPP und TEP Technik
 - 19.3 Wie wahrscheinlich sind welche Komplikationen?
- 20. Wie kann ich mich auf meine Operation vorbereiten?
- 21. Was muss ich nach der Operation beachten?
- 22. 21.1 Was tue ich bei Schmerzen, Schwellungen etc.?
 - 21.2 Was tue ich bei Schmerzen?

- 21.3 Wann darf ich wieder unter die Dusche?
- 21.4 Darf ich essen und trinken?
- 21.5 Darf ich eigentlich rauchen?
- 21.6 Wann sollte ich mich kontrollieren lassen?
- 21.7 Wann ist körperliche Belastung ratsam?
- 21.8 Wie ist das mit der Verletzungsgefahr beim Sport?

23. Kann das Ding wieder auftreten?

- 22.1 Operations-Techniken und wie viele Rezidive?
- 22.2 Wie hoch ist die Rezidivrate bei Kindern?
- 22.3 Wie werden Rezidive behandelt?
- 22.4 Wie wirksam sind medizinische Maßnahmen?

24. Kann ich einen Leistenbruch rechtlich geltend machen?

25. Erfahrungen und Ratschläge aus der Öffentlichkeit

- 24.1 Präoperative Situation
- 24.2 Postoperative Situation

26. Was ist ...? Fachbegriffe

27. Literatur

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Der Leistenbruch

Abbildung 2: Leistenhernie, Offene Operationstechnik

Abbildung 3: Die Anatomie des Bauchs. Verschiedene Hernien

Abbildung 4: Die Struktur von Faszien

Abbildung 5: Die Position der Leisten

Abbildung 6: Anatomie der intakten Leiste, Querschnitt

Abbildung 7: Anatomie der beschädigten Leiste

Abbildung 8: Leistenbruch-Gürtel

Abbildung 9: Shouldice-Operation (ohne Netzverstärkung)

Abbildung 10: OP nach Lichtenstein (mit Netzverstärkung)

An alle Leistenbruch-Patienten!

Fast 30 % der Männer und 3 % der Frauen werden in ihrem Leben mit dieser Krankheit konfrontiert. In Deutschland unterziehen sich jedes Jahr über 200.000 Patienten einer Operation, in den Vereinigten Staaten sind es inzwischen 800.000. Für die Chirurgie ein krisenfreies Geschäft.

Und dabei ist der Leistenbruch keineswegs eine Erkrankung der Neuzeit. Man weiß, dass er schon seit einigen tausend Jahren gesundheitliche Probleme macht, aber erst seit wenigen Jahrzehnten hat man die Krankheit wirklich im Griff, in diesem erstaunlich komplexen Bereich in der Leiste, der kaum größer ist als ein Schnapsglas.

Aufgrund der vielen erfolgreich durchgeführten Operationen kennt man die Anatomie der Leiste mittlerweile sehr genau, und man weiß, was bei der Reparatur dieses Wunderwerks an Bindegewebe, Blutgefäßen und Nerven zu tun ist. Das raffinierte Gebilde zeigt beim Mann obendrein eine delikate Schwachstelle, nämlich genau dort wo der Samenstrang vom Hoden kommend durch die Bauchdecke tritt. Während Frauen diesbezüglich nichts zu befürchten haben, droht dem starken Geschlecht – so munkelt man jedenfalls – Ungemach in Form von Impotenz, Libidoverlust und Unfruchtbarkeit, sobald nämlich das Gesamtkunstwerk operativ geöffnet und an ihm herumgeschnitten wird. Aus jeder Richtung ist zu hören, dass man als Mann Schmerzen in der Leiste und im Bein verspürte, im Hoden oder am Hodensack, unter unerträglichen Druckgefühlen litte, sonderbares Kribbeln oder Pulsieren beim Stehen und Gehen wahrnehme, auch beim Tragen schwerer Lasten oder beim Sport, und

gelegentlich wird man vom sarkastischen Hinweis überrascht, dass die empfindliche Körperregion beim Sex plötzlich in ganz anderer Weise rebellierte als gewollt.

Man sollte also zumindest in dieser Hinsicht die Finger davon lassen.

Es ist daher nur zu verständlich, dass viele angehende Leistenbruch-Patienten Angst vor verheerenden chirurgischen Fehlern haben und einer Operation lieber aus dem Weg gehen. Es sind fast immer dieselben Fragen, die einen Kranken oder einen angehenden Patienten beschäftigen. Angst aber kann ernste Komplikationen hervorrufen, nämlich wenn sie zu einer zeitlichen Verschiebung dringend notwendiger Maßnahmen führt. Meine Mutter hat immer in ihrem ‚Doktorbuch‘ nachgesehen, wie sie das dicke Ding genannt hat, um zu erfahren, wie das da in der versiegelten Briefen gemeint ist, die ihr der Facharzt an unseren Hausarzt stets nach einer Untersuchung mitgegeben hat. Briefe, die sie als Patient nicht einmal öffnen durfte, was mir bis heute unverständlich ist.

Haben die Kritiker also recht, und ist der operative Eingriff an der Leiste tatsächlich so geheimnisvoll und gefährlich wie man erzählt? Insbesondere das männliche Geschlecht ist extrem verunsichert, zumal sich viele diesbezügliche Darstellungen widersprechen. Was aber ist dran an dieser diffusen Furcht vor einer Gefahr, die sich in der Realität nicht immer so offenbart wie vielfach behauptet?

Zufällig nun hatte ich mich selbst vor einiger Zeit diesem Thema zu stellen und wurde medizinisch ebenso hervorragend wie unspektakulär operiert. Keine von den angeführten Entsetzlichkeiten ist mir widerfahren, und

deshalb dachte ich mir, ich sollte Ihnen einfach darüber erzählen.

Als Einzelfall bin ich einerseits nicht repräsentativ, doch geht andererseits nichts über eigene Erfahrungen, und sie veranlassten mich letztlich, über die ganze Geschichte intensiver nachzudenken, als ich es ohne diese Episode getan hätte, und so stellte ich mir gleich ein paar Fragen:

- Ist das ganze klinische Getue tatsächlich so unsicher, so gefährlich, so schmerzhaft, wie es gelegentlich dargestellt wird? Haben die Mediziner wirklich keine Ahnung, wie es gerade manche Homöopathen darstellen, und ist alles nur Zufall, was da so herauskommt?
- Hat man also schlichtweg nur Glück, wenn man nachher nicht impotent ist?
- Muss man sich wirklich gleich operieren lassen, wenn man etwas bemerkt hat, egal wo man gerade ist, in der Kalahari oder auf dem Südpol, oder kann man abwarten, und wenn ja wie lange? Und mit welchem Risiko?
- Gibt es neben der Operation nicht doch eine genial einfache und schonende Lösung des Problems, wie in manchen Schriften behauptet wird? Eine bisher unbekannte Variante der Homöopathie oder der Akupunktur? Man sticht einfach an der richtigen Stelle, und alles ist wieder gut?
- Vielleicht helfen Training, Diät, Umschläge, Massage oder gar ein Bruchband? Man lässt sich die Stelle sachkundig massieren, bei Vollmond zum Beispiel, und schon ist das Dings-da futsch.
- Und wenn operiert werden muss, welche Art von Operation ist die Beste? Welche die Sicherste? Wo sind die Koryphäen, die das blind machen?
- An wen kann man sich bei Fragen wenden? Wer ist der erste Ansprechpartner? Der Hausarzt, der alles weiß,

von den geschwollenen Mandeln bis hin zu geheimnisvollen Krampfadern, und der alles auf Krankenschein spontan heilen kann?

- Und weil wir gerade beim Thema „spontan“ sind: Wie ist es mit der Spontanheilung?

Weil objektive Informationen wichtig sind, habe ich genau recherchiert, denn ich dachte, Sie würden weniger Angst haben, falls Sie überhaupt ängstlich sind, wenn Sie mehr wüssten.

Ich denke, dass offene Fragen und Spekulationen, was sein könnte, einen Kranken stärker verunsichern, als das Wissen über die Situation und die Möglichkeiten, und so entstand dann dieses Buch. Mit einer offenen Darstellung der Operationsziele, der Randbedingungen, des Vorgehens und auch der möglichen Probleme und ihrer Bewältigung werden Ihre Bedenken zerstreut. Sobald Sie genug wissen, wird Ihnen die Angst vor der Operation genommen sein.

Aber nur über das Aufschneiden und Zunähen des Unterbauchs zu berichten, wäre mir offengestanden zu langweilig gewesen. Denn immerhin geschieht in der Stunde des Eingriffs Einiges, das gar nicht so trivial ist. Beim Schreiben stellte ich zum Glück auch dieses Mal wieder fest, dass man immer tiefer in eine Sache eindringt, wenn man sich mit ihr intensiv auseinandersetzt. Man erhält Kontakt mit verschiedenen Themen und beschäftigt sich dann auch mit ihnen.

Wenn sich aber der interessierte Patient mit der Sache ebenso intensiv und genau auseinandersetzen will, dann scheitert er schon an den lateinischen Bezeichnungen. Mit fünfzehn Jahren habe mich bereits gefragt, warum man zuerst Latein lernen muss, bevor man Medizin studieren kann. Hatte das einen praktischen Vorteil oder war es nur

Gewohnheit. Wenn in den echten Fachbüchern ausschließlich lateinische Fachausdrücke verwendet werden, kennt sich kein Laie mehr aus. Ob das Absicht ist, weiß ich nicht. Glaube ich eigentlich nicht, die Verwendung der lateinischen Sprache hat sich wohl einfach so entwickelt, denn Latein war im Europa des Mittelalters generell die Verkehrssprache an Universitäten.

In meinem Buch habe ich also dort wo es notwendig war, deutsche und lateinische Fachausdrücke nebeneinander gestellt. Sie werden sehen, dass man damit alles sehr leicht verstehen kann, weil es eigentlich sehr logisch ist. Als letztes Kapitel gibt es ein Glossar mit den wichtigsten Fachausdrücken.

Weil in verschiedenen Kapiteln Dinge aus anderen Kapiteln vorkommen, werden Sie Zusammenhänge erkennen, die eben so verflocht sind, wie es die Struktur des Leistenbereichs eben ist.

So werden Sie eine Klinik oder eine chirurgische Praxis wahrnehmen als das, was sie ist: keineswegs eine feindliche Einrichtung, sondern ein hochqualifiziertes Zentrum, das nur darauf ausgerichtet ist, Ihnen zu helfen.

Um die Fähigkeiten und Möglichkeiten solcher Zentren zu erfassen, habe ich nach und nach begonnen darzustellen, was im Körper los ist, immer genauer und immer detaillierter, und was zu tun ist, um ihn lokal reparieren zu können. Zum Beispiel die Inguinal Hernie, den Leistenbruch.

Sie müssen nicht alles verstehen, um beispielsweise Ihre Entscheidung treffen zu können, wenn Sie unter einem Leistenbruch leiden. Schlagen Sie dazu einfach die betreffenden Kapitel auf. Sie werden sie leicht und sicher finden.

Wenn Sie hinreichendes Interesse haben, werden sie bald erkennen, was in Ihrem Körper los ist, woraus er besteht, was kaputt gehen kann oder mit der Hernie kaputt gegangen ist, und weshalb.

Bald werden Sie wissen, was bei einer Operation geschieht, mit welcher Narkose es erfolgt, warum es genau so gemacht wird und nicht anders, wo dabei die sensiblen Stellen liegen und vor allem wie es nach der Operation weitergeht. Nichts wird dabei beschönigt oder dramatisiert, wie es gelegentlich die Zeitungen tun.

Das Buch ist eigentlich in der logischen Abfolge aufgebaut, also mit der Entdeckung der Anomalie bis zu den Berichten verschiedener Leute. Aber manchmal muss man auch etwas zurückblicken. Daher wird einiges mehrfach aus unterschiedlichen Richtungen beleuchtet. Sie brauchen also nicht das ganze Buch von vorne bis hinten tapfer durchzuackern, sondern können direkt in das Kapitel einsteigen, das Sie interessiert. Wenn Sie bei der Lektüre auch irgendwo den Faden verloren haben, dann lesen Sie einfach weiter, und Sie werden sich bald wieder zurechtfinden.

Manche Themen werden nur am Rande gestreift, sie sind etwas trocken, so zum Beispiel die formale Bewertung der Qualität medizinischer Forschungsergebnisse, also die Frage, wie zuverlässig die Medizin ist, und welche Daten das auch bestätigen. Solche Aussagen halte ich für wichtig, auch wenn sie scheinbar nichts mit dem Leistenbruch zu tun haben.

Zufriedene Patienten melden sich meist nicht mehr, die Unzufriedenen aber erzählen überall ihre Probleme herum, womit ein falscher Eindruck von der faktischen Sachlage und den Fähigkeiten der Medizin und insbesondere der

Chirurgie entsteht. Ihre Sicht auf die moderne Medizin wird mit fachlich-sachlichen Bewertungen objektiviert, und Sie brauchen sich nicht mehr von Vermutungen leiten zu lassen. Sie brauchen keine Angst zu haben, denn der Leistenbruch ist nichts Schlimmes. Wenn Sie ihn nur richtig behandeln lassen.

Anästhesie und Narkose sind wichtige Faktoren bei einer Operation. Vor ihnen haben Sie vielleicht Angst oder Bedenken. ‚Ist eine Vollnarkose gefährlich?‘, werden Sie fragen. Deshalb wird sie ausführlich behandelt.

Wenn ich nun operiert bin, was ist nachher, worauf muss ich aufpassen, kann ich gleich Sport betreiben, wie wahrscheinlich bekomme ich abermals einen Leistenbruch, und habe ich einen Einfluss darauf, dass das möglichst nicht wieder geschieht?

Auch wenn das Buch die Bedingungen im Bauchraum und viele Zusammenhänge, Risiken, Möglichkeiten der Therapie detailliert erklärt, sogar Schrittfolgen bei bekannten Operationsvarianten, so kann und will es kein medizinisches Fachbuch ersetzen, erspart Ihnen daher keinesfalls den Besuch beim Arzt und auch nicht fachlich fundierte Erklärungen und Ratschläge, wenn Sie meinen, erkrankt zu sein.

Also, beginnen Sie einfach mit dem Studium.

Kleine Anmerkung am Rande:

Es wird sprachlich nicht zwischen männlichen und weiblichen Patienten unterschieden, es sei denn, es hat sachliche Gründe. Es wird auch auf merkwürdige Varianten der sog. Neuen Deutschen Rechtschreibung verzichtet.

1 Für Eilige

Ja, ich weiß, Sie sind im Stress, haben keine Zeit für Kinkerlitzchen.

Eigentlich sollte so etwas wie ein Leistenbruch gar nicht vorkommen. Bei dem vielen Training und der ganzen top gesunden veganen Ernährung, bei der es keinen schädlichen Druck mehr geben soll im Darm und nirgendwo anders. Bei den unendlich zuckerlosen Tees, die Sie zu sich nehmen. Obendrein verschlingen Sie die wöchentliche Apotheken-Rundschau, wissen also was gesundheitlich gespielt wird. Schlucken konsequent die sündteuren naturreinen schweizerischen Nahrungsmittelergänzungsstoffe, mit denen man garantiert hundertdreißig Jahre gesund bleibt, jedenfalls nach den Hochglanzprospekten zu schließen. Machen auch die zwanzig unnützen Kniebeugen am Morgen vor dem Frühstücksfernsehen und die zehn Beinscheren. Absolvieren jeden Freitagabend in der dumpfen Sporthalle um die Ecke brav das physiotherapeutisch total professionell überwachte Bauchmuskeltraining. Dehnen und spannen Federn. Fahren mit dem Mountainbike. Schwimmen. Spielen Tennis fast wie Federer.

Und doch hat sie einfach unerwartet zugeschlagen, die normative Kraft des Faktischen: In Form dieser kleinen komischen Beule in Ihrer Leiste.

1.1 In aller Kürze

Irgendein Patient schildert das folgendermaßen:

„... ich hatte einige Tage Schmerzen in der Leiste ... auch so ein Druckgefühl und ein Zwicken ... zuerst habe ich schmerzstillende Tabletten genommen ... dann aber einen Knoten in der Leiste erkannt ... habe den blöden Urlaub abgebrochen ... war zu Hause gleich beim Urologen: der hat doch tatsächlich einen Leistenbruch festgestellt ... Einquetschung wäre die eigentliche Gefahr, hat er gemeint ... also vielleicht besser gleich Überweisung in die Klinik ... obwohl, im Moment bin ich beschwerdefrei ... weiß nicht, ob ich gleich hingehen soll ... vielleicht lieber abwarten ... oder doch nicht ... die Operation wird also demnächst durchgeführt ...“

1.2 Was ist so ein Leistenbruch?

Im Leistenkanal verlaufen neben zahlreichen Blutgefäßen und Nerven beim Mann auch der Samenstrang und bei der Frau das Mutterband. Wenn diese Hülle schwach wird, kann eine Lücke entstehen: vulgo der „Leistenbruch“.

Der Leistenkanal hat einen Eingang und einen Ausgang: in der Entwicklungsphase des Menschen entsteht der Hoden im Bauchraum und wandert im Laufe der embryonalen Entwicklung über den Leistenkanal in den Hodensack. Der Leistenkanal verschließt sich vor der Geburt. Bleibt er allerdings offen, so können dort langsam Bauchorgane eindringen. Dies führt zur Vorwölbung am Bauch.

Beim Erwachsenen besteht eine gewisse Bauchwandschwäche, vielleicht auch eine Erweiterung des Leistenkanals. Bei stärkeren Belastungen, also bei schwerer Arbeit, Pressen, Husten, das heißt bei einer Erhöhung des Bauchinnendrucks, erhöht sich der Druck des Darms auf den Leistenkanal: dann wird die typische Vorwölbung in der Leiste erkennbar.

1.3 Muss ein Leistenbruch behandelt werden?

Muss man ihn eigentlich behandeln, oder ist er eine kosmetische Sache. In der Regel ist eine Operation („OP“) notwendig, denn eine rechtzeitige OP verhindert auf jeden Fall Komplikationen: es können nämlich Darmanteile in den Bruchbereich eindringen und dort einklemmen. Dann wird's kritisch.

1.4 Wie häufig kommen Leistenbrüche vor?

Von Kindern haben 1 - 3 % einen Leistenbruch, und sogar etwa 5 % der Frühgeborenen.

Männer überwiegen in dieser Disziplin gegenüber Frauen mit etwa 9 : 1. In Deutschland werden jedes Jahr an die 200.000 Operationen durchgeführt. Weltweit etwa 25 Millionen pro Jahr, damit sind 15 % aller viszeralchirurgischen Eingriffe Leistenbruch-OP und diese Art eine der häufigsten Operationsindikationen überhaupt.

1.5 Wie stellt man einen Leistenbruch fest?

Bei Kindern beim Wickeln oder bei der Körperpflege; man erkennt eine kleine Vorwölbung, die unbedenklich aussieht und leicht wegdrückbar ist.

Beim Erwachsenen ist ebenfalls relativ kleine runde Vorwölbung erkennbar, die mit der Zeit (Tage, Wochen) immer größer wird, wegdrückbar ist und in der frühen Phase keine Schmerzen, sondern eher ein leichtes Druckgefühl verursacht. Vielleicht ein leichtes Zwicken.

Wenn dann einmal richtige Schmerzen auftreten und die Wölbung nicht mehr wegdrückbar ist, ist das ein Zeichen für eine Einklemmung („*Inkarzeration*“). Dann ist dringend ärztliche Hilfe erforderlich! Kein Spaß!

1.6 Gefahr bei Einklemmung?

Der Darm rutscht in den Bruchsack, klemmt ein, schwillt an, wird stranguliert und nicht mehr durchblutet. Gewebe stirbt in ein paar Stunden ab. Ein Darmverschluss ist dann nicht selten. Perforation, also Durchbruch des Darms ist möglich und damit eine Infektion der Bauchhöhle. Wie beim Blinddarmdurchbruch.

Eine lebensbedrohliche Situation!

Nun heißt es, so rasch wie möglich zu operieren, sonst ist das Leben gefährdet. Unter Umständen muss dann ein bereits abgestorbener Teil des Darms entfernt werden.

1.7 Wer hilft mir?

Bei schwachen schmerzlosen Symptomen hilft der Hausarzt; wenn also nur eine Schwellung besteht und noch keine Inkarzeration. Er kann in den meisten Fällen den Leistenbruch – so überhaupt einer besteht – diagnostizieren und wird Sie vermutlich an die Urologie überweisen.

Bei Ungewissheit, Schmerzen oder gar Fieber: sofort Urologie oder Klinik. Dort Untersuchung mit Ultraschall. Es könnte ja auch ein geschwollener Lymphknoten sein oder eine Gefäßerweiterung (*„Aneurysma“*).

Bei der Diagnose *„Leistenhernie“* (Leistenbruch) wird ein zeitnahe Operationstermin vereinbart.

Blutverdünner sind zu berücksichtigen, insbesondere bei *endoskopischer* oder *laparoskopischer* Versorgung in der Operation: sonst eventuell gefährliches Nachbluten und ggf. Verbluten.

1.8 Muss eine Operation sein?

Es gibt keine wirksame medikamentöse Behandlung zur Heilung des Leistenbruchs. Wer so etwas propagiert, ist ein Schwindler.

Einziges konservatives Mittel (zur temporären Beherrschung) ist das Bruchband: es muss fachgerecht angelegt werden, um Folgeschäden zu vermeiden. Ein Bruchband ist nur dann indiziert (verordnet), wenn eine OP aktuell nicht oder nicht mehr zugemutet werden kann.

Wenn also beispielsweise vorübergehend schwere körperliche Arbeit durchgeführt werden muss, aber noch kein Operationstermin ansteht. Mit einem Bruchband ist die Überbrückung nur während begrenzter Zeit möglich.

Eine OP sollte allerdings so bald wie möglich durchgeführt werden, denn der Bruch wird erfahrungsgemäß immer größer werden.

1.9 Wie lange schon gibt es solche?

Hernienchirurgie wird in der ‚medizinischen Literatur‘ zwar schon seit mehr als 3000 Jahren erwähnt. Man konnte allerdings bis vor wenigen Jahrzehnten nichts Sinnvolles dagegen unternehmen, da man nicht einmal wusste, wie das alles zustande kommt.

Edoardo Bassini war der Erste, der mit gutem Erfolg operierte.

Eine Netzverstärkung der Bruchlücke wird erst seit Anfang der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts praktiziert. Gilbert (Miami) hatte bei einer konventionellen OP erstmal ein Netz

eingesetzt. Zunächst wurden die Netze lediglich (natürlich innerhalb des Körpers!) auf die Bruchpforte gelegt.

LeBlanc hat 1993 erste Netz-Implantationen auf dem Pfad durch die Bauchhöhle (*„Laparoskopisch“*) beschrieben. Seither werden Operationen in der sog. Minimal-invasiven Technik immer häufiger und mit abnehmender Rezidivrate realisiert.

1.10 Was geschieht dabei?

Operationen können von außen oder vom Bauchinneren her erfolgen: 1890 Edoardo Bassini, Padua, hat nach Bauchschnitt den Bruchsack abgetragen, die Bruchpforte per Naht verschlossen, den Leistenkanal durch Nähte verstärkt und die Faszien mit der Muskulatur vernäht, um einen größeren Widerstand gegenüber dem Druck von innen zu erreichen. Das Verfahren wurde ca. 100 Jahre lang praktiziert.

Dann erfolgte die Weiterentwicklung dieses Verfahrens durch Edward Earle Shouldice, einem kanadischen Chirurgen. Er ersetzte die etwas starre Naht Bassinis durch eine elastischere Nahttechnik am Leistenkanal. Seine Methode wird auch heute noch angewendet.

Als Weiterentwicklung der OP-Methode implantierte Irving L. Lichtenstein Netze: bei der konventionellen Methode (*„Offene Methode“*) werden sie auch heute noch von außen eingebracht.

Technische Erweiterungen sind die Minimal-invasiven Methoden (*„Schlüsselloch-Chirurgie“*): dabei kann die Bruchpforte (Bruchlücke) durch ein Netz innerhalb des Bauchraums abgedeckt werden. Es wird auf den Bruchring aufgebracht, was eine bessere Versorgung der Lücke

garantiert, da der Darm das Netz gegen die Bruchlücke drückt. Das Netz wird durch kleine Öffnungen in der Bauchdecke (ca. 1 cm je Schnitt) in den Bauchraum eingebracht, dann das Bauchfell von innen eröffnet (*„Laparoskopische Methode“*), das Netz vor die Bruchpforte gelegt und das Bauchfell wieder vernäht. Eine technisch anspruchsvolle Methode, mit guten *Rezidiv-Ergebnissen*, also geringer Häufigkeit des Wiederauftretens eines Bruchs.

Andere Minimal-invasive Methoden vermeiden mittlerweile sogar den Durchgang durch den Bauchraum (keine Laparaskopie) und damit das Risiko der Verletzung des Darms.

1.11 Und nachher?

Wann die Leiste wieder ‚funktioniert‘ hängt von der Operationsmethode ab:

Nach der konventionellen Operation von außen her, ohne Netz (Bauchschnitt; in Vollnarkose oder auch in lokaler Anästhesie möglich) muss die Leiste erst ein belastbares Narbengewebe entwickeln. Der Heilungsprozess bis zum Erreichen der Belastbarkeit der Narbe dauert ca. 3 Monate. Um einen guten Heilungserfolg zu gewährleisten, muss sich der Patient bei dieser Methode allerdings bis zu 2 lange Jahre schonen.

Bei der OP mit Netzverstärkung (*„Offene Methode“*, *„Laparoskopische Methode“* bzw. *„Nicht-Laparoskopische Minimal-invasive Methode“* (beide Letzte nur in Vollnarkose) wird ein Netz auf die Bruchpforte gelegt. Dann muss nur so lange gewartet werden, bis das Netz nicht mehr verrutschen kann: das dauert etwa 2 bis 3 Wochen.

Die Folge dieser Technik ist die schnelle Einsatzfähigkeit des Patienten.

1.12 Hätte ich das Ding vermeiden können?

Zumal eine Bindegewebsschwäche angeboren und eine solche der wahrscheinlichste Grund für einen Leistenbruch ist, gibt es keinen wirklich wirksamen Schutz gegen sein Auftreten. Man kann zwar durch Minimierung des Bauchinnendrucks einer Hernie vorbeugen, weil ein erhöhter Druck die Schädigung der Leiste begünstigen kann. Übergewicht führt zu höherem Bauchinnendruck, man sollte also auf sein Gewicht achten.

Pressen beim Stuhlgang erhöht den Druck: damit der Stuhlgang funktioniert Ballaststoff-reiche Ernährung. Regelmäßiger Stuhlgang.

Husten und Niesen bewirken Innendruckspitzen. Möglicherweise sind sie aber nicht entscheidend für einen Leistenbruch.

2 Wie war das früher mit dem Leistenbruch, und heute?

[Stromayr C: Practica copiosa von dem Rechten Grundt deß Bruchschnidts. (1559), herausgegeben von Werner Friedrich Kümmel zusammen mit Gundolf Keil und Peter Proff, München 1983]

[Koch P: Die Geschichte der Herniotomie bis auf Scarpa und A. Cooper. Medizinische Dissertation, Berlin 1883]

[vgl.: <http://www.krankenhaus-gross-sand.de/spezialgebiete/hernienzentrum/geschichte-der-hernienchirurgie.html>]

Leistenbrüche sind keine spezifische Erscheinung unserer modernen Gesellschaft oder Lebensweise, sondern wurden bereits vor 3500 Jahren erwähnt. Erste Beschreibungen finden sich im Papyrus Ebers, 1555 v. Chr. Auch der berühmte griechische Arzt Hippokrates – er lebte 460 bis 375 v. Chr. – erwähnt in seinem 2. Buch ‚Über die allgemein herrschenden Krankheiten‘ die Brüche der Scham- und Nabelgegend. Daraus wissen wir auch, dass bereits im Altertum Notfalloperationen bei eingeklemmten Brüchen durchgeführt wurden, allerdings mit katastrophalen Ergebnissen, denn kaum ein Mensch überlebte. Was man ehemals unter einer ‚Leistenbruchbehandlung‘ verstand, konnte Albträume auslösen: Aderlaß und heiße Wickel, zu denen der römische Enzyklopädist Aulus Cornelius Celsus im 1. Jahrhundert n. Chr. riet, waren noch das Harmloseste, denn beispielsweise propagierte der griechische Arzt Paulos von Ägina im 7. Jahrhundert die Verwendung von Glüheisen.

Im Mittelalter reisten Bruchschneider durch die Lande. Diese fahrenden Gesellen boten ihre Dienste auf Jahrmärkten und Messen feil. Ohne Betäubung schnitten sie den Leistenring auf, drückten das hervorgequollene Gewebe nach innen und verschlossen die Wunde mit Holzstäbchen, Knochen oder Eisen. Gelegentlich eröffneten sie den Hodensack, unterbanden den Bruchsack zusammen mit dem Samenstrang und schnitten beides ab, so dass der Kranke gemeinsam mit dem Bruch auch den Hoden verlor. Aus purer Gewinnsucht operierten sie auch jene Kranke zu Tode, denen mit einem Bruchband zumindest über eine gewisse Zeit hinweg hätte geholfen werden können, auch wenn, wie wir heute wissen, dieser archaische Behelf keine dauerhafte Lösung ist:

„Die erste Manier, die Brüche zu curieren“, so alte Anweisungen, „sind die Bruchbänder“.

Letztlich musste das Bruchband ja lebenslang getragen werden. Eine Last, die aber zumindest erträglicher erschien, „... als dem gefährlichen und sehr schmerzhaften Bruchschneiden sich zu unterwerfen ...“. Aus Leder oder Metall gefertigt und individuell angepasst übte das Bruchband kontinuierlichen Druck auf die Bruchpforte aus und verhinderte recht und schlecht das Heraustreten des Bruchsacks.

Unterstützt wurden manche Behandlungen durch diätetische Empfehlungen wie beispielsweise jene zum Verzicht auf „windmachende Speisen“. Es waren immerhin lindernde und vor allem ungefährliche Maßnahmen im Gegensatz zu den fürchterlichen Operationen, während derer die meisten Patienten bis vor nicht allzu langer Zeit starben. Die meisten der wenigen Überlebenden nur wenig später an Wundinfektionen.

Der italienische Anatom Gabriele Falloppio (1523-1562) beispielsweise stellte seine Patienten auf den Kopf, schüttelte sie und berichtete dann von ‚guten Ergebnissen seiner Methode‘. Tabakeinläufe waren eine von vielen Empfehlungen. Manche Heiler verabreichten sogar Eisenfeilspäne, um dann den derart gefüllten Bruchsack mit Magneten wieder in das Bauchinnere zu ziehen.

[Andraschke U: Der Leistenbruch im 18. Jahrhundert. Institut für Geschichte der Medizin der Universität Erlangen-Nürnberg. http://www.gesch.med.uni-erlangen.de/messer/ausstell/leiste/t_leis18.htm, ohne Datum. (Abgerufen am 04.12.2015)]

Man injizierte die absonderlichsten Mittel, unter anderem um gewollt eine Entzündung im Bruchsack zu erzeugen, sein Gewebe nachfolgend absterben und vernarben zu lassen, und damit einen Verschluss der löchrigen Faszie hervorzurufen. Auch diese Tortur wurde nur von wenigen Patienten überlebt. Man wusste ja nicht einmal, wie es da drinnen aussah ...

Bis ins 18. Jahrhundert hinein hatte der Leistenbruchpatient also die Wahl zwischen einer ‚heilenden‘ Behandlung, einem Bruchband oder einer sehr schmerzhaften und vor allem ebenso gefährlichen ‚Operation‘, die nicht selten tödlich ausging. Moderne Menschen mögen daher auch heute noch erschauern über Marter und Risiko, welchen ihre Artgenossen früher ausgesetzt waren.

Lange noch ging das so weiter, denn bis vor nicht allzu langer Zeit fehlten solide Kenntnisse über die Anatomie der Leiste und die Entstehung des Leistenbruchs. Die Behandlungsmethoden waren unqualifiziert und gefährlich, und sie bescherten dem Kranken nur selten ein erträgliches Leben. Vor rund 150 Jahren, als man noch keine brauchbare

Narkotisierung, keine Anästhesie kannte, lag die Sterberate nach Leistenbruchoperationen bei ungeheuren 50 Prozent.

Im 19. Jahrhundert kam dann endlich der Durchbruch. Nach der Erfindung der Narkosemittel, der Wunddesinfektions- und anti-entzündlichen Mittel wurden die Anästhesie, die Antisepsis, also die Bekämpfung von Infektionen und nicht zuletzt die Asepsis, die Keimfreiheit bei Operationen, entwickelt.

Mit der neuen moderneren Leistenbruchchirurgie sank die Sterberate innerhalb kurzer Zeit auf unter 3 Prozent. Achtung: 3 Prozent hört sich so wenig an, es ist aber sehr viel.

Edoardo Bassini (* 1844 in Pavia; † 1924 in Padua), Professor an der Chirurgischen Universitätsklinik zu Padua, war der Erste, der die Bauchwand an der Leiste aufschneidet und dann durch diese Öffnung die Bruchlücke verschloss, indem er das Leistenband mit der Bauchwandmuskulatur vernähte.

Bis in die Achtziger Jahre des 20. Jahrhunderts hinein war mit Rezidivraten von 3 % der Erfolg seiner Methode unerreicht, denn innerhalb von 6 Jahren nach der Operation traten im Durchschnitt nur bei 3 % der nach seiner Methode operierten Brüche Schäden auf. Aus diesem Grund blieb sein Verfahren für die Reparatur von *„Leistenhernien“* oder *„Inguinal-Hernien“*, wie Leistenbrüche medizinisch genannt werden, jene Öffnungen bzw. Lücken der Bauchwand, durch die sich Gewebe oder Organe aus dem Leibesinneren ausstülpen können, bis auf weiteres das am häufigsten angewandte Operationsverfahren.

Etwas später begann Edward Earle Shouldice (* 1890 bei Chesley, Bruce County, Ontario; † 1965, Thornhill, Ontario), ein Kanadier, die Technik Bassinis durch eine schichtweise