



CENTRE HOSPITALIER
EMILE MAYRISCH



HERNIENCHIRURGIE
LA CHIRURGIE DES HERNIES

Hernienchirurgie

Die Hernien-Operationen stellen im chirurgischen Alltag einen Schwerpunkt dar. Wir führen pro Jahr ca. 300 Hernienoperationen durch. Heutzutage gibt es nicht ein Verfahren für alle Patienten, sondern es sollte für jeden Patienten die geeignete OP-Methode und das geeignete Anästhesieverfahren ausgewählt werden. Das Alter unserer Patienten variiert zwischen 6 Wochen und über 80 Jahren. Für die Hernienoperation gilt: Konventionell offen oder endoskopisch/laparoskopisch mit und ohne Netzimplantat. Alle beteiligten Ärzte operieren nach standardisiertem Verfahren. Unser Prozess- und Strukturqualität ist auf das Wohl unserer Patienten fokussiert.

Was ist eine Hernie?

Eine Hernie (= Bruch, griech.: Knospe) ist eine Ausstülpung des Bauchfells durch eine Gewebeschwäche in der Bauchwand. Überschreitet die Hernie den Bauchraum wird sie an der Körperoberfläche durch eine Vorwölbung sichtbar. Die Gewebeschwäche der Bauchwand ist in den allermeisten Fällen angeboren. Hernien können im Bereich der Leiste, des Nabels, der Bauchmittellinie oder überall wo einmal eine Operation vorgenommen wurde auftreten. Entsprechend nennt man sie Leistenhernie, Nabelhernie, Bauchwandhernie oder Narbenhernie.



Wer bekommt eine Hernie?

Hernien gehören zu den häufigsten chirurgischen Leiden. Sie sind häufiger als die akute Entzündung des Blinddarms. Ca. 75% sind in der Leistenregion lokalisiert. Die Leistenhernie tritt meistens beim Mann auf, da der Hoden noch vor der Geburt durch die Bauchwand (Leistenkanal) in den Hodensack wandern muss und dabei eine Schwachstelle in der Bauchwand zurücklässt. Diese natürliche Schwachstelle kann sich allmählich erweitern, eine Vorwölbung wird sichtbar und tastbar. Auch an anderen Stellen der Bauchwand kann eine Gewebeschwäche vorhanden sein. In diesem Fall ist ein erhöhter Bauchinnendruck z. B. beim Heben schwerer Lasten, Schwangerschaft oder Übergewicht ein begünstigender Faktor für die Entwicklung von Hernien. Eine Hernie kann bei Männern, Frauen und Kindern jeden Alters entstehen.

Hernien bilden sich leider nicht von alleine zurück, sie werden eher im Laufe der Zeit größer. Der Körper hat keine Möglichkeit die Schwachstelle zu reparieren.

Anzeichen und Symptome

Hauptsymptom eines Bruches ist die Bruchgeschwulst, eine sicht- oder tastbare Vorwölbung unter der Haut. Beschwerden können beim Aufstehen, beim Husten, bei körperlicher Belastung und in der Leiste auch beim Autofahren (längerem Sitzen) auftreten.

Selbstheilung?

Hernien bilden sich leider nicht von alleine zurück, sie werden eher im Laufe der Zeit größer. Der Körper hat keine Möglichkeit die Schwachstelle zu reparieren. Ein Bruchband ist nur eine Behelfsmaßnahme, behebt die Ursache aber nicht und ist keine Lösung. Heutzutage ist die chirurgische Versorgung das Standardvorgehen bei der Behandlung von Hernien.

Krankheitsfolgen und Gefahren

Kann eine Vorwölbung nicht mehr in die Bauchhöhle zurückgedrückt werden (nicht reponible Hernie), sollten Sie unverzüglich einen Arzt aufsuchen.

Die Hauptgefahr ist die Einklemmung des Bruchsackinhaltes (z.B. Darm). Grundsätzlich kann sich jeder Bruch einklemmen, die Gefahr ist umso größer, je enger die Bruchlücke (Schwachstelle) in der Bauchwand ist.

Wenn ein Darmteil in der Bruchlücke eingeklemmt ist und von der Blutversorgung abgeschnitten wird, nennt man dies eine eingeklemmte oder inkarzerierte Hernie. Dies ist eine Notfallsituation, in der nur die unmittelbare Operation helfen kann.

Operationsverfahren

Eine dauerhafte Beseitigung lässt sich ausschließlich durch eine Operation erreichen. Alle Bruchoperationen (Hernienreparationen) erfolgen grundsätzlich nach den gleichen Prinzipien:

- Darstellung der Bruchlücke
- Versorgung des Bruchinhaltes
- Verschluss der Bruchlücke
- Evtl. Verstärkung der Bauchwand durch ein Kunststoffnetz

Es gibt verschiedene Operationsmethoden, die sich vor allem durch den Zugang durch die Bauchwand unterscheiden.

Über ihre Vor- und Nachteile informieren wir Sie gerne in einem persönlichen Aufklärungsgespräch.

Krankheitsbilder

Leistenhernie/Leistenbruch

Ein Leistenbruch kann angeboren sein oder durch Lockerung des Bindegewebes bzw. eine Muskelschwäche in der Leistenregion entstehen. Ein natürlicher Defekt der Bauchwand – der innere Leistenring – weitet sich auf und es entsteht eine Lücke, in die Bauchorgane hineingleiten können. Man unterscheidet folgende Formen des Leistenbruches:

- Direkter (mediale) Leistenbruch : Hier durchsetzt er die Bauchdecke auf direktem Wege. Es besteht keine unmittelbare Beziehung zum Samenstrang.
- Indirekter (laterale) Leistenbruch : Findet sich im Kindesalter meist bei einer fehlenden Verklebung des Processus vaginalis, einer Bauchfellausstülpung im Gefolge des natürlichen Hodendescensus, die sich in der Regel bis zum 2. Lebensjahr verschließt. Beim Erwachsenen kann es sich darüber hinaus auch um eine erworbene Erweiterung des inneren Leistenringes handeln.
- Hodenbruch (Skrotalhernie): Der Bruchsack gleitet mit seinem Inhalt bis in den Hodensack herunter.

Schenkelhernie/Schenkelbruch

Die Bruchlücke liegt in der Leistenregion unterhalb des Leistenbandes unmittelbar neben den großen Blutgefäßen des Oberschenkels. Diese Bruchform ist besonders häufig bei Frauen und hat ein hohes Risiko der Einklemmung.

Nabelbruch

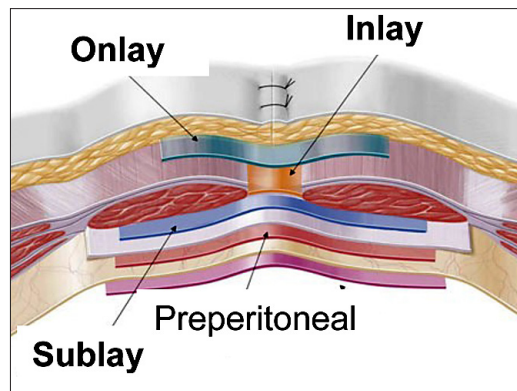
Im Nabelbereich besteht ebenfalls eine Schwachstelle der Bauchdecke, die zur Bruchbildung führen kann. Bei Neugeborenen und Kleinkindern tritt diese Form der Hernie bei jedem fünften Kind auf, bei Frögeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g sogar in 80% der Fälle. Kindliche Nabelhernien machen nur in seltensten Fällen Komplikationen, in 90% kommt es sogar innerhalb der ersten zwei Jahre zu einem spontanen Verschluss, so dass keine Operation notwendig ist. Die Nabelhernie des Erwachsenen hingegen kann hingegen schon Symptome hervorrufen, von gelegentlichem unspezifischem Ziehen im Mittelbauch bis hin zu lebensbedrohlichen Einklemmungen von Darmschlingen in der Bruchpforte.

Epigastrischer Bruch

Hier liegt ein Defekt in der Mittellinie der Bauchdecke oberhalb des Nabels vor.

Narbenbruch

Der Ausbildung eines Narbenbruches gehört zu den häufigen Langzeit-Komplikationen nach einer Operation mit Eröffnung der Leibeshöhle.



Operationsmethoden

Für die Operation einer Hernie gibt es unterschiedliche Operationstechniken. Wenngleich die Implantation eines Kunststoffnetzes (Mesh) als Goldstandard gilt, so konkurrieren bei der Versorgung der Leistenhernie weiterhin die herkömmlichen Nahtverfahren mit dem Mesh-Verfahren. Alle diese Verfahren sind für den Patienten wenig belastend. Sie unterscheiden sich in der Narkoseform, den möglichen intraoperativen Komplikationen, eventuell beim Ausmaß der postoperativen Beschwerden, und im Hinblick auf mögliche Langzeitfolgen. Im CHEM wird daher ein auf das individuelle Risiko des einzelnen Patienten abgestimmtes Verfahren angewendet. Neben der Bindegewebsbeschaffenheit werden die Größe und Art des Bruches sowie weitere bekannte Einflussfaktoren für das Entstehen eines Wiederholungsbruches in die Entscheidungsfindung mit einbezogen.

Operationstechniken bei der Leistenhernie

Shouldice:

Hier wird das Prinzip des Bruchlückenverschlusses mit körpereigenem Gewebe verfolgt. Mit zwei fortlaufenden Nähten wird in insgesamt vier Nahtreihen die Hinterwand des Leistenkanals rekonstruiert.

Lichtenstein:

Die offene Hernienreparation nach Lichtenstein ist ein sehr häufig angewandtes Verfahren. Die Bruchlücke wird mit einem nicht resorbierbarem Kunststoffnetz bedeckt und dadurch verschlossen. Der Eingriff kann mit einem Verschluss der Bruchlücke durch Naht kombiniert werden.

Zimmerman/Marcy:

Liegt eine kleine laterale Bruchlücke vor, muss die Hinterwand des Leistenkanals nicht vollständig rekonstruiert werden. Häufig reicht eine Naht mit körpereigenem Gewebe im Bereich des defekten Bereiches. Dies ist besonders häufig bei jungen Männern der Fall.

TEPP

(Total Endoskopische Präperitoneale Plastik):

Bei diesem Verfahren wird von außen über 3 kleine Hautinzisionen der hintere Raum zwischen Bauchfell und Muskulatur präpariert und dort ein Kunststoffnetz zum Verschluss der Bruchlücke platziert. Diese Operation ist nur in Vollnarkose möglich.

TAPP

(TransAbdominale Präperitoneale Plastik):

Bei der laparoskopischen Hernienoperation wird im Rahmen einer Bauchhöhlspiegelung die Bruchlücke unter dem Bauchfell aufgesucht und mit einem Kunststoffnetz verschlossen. Grundsätzlich ist auch eine beidseitige Operation in einer Sitzung möglich. Diese Operation ist nur in Vollnarkose möglich.

Kindliche Leistenhernie:

Da bei der kindlichen Leistenhernie kein Defekt der Bauchdecke vorliegt, ist der alleinige Verschluss der Bauchfellausstülpung ausreichend. Daher ist dieser Eingriff auch schnell und unproblematisch durchzuführen und wird ambulant durchgeführt.

Schenkelbruch

Der Defekt kann über einen Zugang oberhalb oder unterhalb des Leistenbandes verschlossen werden. Die Indikation zur Verstärkung der Bauchdecke mit künstlichem Material ist aufgrund der relativ hohen Rezidivrate großzügig zu stellen. Alternativ kann die Bruchlücke auch laparoskopisch, das heißt über eine Bauchhöhlspiegelung (TAPP) verschlossen werden.

Nabelbruch, epigastrischer Bruch

Es handelt sich um einen relativ kleinen Eingriff, der gut in örtlicher Betäubung durchführbar ist. Die Bruchlücke wird bei einem Durchmesser unter drei Zentimeter durch Nähte verschlossen. Liegt ein größerer Defekt vor, sollte die Bauchdecke mit einem Kunststoff-Netz verstärkt werden, um das Risiko eines Rezidivs zu senken.

Narbenbruch

Da der Entstehung eines Narbenbruchs definitionsgemäß eine Operation mit in der Regel Nahtverschluss der Bauchwunde vorangegangen ist, muss bei diesen Patienten von einer gestörten Narbenbildung ausgegangen werden. Offensichtlich ist die Versorgung des Defektes mit alleiniger Naht

von körpereigenem Gewebe nicht ausreichend, was in vielen Studien mit hohen Wiederholungsraten von bis zu 50% bestätigt wurde. Vielmehr kann eine langfristige Stabilität nur erreicht werden, wenn die Bauchdecke mit einem Kunststoffnetz verstärkt wird. Um einen hohen Schutz vor einem Rückfall-Bruch zu erreichen, muss dabei das Netz die gesamte Narbe in alle Richtungen um mindestens 3-5 cm überlappen. Die Implantation des Kunststoffnetzes in die sogenannten retromuskulären «sublay» Position oder auf das intraperitoneale Gewebe (Bauchfell, IPOM IntraPeritoneale Onlay Mesh) hat sich bewährt (Abb. 1). Diese Operationen sind jedoch nur in Vollnarkose (da Laparoskopie) möglich und bedingen eine großflächige Präparation in der Bauchwand.

Narkoseverfahren

- Lokalanästhesie (örtliche Betäubung)
- Allgemeinanästhesie
- Spinal- oder Periduralanästhesie (rückenmarksnah oder regionale Betäubung)

La chirurgie des hernies



Les cures chirurgicales des hernies font parties des interventions chirurgicales les plus fréquentes. Nous opérons environ 300 hernies par an. De nos jours il existe différentes techniques applicable à chaque patient. Le choix de la technique opératoire et de l'anesthésie se décide au cas par cas. La fourchette d'âge va de 6 semaines à 80 ans.

Pour les cures des hernies inguinales, il faut choisir entre technique conventionnelle laparotomique (à ventre ouvert) ou endoscopique et avec ou sans mise en place de matériel prothétique. Tous les chirurgiens impliqués opèrent conformément à des méthodes standardisées : le but ultime étant la réussite de l'intervention et le bien du patient.

Qu'est- ce qu'une hernie ?

Une hernie correspond à un débordement /prolapsus du péritoine à travers une zone de faiblesse (acquise ou congénitale) au niveau de la paroi abdominale ; elle est alors visible sous forme d'une tuméfaction plus ou moins palpable. Des hernies peuvent donc apparaître au niveau inguinal, ombilical, au niveau de la ligne médiane ou au niveau de cicatrices abdominales.

Selon leur localisation, on distingue alors : hernie inguinale, ombilicale...

Qui peut être touché par une hernie ?

Les hernies font partie des pathologies chirurgicales les plus courantes. Elles sont plus fréquentes que les appendicites aiguës et peuvent survenir à tout âge, peu importe le sexe mais 75 % des hernies sont situées au niveau de l'aine.

La hernie inguinale touche principalement les hommes. En effet les testicules migrent avant la naissance à travers la paroi abdominale via le canal inguinal vers le scrotum laissant derrière eux un point de faiblesse naturel dans la paroi abdominale. Ce canal inguinal peut s'agrandir au fil du temps de sorte qu'une hernie peut s'y former ; une tuméfaction est alors visible et palpable. Ces zones de faiblesse de la paroi peuvent survenir à d'autres endroits ; le développement de hernies est favorisé par le port de charges lourdes, des grossesses, le surpoids, toute cause d'hyperpression abdominale (toux, constipation...)

Signes et symptômes

Une hernie se manifeste par l'apparition d'une tuméfaction (boule), qui devient visible ou palpable sous la peau. Les symptômes principaux décrits par les patients sont une gêne ou encore une douleur ; les facteurs déclenchants étant le plus souvent le passage de la position allongée à la position debout, la toux, un effort physique, le port de charges lourdes ou encore la position assise prolongée.

Les hernies n'ont malheureusement pas tendance à régresser spontanément, bien au contraire, leur taille a plutôt tendance à augmenter avec le temps. Le corps humain n'est pas capable de réparer le point faible de la paroi abdominale, à l'origine de la hernie, tout seul.

Guérison spontanée ?

Les hernies n'ont malheureusement pas tendance à régresser spontanément, bien au contraire, leur taille a plutôt tendance à augmenter avec le temps. Le corps humain n'est pas capable de réparer le point faible de la paroi abdominale, à l'origine de la hernie, tout seul. De même les ceintures de contention herniaires ne font que diminuer les symptômes mais ne guérissent pas les hernies. Le traitement de choix et de référence de nos jours est et reste donc l'intervention chirurgicale.

Complications d'une hernie et risques pour la santé

Dans le cas où une hernie n'est pas ou plus réductible, c'est-à-dire qu'il est impossible de l'enfoncer dans l'abdomen, il est indispensable de consulter un médecin.

La principale complication est l'étranglement herniaire.

Dans le cas où une anse digestive, donc une partie de l'intestin, se coince dans l'orifice, la circulation sanguine va elle aussi être bloquée, c'est ce qu'on appelle une strangulation herniaire.

Cette circonstance constitue une urgence absolue pour laquelle le seul traitement est une intervention chirurgicale en urgence.

Déroulement de l'intervention

Les opérations digestives qui ont pour but le traitement des hernies abdominales se déroulent selon les mêmes principes :

- Dissection et présentation de l'orifice herniaire et visualisation du collet herniaire
- Libération du contenu herniaire et réintégration dans la paroi abdominale
- Réfection de la paroi abdominale avec ou sans renfort prothétique.

Il existe plusieurs techniques opératoires, qui se distinguent surtout par l'abord à travers la paroi abdominale.

Les avantages et désavantages de chaque technique pourront être discutés lors d'un entretien personnel.

Présentations cliniques

Hernies inguinales

Elles peuvent être congénitales ou bien acquises par faiblesse des constituants de la paroi abdominale (par exemple zone de faiblesse du fascia d'un muscle). Certaines hernies peuvent également passer par un orifice naturellement présent : l'orifice inguinal profond

Différents formes :

Hernies inguinales directes :

Hernies passant par une zone de faiblesse musculaire de la paroi abdominale. Elles ne sont pas au contact du cordon spermatique

Hernies inguinales indirectes :

Hernies passant par l'orifice inguinal et au contact du cordon spermatique chez l'homme

Hernies scrotales :

La hernie glisse avec son contenu herniaire dans le scrotum.

Hernies crurales :

La hernie se situe en dessous du ligament inguinal, au contact des vaisseaux iliaques externes. Elle est plus fréquente chez la femme, toujours acquise et présente un grand risque d'étranglement.

Hernies ombilicales :

Au niveau de l'ombilic existe une zone de faiblesse dans la paroi abdominale qui peut mener à la formation de hernies. Elles sont présentes chez 20 % des nouveau-nés et nourrissons. Les hernies ombilicales chez l'enfant ne présentent que rarement des complications et dans 80 % des cas elles se rétractent et se ferment naturellement de sorte qu'une intervention n'est pas nécessaire.

Chez l'adulte elles peuvent par contre présenter des symptômes qui peuvent aller d'un tiraillement aspécifique dans la région du nombril jusqu'à l'étranglement.

Hernies épigastriques :

Il existe une zone de faiblesse au niveau de la paroi abdominale au-dessus de l'ombilic.

Hernies cicatricielles :

Il s'agit de complications fréquentes des cicatrices post opératoires de la paroi abdominale qui représentent des zones de faiblesse, par lesquelles peuvent se former des hernies.

Techniques opératoires

Il existe plusieurs techniques opératoires. Même si la mise en place de matériel prothétique (Mesh), représente le Gold Standard, les traitements par réparation de paroi simple sont néanmoins encore pratiqués régulièrement, car souvent moins lourds pour le patient.

Elles se différencient par le type d'anesthésie, les complications per, post-opératoires et au long cours.

Au CHEM la décision du type d'intervention est prise en tenant compte de chaque patient individuellement ; en fonction de la taille et du type de la hernie et du risque de récurrence et des complications.

Techniques opératoires des hernies inguinales

Intervention de Shouldice :

Il s'agit d'une suture où on n'utilise pas de matériel prothétique mais un propre tendon; le tendon conjoint, qui va être abaissé sur l'arcade crurale et le fascia transversalis sera suturé pour le renforcer.

Intervention de Lichtenstein :

C'est l'intervention de référence où la réfection pariétale est réalisée grâce à la pose d'une plaque/prothèse.

Intervention de Zimmermann Marcy :

Dans le cas d'une petite hernie latérale, il n'est pas nécessaire de reconstituer la paroi profonde du canal inguinal. Une simple suture suffit alors souvent, surtout chez les hommes jeunes.

TEPP : (plastie pré-péritonéale endoscopique totale) :

Dans la technique TEPP on utilise l'abord direct de l'espace pré-péritonéal : l'opération se déroule dans l'espace entre les muscles et le péritoine, sans passer dans la cavité abdominale.

TAPP : (plastie pré-péritonéale transabdominale) :

La technique TAPP consiste à passer d'abord dans la cavité abdominale puis disséquer la région inguinale : elle permet de traiter tout type d'hernie.

Hernies de l'enfant :

Puisque chez l'enfant il n'existe pas de réel défaut dans la paroi abdominale, une simple suture du débordement péritonéal suffit. Il s'agit d'une opération simple et rapide et qui peut être faite en ambulatoire.

Technique opératoire des hernies crurales :

L'orifice peut être fermé au-dessus ou sous le ligament inguinal. L'indication de mise en place de matériel prothétique ayant pour but de renforcer la paroi abdominale doit être posée de manière relativement large vue le haut risque de récurrence. Une alternative est la voie coelioscopique.

Technique opératoire des hernies ombilicales :

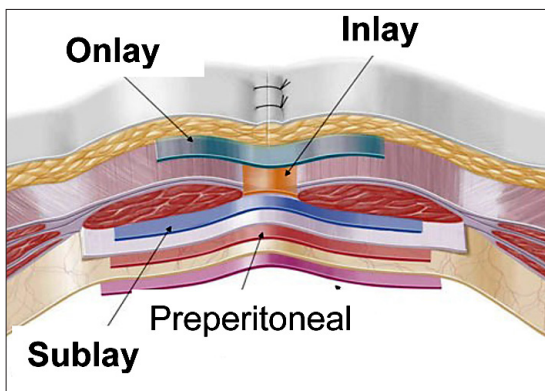
C'est une intervention simple et réalisable sous anesthésie locale. L'orifice est fermé par une suture de moins de 3 cm. Dans le cas où cela ne suffit pas, il est possible de mettre en place du matériel prothétique.

Technique opératoire des hernies cicatricielles :

Puisque l'origine de ces hernies est une mauvaise cicatrisation de la paroi abdominale lors d'une précédente intervention chirurgicale, il est clair qu'une simple suture ne sera pas suffisante dans ces cas-ci et qu'il faudra recourir à du matériel prothétique pour renforcer la paroi abdominale. Afin de prévenir une récurrence, il faudra veiller à ce que le filet dépasse la cicatrice d'au moins 3-5 cm dans toutes les directions. Des techniques comme l'implantation de filets prothétiques dont la dénommée « sublay position » en rétomusculaire ou bien en intrapéritonéal (IPOM : intrapéritonéal OnlayMesh) sont alors efficaces. Toutes ces opérations nécessitent une bonne et grande préparation de la paroi abdominale et ne sont réalisables que sous anesthésie générale.

Techniques d'anesthésies possibles :

- anesthésie locale
- anesthésie générale
- anesthésie péridurale ou rachianesthésie.







Site Esch/Alzette :
rue Emile Mayrisch
L-4240 Esch/Alzette

Dudelange :
rue de l'Hôpital
L-3488 Dudelange

Nieder Korn :
av. de la liberté
L-4602 Nieder Korn

B.P. 436
L-4005 Esch/Alzette

info@chem.lu

Central téléphonique
(+352) 57 111

www.chem.lu