



Leistenbruch-Operation an der Uni-Klinik Aachen

MEDIZIN

Messer ins Gemächt

Fünf bis zehn Prozent der Patienten leiden nach einer Leistenbruch-OP an chronischen Schmerzen. Schuld sind meist Nervenschäden, die während des Eingriffs entstanden sind. Die Chirurgen haben dieses Risiko bisher viel zu wenig beachtet.

Operation gelungen, Hoden schmerzt. So lautet die bittere Bilanz von „Michael“ knapp eineinhalb Jahre nach seiner Leistenbruch-OP. „Markus“, der vor drei Jahren das erste Mal operiert wurde, schreibt im selben Online-Forum: „Die Schmerzen sind wie ein Brennen, genau in dem Bereich, wo die Haut eigentlich taub ist. Dazu gesellt sich ein dumpfer Druckschmerz, der teilweise bis zum Darmbeinstachel und in die Seite zieht.“

Leidensgenosse „Horst“ peinigt seit seiner OP vor rund zwei Jahren von der Leiste bis in den Schambeinbereich hinein ein Fremdkörpergefühl: „Bin langsam verzweifelt über diesen Zustand“, schreibt er. „Was kann ich tun?“

Und auch „Anke“ ist am Ende: „Die Schmerzen wurden immer schlimmer, so

dass jede Treppenstufe eine Qual für mich war“, berichtet sie. „Ich weiß einfach nicht mehr weiter. Wegen der ständigen Schmerzen bewege ich mich kaum noch und habe schon 20 Kilogramm zugenommen.“

Mehr als 200000-mal werden Patienten in Deutschland jedes Jahr an einem Leistenbruch operiert, der an den Öffnungen der sogenannten Leistenkanäle auftritt. Insbesondere beim Mann sind dies gefährdete Schwachstellen. Denn hier treten die Samenleiter durch die Bauchwand (siehe Grafik), weshalb die Bauchdecke an dieser Stelle besonders leicht nachgibt.

Im Fall eines Bruches wölbt sich ein Sack vor, in den sich Darm oder auch andere Organe hineinschieben können. Die größte Gefahr dabei: Klemmt sich ein Stück Darm in der Bruchöffnung ein, stirbt das Gewebe ab. Mehr als zwei Drittel der

Patienten hilft dann nur noch die rechtzeitige Not-OP.

Schon im Altertum gab es deshalb an eine Zwangsjacke für den Unterleib erinnernde Bruchbänder, die die sich vorwölbenden Gedärme zurück in den Bauch drücken sollten. Während des Mittelalters zogen dann „Bruchschneider“ durchs Land. Sie versuchten, den Leistenbruch mit Nähten aus Gold oder Silber, mit Schrauben oder Nägeln wieder zu verschließen – eine grausame, wenig hilfreiche Prozedur. Nicht selten endete sie tödlich.

Erst 1887 entwickelte der italienische Operateur Eduardo Bassini die erste wirklich erfolgreiche Operationstechnik, nach der rund hundert Jahre lang Patienten auf der ganzen Welt operiert wurden. In den vergangenen 30 Jahren dann er-

sannen Chirurgen eine Vielzahl weiterer Operationsmethoden.

Heute ist die Leistenbruch-OP einer der am häufigsten ausgeführten Eingriffe überhaupt und längst chirurgische Routine. Dennoch leidet jeder 10. bis 20. Patient danach dauerhaft unter Schmerzen, etwa in der Leiste, im Bein, im Hoden oder am Hodensack. Die Betroffenen klagen über ein unerträgliches Druckgefühl, Kribbeln oder Pulsieren. Beim Gehen, beim Stehen, beim Tragen, beim Sport oder beim Sex rebelliert die empfindliche Körperregion.

Jedes Jahr kommen allein in Deutschland 10 000 bis 20 000 neue Schmerzpatienten nach Leistenbruch-OPs hinzu. „Bei uns ist das Thema ein Dauerbrenner“, sagt der Urologe Martin Petsch von der Paracelsus Klinik Golzheim in Düsseldorf.

Langsam beginnen jetzt auch die Chirurgen, das Problem ernst zu nehmen. Vorreiter ist der wohl berühmteste Leistenbruch-Operateur der Welt, Parviz Amid vom Lichtenstein Hernia Institute im kalifornischen Santa Monica. „Dass dies ein wirkliches Problem ist“, sagt er, „wurde mir klar, als eine große Untersuchung aus

Leistenbrüche sind keine Verletzungen oder Abnutzungserscheinungen, sondern meist Folge einer angeborenen Bindegewebsschwäche. Vor allem wenn dünnere und weniger vernetzte Bindegewebsfasern vom sogenannten Typ III in Überzahl vorkommen, besteht Bruchgefahr.

Weil durch die Operation das Grundproblem des schlaffen Gewebes nicht behoben wird, kommt es häufig zu Rückfällen. Wenn klassisch „nach Bassini“ operiert oder die Rückwand des Leistenkanals schichtweise miteinander vernäht und am Leistenband fixiert wird („Shouldice-Technik“), ist das bei etwa drei bis vier Prozent der Patienten der Fall – zu viel in der einhelligen Meinung von Fachwelt und Patienten.

Kein Wunder, dass die Entwickler neuer OP-Methoden vor allem die Bruchstelle haltbarer machen wollen. Tatsächlich schneidet die „Lichtenstein-Technik“, bei der zur Verstärkung des Leistenkanals ein Kunststoffnetz eingesetzt wird, in diesem Punkt meist deutlich besser ab: Damit erleiden durchschnittlich nur etwa ein Prozent der Patienten einen Rückfall – und dies obwohl die Leiste

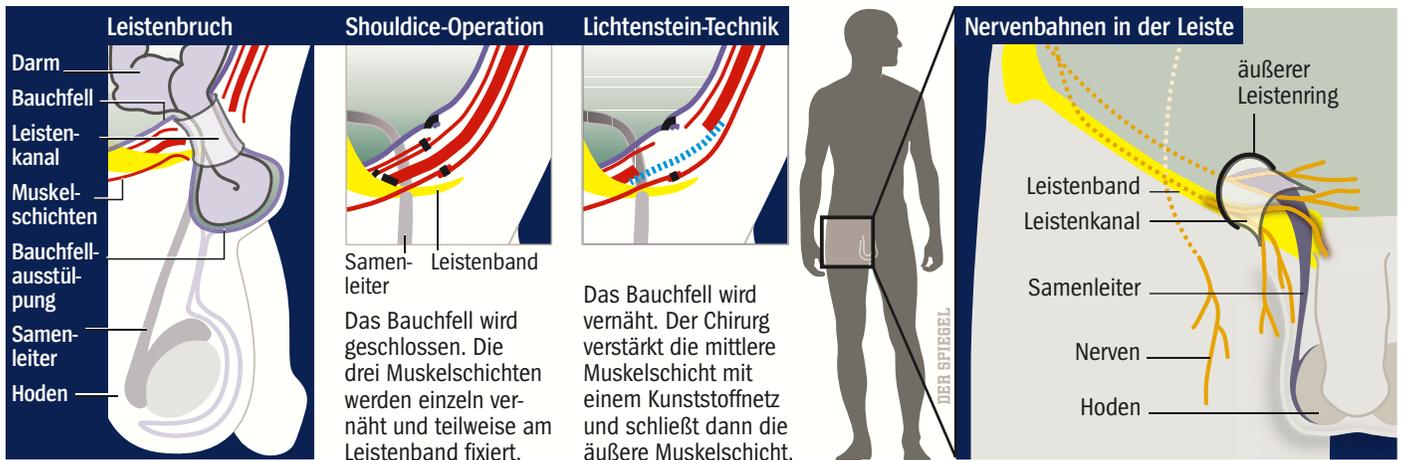
sammenliegen. Skalpell, Tacker, ja selbst Nadel und Faden können hier viel Unheil anrichten.

Im riesigen Operationstrakt des Aachener Universitätsklinikums steht Volker Schumpelick, der Direktor der Chirurgischen Klinik und einer der prominentesten Leistenbruch-Chirurgen Deutschlands, am OP-Tisch. Vor ihm liegt ein Patient, örtlich betäubt. „Wir fangen jetzt an“, sagt Schumpelick aufmunternd zu ihm und schneidet mit dem Skalpell die Haut ein.

Vorsichtig arbeitet er sich zum Leistenkanal vor. „Aha“, sagt er, „hier ist der Samenstrang.“ Er schlingt einen kleinen Gummischlauch um den röhrenförmigen Muskel, durch den beim Samenerguss die Spermien aus dem Nebenhoden hinausgeschleudert werden, und zieht das Bündel vorsichtig beiseite. Jetzt kann er die Rückwand des Leistenkanals sehen.

„Achtung!“, sagt Schumpelick und deutet mit der Pinzettenspitze in Richtung einer weißlich glänzenden Linie, die parallel zum Samenstrang verläuft. „Da ist ein Nerv! Da dürfen wir nicht drankommen!“ Für ungeübte Augen mitunter kaum zu erkennen, liegen insgesamt drei wichtige

Beule am Bauch Leistenbruch-Operationen



Schweden ergab: Schmerzen nach Leistenbruch-OPs sind heute häufiger als Rückfälle.“

Jahrzehntlang nämlich galt der Ehrgeiz der Leistenbruch-Chirurgen fast ausschließlich dem Ziel, die Zahl der nach einer OP erneut auftretenden Leistenbrüche zu senken. Die Vielzahl neuer Operationsmethoden wurde vor allem zu diesem Zweck erdosen.

Leidenschaftlich debattierten die Experten: Soll dazu ein Kunststoffnetz zur Verstärkung der Bauchwand eingesetzt werden? Oder eher ein „Plug“, eine Art Stöpsel für den Bauchdecken-Durchbruch?

Und was ist besser: der offene Schnitt oder die Operation durch winzige Öffnungen in der Bauchdecke, die sogenannte Schlüsselloch-Technik?

schon wieder deutlich früher belastet werden darf.

Ähnlich erfolgreich ist die Schlüsselloch-Chirurgie. Bei einer beliebten Variante, der sogenannten Tapp (Transabdominale präperitoneale Netzplastik), wird ein vergleichbares, das Gewebe stützendes Netz verwendet. Der Operateur nähert sich dem Leistenbruch von der Bauchhöhle aus. Er zieht den Inhalt des Bruchsauchs zurück in die Bauchhöhle und tackert oder klebt das Netz zwecks Verstärkung von innen großflächig gegen die Leiste.

Eine Schwachstelle, die es zu verstärken gilt – so sahen Chirurgen jahrhundertlang diese heikle Region des Körpers. Doch jetzt erkennen sie, dass die Leiste viel mehr als das ist, nämlich ein höchst verletzliches Gebiet, in dem eine Vielzahl von Nerven und Blutgefäßen auf engstem Raum zu-

Nerven in der Gefahrenzone, zwei ganz in der Nähe des Samenstrangs, ein dritter etwas weiter weg und oft zum Teil im Muskel verborgen. Auch im Bindegewebe, das den Samenstrang umhüllt, liegen empfindliche Nervenfasern versteckt.

Schumpelick hält es, ebenso wie Amid, für sein wichtigstes Ziel, chronische Schmerzen nach der OP zu vermeiden. Seit neuestem beschäftigt die Aachener Chirurgie sogar einen Psychosomatiker, zu dessen Aufgaben es gehört, Patienten mit chronischen Schmerzen zu betreuen – und den Zusammenhang zwischen Operation und Schmerz zu erforschen.

„Typisch für chronische Schmerzen nach einer Leistenbruch-OP ist, dass die Patienten einfach aufhören, all die Dinge zu tun, bei denen sie Schmerzen haben“, sagt Eske Aasvang, Anästhesist am Ko-

penhagener Rigshospitalet und gemeinsam mit dem dortigen Leiter der Chirurgie, Henrik Kehlet, einer der versiertesten Experten auf dem Gebiet der Leistenbruch-Schmerzforschung. „Die Patienten hören auf, Sport zu treiben, ja sie hören oft sogar auf, Sex zu haben. In der Regel wissen wir das nur nicht, weil wir sie nicht danach fragen.“

Jeder zehnte Schmerzpatient, fanden Aasvang und Kehlet heraus, litt nach der OP auch in der Genitalregion unter Schmerzen. Und vier Prozent plagte ein besonders unangenehmes Phänomen: Ihr Samenerguss fühlte sich plötzlich an, als werde ihnen dabei ein Messer ins Gemächt gerammt.

So ging es auch „Rainer“, der wie „Michael“, „Markus“, „Horst“ und „Anke“ in einem Internet-Forum sein Leid schildert: „Nachdem ich eigentlich ziem-

gleich schlecht ab – wenn auch wahrscheinlich aus unterschiedlichen Gründen:

- ▶ Die Shouldice-Technik hat den Vorteil, dass kein körperfremdes Netz das Gewebe irritiert. Dafür besteht beim Zusammennähen der Muskelschicht die Gefahr, einen verborgenen Nerv zu verletzen.
- ▶ Bei der Lichtenstein-Technik wird zwar die untere und mittlere Muskelschicht nicht vernäht. Dafür können aber vor allem ältere Netzmodelle das umliegende Gewebe irritieren oder zu schmerzhaften Verklumpungen führen. Zudem stehen die Netze im Verdacht, durch Verschluss des Samenleiters unfruchtbar machen zu können.
- ▶ Bei der von Experten nicht empfohlenen, aber gleichwohl beliebten Plug- oder Stöpseltechnik ist die Gefahr von Verklumpungen besonders groß. Zudem kommt es immer wieder vor, dass Plugs

derzeit gemeinsam mit dem weltweit bekanntesten Spezialisten für die Schlüssellochtechnik, Reinhard Bittner vom Marienhospital in Stuttgart, noch einmal die Lichtenstein-Technik gezielt mit dem minimal-invasiven Verfahren. Ergebnisse liegen derzeit noch nicht vor.

Fest steht: Ist der Schmerz erst einmal da, ist er schwer zu beheben. Manchmal wirken Anti-Epilepsie-Medikamente lindernd. Auch können die verletzten Nerven chirurgisch gekappt werden, was die Schmerzen oft erst einmal abschaltet. „Doch ob das wirklich auch auf Dauer hilft?“, fragt sich Aasvang. „Das halte ich noch nicht für bewiesen.“

Umso wichtiger ist es, Nervenverletzungen während der OP möglichst gleich zu vermeiden. So empfiehlt sich eine Operation nur dann, wenn sie auch wirklich nötig ist. Sogenannte weiche oder Sportlerleis-



Chirurg Schumpelick, mittelalterliche Leistenbruch-Operation*: *Skalpelli, Tacker, selbst Nadel und Faden können viel Unheil anrichten*

lich schmerzfrei bin, wollte meine Frau mir etwas Gutes tun und hat mich oral befriedigt“, schreibt er. „Doch das wurde zum absoluten Horrortraum. Kurz vor dem Samenerguss merkte ich schon, dass da etwas brennt und weh tut, beim Samenerguss wäre ich fast an die Decke gesprungen. Ich habe für die nächsten Wochen keine Lust mehr auf Sex. Ich bin geschockt ...“

Ursache solcher Pein ist meist eine Schädigung der Nerven, die nun unkontrolliert Schmerzimpulse ans Gehirn feuern. Doch auch Entzündungsreaktionen, Vernarbungen oder Verklumpung eines Netzes können zu chronischen Schmerzen führen.

Das ernüchternde Ergebnis einer großen Studie: Alle OP-Techniken schneiden, was die Schmerzen betrifft, mehr oder weniger

anfangen, unkontrolliert durch den Körper zu wandern.

- ▶ Die Schlüsselloch-Technik (zum Beispiel Tapp) hat den Vorteil, dass die drei großen Nerven außerhalb des OP-Gebiets liegen. Dafür können hierbei andere Nerven, die nicht von einer schützenden Hülle umgeben sind, in direkten Kontakt mit dem Netz kommen. Auch hier drohen krankhafte Veränderungen der Nervenbahnen und anhaltende Schmerzen.

Eine Reihe anderer Studien ergab allerdings, dass nach Schlüsselloch-OPs chronische Schmerzen seltener auftreten. Deshalb vergleichen Aasvang und Kehlet

ten sollten Chirurgen am besten gar nicht anrühren.

„Wir müssen den Ärzten klarmachen, dass die Leiste eine Hochrisiko-Region ist“, sagt Aasvang. „Und wenn die jungen Ärzte die Operationsmethode erlernen, muss ihnen auch beigebracht werden, wie sie die wichtigen Nerven fachgerecht aufspüren, damit sie sie beim Schneiden, Tackern oder Nähen nicht verletzen.“

Genau daran hapert es offenbar. Eine niederländische Studie brachte ein verheerendes Ergebnis, das Amid für typisch für die Praxis auf der ganzen Welt hält: Nur rund ein Drittel der Chirurgen machte sich während der Leistenbruch-OP überhaupt die Mühe, die gefährdeten Nerven zu suchen.

VERONIKA HACKENBROCH

* Abbildung aus dem 1559 erschienenen „Lehrbuch der Herniologie“ von Caspar Stromayer.