

Aus der Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie des Krankenhauses der Stadt Wien-Lainz

Eingeladener Kommentar: „Faszienplikation mit Faszienstapler zum Verschluß von Bauchwandhernien“

H. Piza

Es ist gut, wenn technische Details, wie in dieser vorliegenden Arbeit (1) die Anwendung von Faszienstaplern im Detail vorgestellt werden.

Schade ist allerdings, daß ein so großes Krankengut von 200 Patienten, die mit dieser Faszienplikation versorgt wurden, nicht näher analysiert werden.

Interessant ist, daß bei 51 Patienten mit Narbenbruchoperationen (mit einem mittleren Durchmesser von 6,5 cm) in einem Beobachtungszeitraum von 2 Jahren nur 4 Rezidive festgestellt wurden.

Es scheint mir auch wichtig, die primären Inzisionen detaillierter zu beschreiben, da ein Narbenbruch nach medianer Laparotomie niemals mit einem Narbenbruch nach querer Oberbauchlaparotomie zu vergleichen ist. Im letzteren Fall kann durch eine Plikation die Bauchdeckenmuskulatur anatomisch und funktionell nicht rekonstruiert werden.

Es ist anzuregen, daß das für Allgemeinchirurgen oft unerfreuliche Thema der Narbenbrüche mit den Funktionsverlusten der Bauchdecke einmal genauer untersucht und eventuell in einer ausführlichen Arbeit besprochen wird.

Das Material der beiden Autoren ist groß und wäre interessant genug, mit funktionellen Untersuchungen der Bauchdecke und postoperativem Management wie Bauchdeckentraining usw. vorgestellt zu werden.

Literatur

(1) Stauber R, Schwarzmüller B: Faszienplikation mit Faszienstapler zum Verschluß von Bauchwandhernien. Acta Chir. Austriaca 1994;26:166-169.

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. H. Piza, Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Krankenhaus der Stadt Wien-Lainz, Wolkersbergenstraße 1, A-1130 Wien.

Aus der Chirurgischen Abteilung des Kantonspitals Thun, Schweiz

Eingeladener Kommentar: „Faszienplikation mit Faszienstapler zum Verschluß von Bauchwandhernien“

H. Zimmermann

Bauchwandhernien im Bereiche der Linea alba sind recht häufig. So fand man bei Autopsien in etwa 5% epigastrische Hernien, die meistens klein und asymptomatisch waren (1). Ventrale Narbenhernien entstehen iatrogen und treten in 2 bis 11% nach Laparotomien auf (2). Prädisponierend sind Adipositas, Alter, postoperativer Ileus, pulmonale Komplikationen und Ikterus. Wundinfektionen führen zu einer 5fachen Erhöhung des Rezidivrisikos, doch bleibt unklar, ob die Infektion per se das Rezidivrisiko erhöht. Wahrscheinlich beeinflusst die Lokalisation der Inzision (transvers, paramedian, in der Linea alba) das Rezidivrisiko nicht (3). Die Art des Abdominalverschlusses, sei es mit Einzelknopfnähten oder mit Fortlaufnaht, schichtweisem Verschluß oder Massenschluß, scheint ebenfalls die Inzidenz der Narbenhernie nicht zu beeinflussen. Gleiches gilt wohl auch für resorbierbares Nahtmaterial (v. a. Vicryl, Dexon oder PDS [2]). Es wird jedoch postuliert, daß nicht resorbierbares Nahtmaterial einen „Sägeeffekt“ habe, zu Knopflochdefekten und so zu Rezidivhernien führe (4). In einer prospektiven Studie traten 56% der Narbenhernie im 1. Jahr und 35% innerhalb 5 Jahren nach der

Korrespondenzanschrift: Dr. med. H. Zimmermann, Chirurgie, Spital, CH-3762 Erlenbach.

initialen Operation auf (5). Die Ursache der Faszienchwäche ist bis heute unklar, doch konnte gezeigt werden, daß sich praktisch innerhalb des 1. postoperativen Monats entscheidet, ob sich eine Narbenhernie entwickeln wird oder nicht (6). Rezidive nach Narbenhernienoperationen treten in 20 bis 45% der Patienten auf (2), und oft kommt es zu Inkarzerationen mit entsprechend erhöhter Mortalität. Diese Problematik führte denn auch zu vielen Operationsverfahren mit z. B. resorbierbaren und nicht resorbierbaren Netzen, autologer und heterologer Faszien und speziellen Nahtmaterialien. Stauber und Schwarzmüller stellen in dieser Ausgabe ihre Technik der sogenannten „Faszienplikation und Faszienstapler“ vor. Die Autoren operierten 116 Umbilikalhernien, 18 epigastrische Hernien und 66 Narbenbrüche nach ihrer Methode. Bei primären Brüchen betrug der Bruchpfortendurchmesser durchschnittlich 3,0 cm, bei Narbenbrüchen 6,5 cm. Nach 2 Jahren fanden die Autoren 4 (etwa 7,8%) Rezidive bei 51 Narbenhernienoperationen und 2 (etwa 2%) Rezidive bei 101 primären Bauchwandhernien. Wundinfektionen traten bei 1% der Patienten auf. Im Vergleich zu anderen Autoren sind die Resultate dieser Gruppe gut. Die Autoren haben aber nicht bewiesen, daß die Resultate wirklich auf ihre spezielle Technik, vor allem auf den Einsatz des Faszienstaplers, zurückzuführen sind. Andere Autoren haben mit den heute üblichen Nahtmaterialien ohne Stapler über Rezidivraten berichtet, die zum Teil höher, aber auch zum Teil tiefer (6) gewesen sind als in der vorliegenden Arbeit. Zu beachten ist weiter, daß in der vorliegenden Publikation die meisten Hernien eher klein waren.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Resultate der verschiedenen Operationsverfahren besonders für Narbenhernien wegen den oft extrem hohen Rezidivraten häufig nicht so gut sind, wie dies wünschenswert wäre. In diesem Zusammenhang rufen uns Stauber und Schwarzmüller (7) wieder einmal in Erinnerung, wie wichtig es ist, daß die Nähte spannungsfrei in gesundem muskofaszialem Gewebe eingebracht werden. Bei der Operation von Narbenhernien bleiben aber immer noch mehrere Probleme nicht völlig geklärt, so z. B. bei welchen Hernien ein künstliches Netz eingenäht werden sollte oder welches das beste Verfahren bei Behandlung von riesigen ventralen Hernien (z. B. mit Pneumoperitoneum) oder von Umbilikalhernien bei zirrhotischen Patienten ist. Solche Probleme werden uns auch nach der Einführung der minimalen invasiven Chirurgie weiterhin beschäftigen.

Literatur

- (1) Nyhus LM, Bombeck CT, Klein MS: Hernias, in Sabiston DC (ed): Textbook of Surgery. The biological basis of modern surgical practice. Philadelphia, Saunders, 1991, pp 1134-1148.
- (2) Santora TA, Roslyn JJ: Incisional hernia. Surg Clin North Am 1993;73:557-570.
- (3) Ellis H, Coleridge-Smith PD, Joyce AD: Abdominal incisions-vertical or transverse? Postgrad Med J 1984;60:407-410.
- (4) Read RC, Yoder G: Recent trends in the management of incisional herniation. Arch Surg 1989;124:485-488.
- (5) Mudge M, Hughes LE: Incisional hernia: a 10 year prospective study of incidence and attitudes. Br J Surg 1985;72:70-71.
- (6) Pollock AV, Evans M: Early prediction of late incisional hernias. Br J Surg 1989;76:953-954.
- (7) Stauber R, Schwarzmüller B: Faszienplikation mit Faszienstapler zum Verschluß von Bauchwandhernien. Acta Chir. Austriaca 1994;26:166-169.

Aus der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen, Deutschland

Eingeladener Kommentar: „Faszienplikation mit Faszienstapler zum Verschluß von Bauchwandhernien“

V. Schumpelick

Stauber und Schwarzmüller (7) beschreiben den Einsatz eines Faszienstaplers bei der Reparatur von Bauchwandbrüchen.

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. V. Schumpelick, Chirurgische Klinik der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen, Pauwelsstraße 30, D-52057 Aachen.