

Operation: Leistenhernienreparation, Shouldice

Anamnese/Indikation:

Seit einigen Monaten bestehe eine Schwellung inguinal rechts, welche dem Patienten seit 2-3 Monaten zunehmend Beschwerden bereite. Klinisch zeigt sich eine Inguinalhernie (Vorwölbung inguinal, positiver Hustenanprall, evtl. weiter äußerer Leistenring) rechts ohne Hinweis auf Inkarzeration. Es wird die Indikation zur operativen Sanierung nach Shouldice gestellt.

Operationsbericht:

Der Eingriff erfolgt in Rückenlage. Nach sorgfältiger Hautdesinfektion und sterilem Abdecken erfolgt eine Inzision inguinal rechts. Eingehen auf die Externusaponeurose und Spalten derselben in Faserrichtung unter Mitnahme des Anulus inguinalis externus. Der N. ilioinguinalis wird identifiziert, mobilisiert und unter den kranialen Haken verlagert (gelingt nicht immer). Anschließend wird der Samenstrang teils stumpf, teils scharf aus den Kremasteranteilen gelöst, wobei der M. cremaster unter Verwendung von Ligaturen reseziert wird. Weiterhin erfolgt die sorgfältige Präparation des Bruchsacks bis an den Anulus inguinalis internus. Der Bruchsack wird eröffnet, der Bruchinhalt reponiert und der Bruchsack mit einer Tabaksbeutelnaht verschlossen. Es handelt sich somit um eine indirekte Hernie. Nach übersichtlicher Darstellung der Fascia transversalis, erfolgt die Durchtrennung derselben unter Schonung der epigastrischen Gefäße vom Anulus inguinalis internus bis zum Schambeinhöcker. Weiterhin werden die Faszienränder vom darunter liegenden präperitonealen Fettgewebe mobilisiert, und ausgedünnte Anteile der Faszie reseziert. Anschließend erfolgt die fortlaufende Naht der Transversalisfaszie von kaudal nach kranial, wobei kaudal im medialen Anteil die Rückseite der Rektusscheide, und lateral der sehnige Anteil des Arcus muscularis transversi als Nahtlager dienen. Fortführung dieser Naht bis zum Anulus inguinalis internus, der somit rekonstruiert wird. Nun wird unter Nahtumkehr die fortlaufende Naht zum Schambeinhöcker zurückgeführt, wobei die kraniale Faszienleiste von oben auf die kaudale genäht und zum Schluss mit dem ersten Faden verknotet wird. Anschließend erfolgt die Fixierung des M. transversus und der dorsalen Anteile des M. internus am Leistenband mittels fortlaufender Naht, am Anulus inguinalis internus beginnend. Unter Stichumkehr wird nun die Naht zurückgeführt, wobei die ventralen Anteile des M. internus am Leistenband fixiert werden. Ausgiebige Spülung (Spülen ist nicht obligat). Fortlaufende Naht der Externusaponeurose. Erneute Spülung (s. oben). Intrakutannaht mit resorbierbarem Nahtmaterial. Wunddesinfektion. Steriler Verband.

Procedere:

Regelmäßige Wundkontrollen. Fadenentfernung entfällt bei resorbierbarem Nahtmaterial.