

Operation: Narbenhernienreparation mit offener, retromuskulärer Netzaugmentation

Diagnose:

Narbenhernie

Therapie:

Offene, retromuskuläre Netzaugmentation mit einer nicht-resorbierbaren Netzprothese (Ultrapro® 25 x 12 cm)

Operationsbericht:

Lagerung der Patientin in Rückenlage, rechter Arm angelagert. Steriles Abdecken des Operationsgebietes, Aufkleben einer Op-Site-Folie. Exzision der alten medianen Oberbauchlaparotomienarbe. Scharfe Präparation bis auf die Faszie. Hier finden sich bereits insgesamt sechs kleinere Defekte über die gesamte Fasziennarbe verteilt, im Sinne einer Gitternarbenhernie. Verbinden der Fasziendefekte und sorgfältige, lokale Adhäsiolyse. Abdecken des Bauchraums mit feuchtem Tuch. Beginn der Präparation des retromuskulären Netzlagers durch längs verlaufende Inzision der Rektusscheide von medialeseite. Scharfe, teils stumpfe Präparation hinter dem Rektusmuskel. So gelingt es links wie rechts ein ausreichend großes Netzlager zu präparieren. Nach kaudal wird der Nabelpfeiler abgelöst. Links und rechts der Linea alba erfolgt die Inzision des hinteren Blattes der Rektusscheide mit Darstellung des fatty triangles. So gelingt eine ausreichende Unterfütterung nach distal von mindestens 6 cm. Nach kranial geht die Inzision bis 3 cm unterhalb des Xyphoids. Um hier eine ausreichende Unterfütterung des Netzes zu erzielen, ist es notwendig, das hintere Blatt der Rektusscheide vom Xyphoid abzulösen. So gelingt es, in den retroxyphoidalen Raum vorzudringen und dort mittels stumpfer Präparation ein ausreichendes Netzlager von weiteren 5 cm zu erzielen. Entfernung des abdeckenden Bauchtuchs und Beginn der Reparatur mit fortlaufendem Nahtverschluss des hinteren Blattes der Rektusscheide mit Vicryl der Stärke 1/0. Überprüfung auf Bluttrockenheit, Bluttrockenheit besteht. Ausmessung, Zurechtschneiden und Platzierung einer nicht-resorbierbaren Netzprothese (Ultrapro® 25 x 12 cm). Diese wird weit retroxyphoidal platziert. Punktuelle Fixation auf dem hinteren Blatt der Rektusscheide mit Einzelknopfnähten Vicryl 3/0. Bei völliger Bluttrockenheit Verzicht auf subfasziale Drainage. Fortlaufender Verschluss der vorderen Faszie zur Rekonstruktion der Linea alba. Dies gelingt spannungsarm. Überprüfung auf subkutane Bluttrockenheit, Bluttrockenheit besteht. Adaptierende Subkutannähte. Hautverschluss mit fortlaufender intrakutaner Naht mit Monocryl 4/0. Steriler Kompressenverband und Anlage eines elastischen Bauchgurts beenden die Operation. Operationsverlauf: komplikationslos. Vor dem Eingriff wurde eine Single-Shot-Antibiose mit Cefuroxim durchgeführt.