

Stellenwert der Implantate in der Hernienchirurgie

Die Verwendung von Netzen zur Reparatur von Narbenhernien ist heute ein Muss

Jürg Metzger, juerg.metzger@kksl.ch

Die Verwendung von Kunststoffnetzen zur Versorgung einer Leistenhernie, vor allem beim jüngeren Patienten, wird heute immer noch kontrovers diskutiert. Zur Versorgung einer Narbenhernie muss hingegen auf Grund der Datenlage ein Kunststoffimplantat empfohlen werden. Die Nahtverfahren ohne Fremdmaterial zur Versorgung einer Narbenhernie sind heute definitiv "out". Das Kunststoffnetz wird bevorzugt in einer "Sublay"-Position eingesetzt. Hingegen bestehen noch Kontroversen betreffend der Wahl des optimalen Zuganges: laparoskopische versus offene Narbenhernienversorgung.

Das Risiko, eine Narbenhernie zu entwickeln, beträgt nach einer medianen Laparotomie zwischen 10 Prozent und 20 Prozent^{1,2}. Nebst patientenbezogenen Risikofaktoren wie Geschlecht, Alter, Übergewicht und Nikotinabusus spielen vor allem lokale Wundheilungsstörungen die grösste Rolle als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Narbenhernie. Ebenfalls scheint die Technik des Laparotomieverschlusses eine Rolle zu spielen. Meta-Analysen an über 6'500 Patienten haben gezeigt, dass die Verwendung von langsam resorbierbarem Fadenmaterial und eine fortlaufende Nahttechnik die besten Methoden des abdominalen Faszienschlusses sind².

Narbenhernienreparation mit oder ohne Kunststoffnetze

Seit der Publikation von Luijendijk et al. im New England Journal of Medicine 2000¹ ist es klar geworden, dass die alleinige Versorgung einer Narbenhernie mit einer Naht heute obsolet ist. In dieser randomisierten Multizenterstudie konnte gezeigt werden, dass die Kunststoffnetzversorgung der reinen Naht überlegen ist, was sich in einer um 38 Prozent tieferen Rezidivrate nach drei Jahren widerspiegelte. Interessanterweise scheint die Herniengrösse betreffend Rezidivrisiko keine wesentliche Rolle zu spielen. Dieselbe Autorengruppe publizierte kürzlich die kumulativen 10-Jahres-Rezidivraten³: Für die reinen Nahtverfahren ohne Verwendung von Kunststoffmaterial betrug die Rezidivrate 63 Prozent versus 32 Prozent für die Mesh-Gruppe.

Positionierung des Netzes

Prinzipiell können heute vier verschiedene Netzpositionen unterschieden werden. Bei einer "Onlay"-Lage wird das Mesh auf die vordere Rektusscheide pexiert. Nebst der höheren Rezidivrate ist vor allem die Ausbildung von grossen Seromen ein postoperativ häufig auftretendes Problem. Die zweite Methode positioniert das Netz in einer "Inlay"-Technik. Dabei wird das Netz zwischen die beiden Rektusmuskelanteile fixiert im Sinne einer Brückentechnik. Die dritte und heute am häufigsten praktizierte Methode ist die so genannte "Sublay"-Technik, bei der das Netz retromuskulär unter die Rectus-abdominis-Muskulatur und vor das Peritoneum positioniert wird. Als vierte Möglichkeit bietet sich vor allem bei grossen Defekten oder nach queren Laparotomien eine rein intraperitoneale Positionierung des Kunststoffimplantates an. Die bevorzugte Netzpositionierung in der offenen Narbenhernienchirurgie ist heutzutage die "Sublay"-Technik⁴. Die Originaltechnik wurde von den Franzosen Rives und Flament beschrieben und zeigt ausgezeichnete Langzeitresultate mit Rezidivraten unter 10 Prozent^{5,6}.

Operationstechnik nach Rives

Wir bevorzugen in Luzern die Originaltechnik nach Rives, die im Folgenden kurz beschrieben wird:

- vollständige Exzision der Hautnarbe
- sparsames Darstellen der Faszierränder im Bereich Übergang Bruchsack/Faszie,

Cave: keine grossen Ablösungsflächen im Bereich der Subkutis (Vermeiden von Seromen)

- Eingehen in die Schicht zwischen Rückseite des M. rectus abdominis beidseits und der hinteren Rektusscheide (**Abb. 1** : X = hintere Rektusscheide; *Rektusmuskulatur)
- Mobilisieren dieser Schicht bis an die laterale Umschlagsfalte
- fortlaufender Verschluss des Peritoneums und der hinteren Rektusscheide
- Platzieren eines VIPRO-Netzes auf die hintere Rektusscheide (**Abb. 2**)
- Verankerung des Netzes durch Ausziehnähte, welche durch alle Schichten des Abdomens lateral der Mm. recti gesetzt und subkutan über separate Stichinzisionen auf der Faszie geknotet werden. (**Abb. 3**)
- Redondrainagen in das Netzlager
- fortlaufender Verschluss der vorderen Rektusscheide

Laparoskopische oder offene Hernienreparation

Diverse Studien zeigen, dass eine Narbenhernienreparation erfolgreich laparoskopisch durchgeführt werden kann. Die eigentliche Schwachstelle des Verfahrens ist immer noch die Frage nach der optimalen Netzfixation (Tackers, Nähte)⁷. Vor allem bei grossen Narbenbrüchen mit einer Retraktion der Restmuskulatur nach lateral ist ein offenes Verfahren unter Rekonstruktion der Bauchdecke häufig kosmetisch befriedigender als ein alleiniges laparoskopisches Überbrücken der Bruchpforte von intraabdominal her mit einem Kunststoffnetz. Gute Indikationen für eine laparoskopische Narbenhernienversorgung sind meines Erachtens multiple kleine Narbenhernien (Typ "Emmentalerkäse") bei insgesamt erhaltener Kontinuität der Bauchdecke.

Schlussfolgerung

State of the Art zur Versorgung einer Narbenhernie jeglicher Grösse ist heute die offene Sublay-Technik nach Rives. Diskussionen über das optimale Netzmaterial (lightweight versus heavyweight) sind noch offen⁸. Die laparoskopische Hernienreparation hat ihre Berechtigung für spezielle Indikationen.

Literatur

1. Luijendijk RW, Hop WC, van den Tol MP et al. A comparison of suture repair with mesh repair for incisional hernia. *N Engl J Med* 2000; 343:392-398
2. van 't RM, Steyerberg EW, Nellensteyn J et al. Meta-analysis of techniques for closure of midline abdominal incisions. *Br J Surg* 2002; 89:1350-1356
3. Burger JW, Luijendijk RW, Hop WC et al. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. *Ann Surg* 2004; 240:578-583
4. Vries Reilingh TS, van Geldere D, Langenhorst B et al. Repair of large midline incisional hernias with polypropylene mesh: comparison of three operative techniques. *Hernia* 2004; 8:56-59
5. Flament JB, Palot JP, Lubrano D et al. Retromuscular prosthetic repair: experience from France. *Chirurg* 2002; 73:1053-1058
6. Rives J, Pire JC, Flament JB et al. Treatment of large eventrations (apropos of 133 cases). *Minerva Chir* 1977; 32:749-756
7. Berger D, Bientzle M, Muller A. Laparoscopic repair of incisional hernias. *Chirurg* 2002; 73:905-908
8. Conze J, Kingsnorth AN, Flament JB et al. Randomized clinical trial comparing lightweight composite mesh with polyester or polypropylene mesh for incisional hernia repair. *Br J Surg* 2005; 92:1488-1493

