Ihre ärztlichen Ansprechpartner

Dr. med. Mark Banysch
Chefarzt
mark.banysch@st-bernhard-hospital.de

Sebastian Bochlogyros
Oberarzt
sebastian.bochlogyros@
st-bernhard-hospital.de

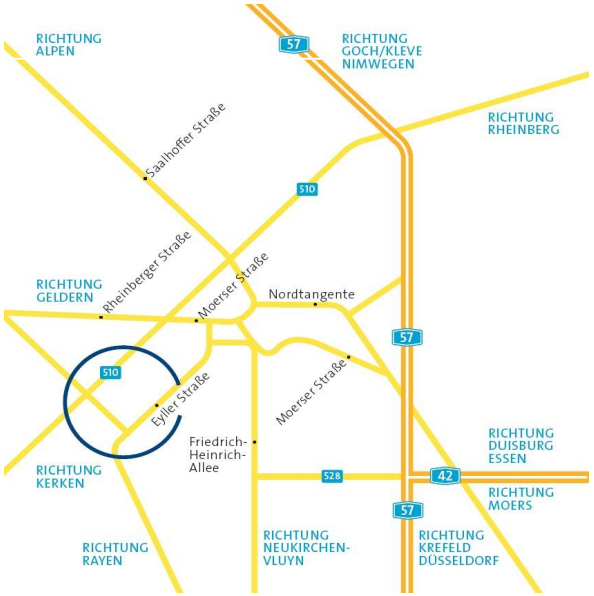
Hernien-Sprechstunde

dienstags 11:00 - 14:00 Uhr und
mittwochs: 12:00 - 15:00 Uhr nach Vereinbarung

Die Hernien-Sprechstunde findet in der Zentral-ambulanz des St. Bernhard-Hospitals statt.

Online Terminvereinbarung auch über doctolib.de oder www.st-bernhard-hospital.de

Patientenkoordination:
Sarah Kittel
Sekretariat der Chirurgischen Klinik I
Tel.: 0 28 42 / 70 84 93
sarah.kittel@st-bernhard-hospital.de



St. Bernhard-Hospital Kamp-Lintfort GmbH
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Bgm.-Schmelzing-Str. 90
47475 Kamp-Lintfort

Notaufnahme: 0 28 42 / 70 84 58
Servicezentrale: 0 28 42 / 70 80
www.st-bernhard-hospital.de

pCC-zertifiziert nach
DIN EN ISO 9001:2015
inkl. Viszeralonkologisches Zentrum

Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie

3/2024

KLINIK FÜR ALLGEMEIN- UND VISZERALCHIRURGIE

Hernienzentrum

ST. BERNHARD-HOSPITAL
KAMP-LINTFORT

Eine Einrichtung der St. Franziskus-Stiftung Münster

Hernienzentrum Kamp-Lintfort

Die Operationen von Leisten- oder Bauchwandbrüchen sind die häufigsten Operationen in der Allgemein- und Viszeralchirurgie in Deutschland. Um für unsere Patienten eine optimale und moderne Versorgung anbieten zu können, haben wir das Kamp-Lintforter Hernienzentrum gegründet. Unser Repertoire umfasst das gesamte Spektrum der etablierten offenen OP-Methoden sowie der modernen schlüsselloch-chirurgischen (mini-mal-invasiven) Verfahren.

Die Qualität unserer Behandlung wurde durch die Deutsche Herniengesellschaft überprüft und unsere Klinik als Hernien-Kompetenzzentrum von der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) zertifiziert.

Wir bieten Ihnen eine professionelle und gleichzeitig einfühlende Behandlung. Die optimale Therapie beginnt für uns beim Erstkontakt in unserer spezialisierten Herniensprechstunde und erstreckt sich bis zur ambulanten Nachbetreuung nach Entlassung.

Unser Ziel ist die dauerhafte und schonende Heilung von Ihrem Bruchleiden unter Vermeidung akuter und chronischer Schmerzen. Hierfür setzen wir, wenn möglich und sinnvoll, besonders wenig belastende minimal-invasive OP-Verfahren sowie modernste Netze ein. Die Patientensicherheit steht dabei für uns immer an erster Stelle. Deshalb legen wir mit Ihnen gemeinsam das für Sie optimale Therapieverfahren fest.

Bevorzugt behandeln wir unsere Patienten im Rahmen eines stationären Aufenthaltes von wenigen Tagen, aber auch ambulante Operationen sind im Einzelfall möglich.

Dr. med. Mark Banysch
Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Spektrum und Leistungsangebot

Leistenbruch

Bei einem Leistenbruch drücken sich Eingeweide durch eine Schwachstelle der unteren Bauchwand in den Leistenkanal. Männer sind deutlich häufiger betroffen als Frauen. Ein nicht operierter Leistenbruch heilt niemals von alleine. Unbehandelt vergrößert er sich immer weiter, ab einer kritischen Größe kann sogar eine Darmschlinge in den Bruch gezwängt werden.

Die netzbasierte Leistenbruchversorgung beim Erwachsenen nehmen wir bevorzugt minimal-invasiv (**TAPP/TEPP**) vor. Nach einer minimal invasiven Versorgung treten weniger akute und chronische Schmerzen auf. Insbesondere Patienten mit einem beidseitigen Leistenbruch profitieren von dem minimal-invasiven Verfahren, weil beide Brüche simultan ohne zusätzliche Hautschnitte versorgt werden können.

Wiederholungsbrüche sowie sehr große Brüche, z. B. mit Beteiligung des Hodensackes, werden als netzbasierte OP-Methode nach **Lichtenstein** versorgt. Hierbei verschließt ein sehr gut verträgliches Kunststoffnetz von außen die Leistenbruchpforten. Eine Ausnahme bilden sehr junge Patienten mit kleinen Brüchen und stabilem Bindegewebe. Diese Patienten können in einer offenen Operation nach **Shouldice** versorgt werden. Hierbei wird auf ein Kunststoffnetz verzichtet und die Leistenregion mit mehreren Nähten verschlossen und verstärkt.

Nabelbruch

Nach dem Leistenbruch ist der Nabelbruch die zweithäufigste Bruchart. Auch für den Nabelbruch gilt, dass ein entstandener Bruch nach Vollendung des Kleinkindalters nicht von alleine heilen kann. Häufig treten Nabelbrüche bei Erwachsenen nach Gewichtszunahme oder nach Schwangerschaften auf. In unserem Hernienzentrum werden kleine Nabelbrüche bei Patienten mit stabilem Bindegewebe mit einer direkten Naht verschlossen.

Nabelbrüche mit einer Bruchpforte von mehr als 1,5 cm Breite sollten mit einem Kunststoffnetz versorgt werden, da andernfalls ein sehr hohes Wiederholungsrisiko der Bruchentstehung existiert. Die modernen und sehr gut verträglichen Kunststoffnetze können hierbei in die Bauchdecke eingelegt werden, so dass ein Kontakt des Netzes mit den Bauchorganen vermieden werden kann. Diese wenig aufwendige Netzeinlage wird in unserer Klinik als **Sublay- oder PUMP-Verfahren** vorgenommen.

Narbenbruch

Ein Narbenbruch ist eine häufige Komplikation nach jeder Art von vorhergehender Bauchoperation. Jede Narbe ist eine potenzielle neue Schwachstelle der Bauchdekke. Auch Jahre nach der ersten Bauchoperation können hier noch Narbenbrüche entstehen. Jeder Narbenbruch sollte operativ versorgt werden, denn Abwarten führt bei Narbenbrüchen eher zu Komplikationen.

Außer bei sehr kleinen Brüchen sollten Narbenbrüche prinzipiell mit einer synthetischen Verstärkung der eigenen Bauchdecke (Kunststoffnetz) versorgt werden. Sowohl bei den offenen als auch laparoskopischen (minimal-invasiven) Operationen unterscheidet man die einzelnen Methoden in Abhängigkeit von der Schicht der Bauchdecke, in welche ein Netz eingelegt wird. So gibt es auf der einen Seite Platzierungen von Netzen auf (**Onlay**) oder in (**Sublay**) der Bauchdecke. Hierbei entsteht kein Kontakt des Netzes mit den Bauchorganen. Netze, welche Kontakt mit der Bauchhöhle haben dürfen, sind speziell beschichtet und werden in IPOM-Technik implantiert.

Auch komplexe Narbenhernien-Versorgungen, wie Komponentenseparationen oder moderne Hybrid-Verfahren wenden wir an.