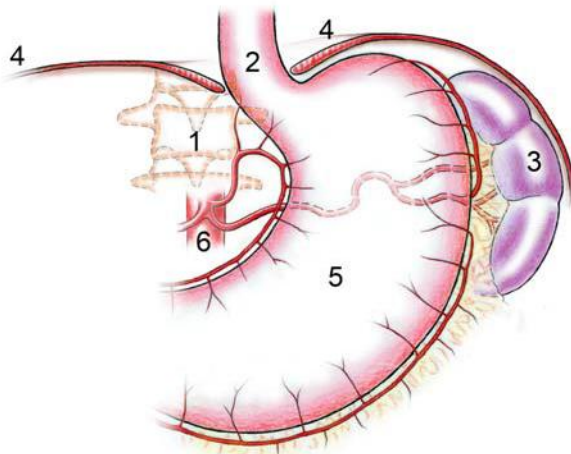




Hiatushernie („Zwerchfellbruch“)

Das Zwerchfell ist eine Muskel-Sehnen-Platte, welche die Brusthöhle und die Bauchhöhle voneinander trennt. Dabei gibt es drei Öffnungen, durch welche die Aorta die Hohlvene und die Speiseröhre (Oesophagus) durchziehen.



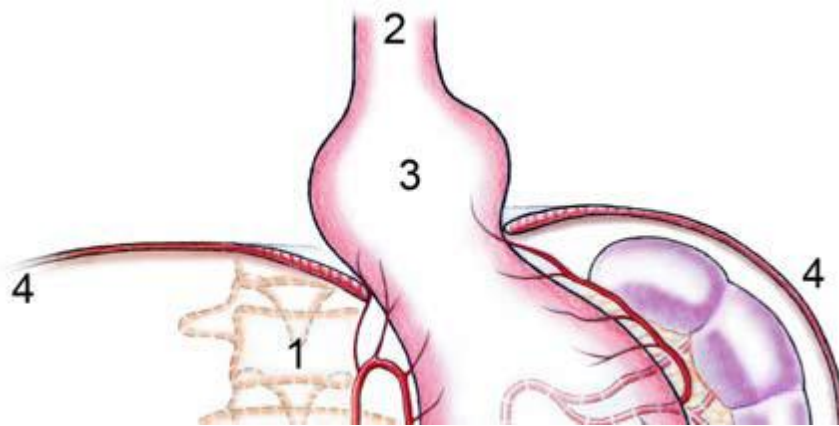
1. Wirbelsäule
2. Speiseröhre
3. Milz
4. Zwerchfellkuppen
5. Magen
6. Aorta

Physiologischerweise herrscht im Bauchraum ein Überdruck, im Brustraum hingegen ein Unterdruck. Bei Erweiterung des Speiseröhrendurchtritts (Hiatus oesophagei) kommt es zum Hochrutschen des Magens aufgrund der Druckunterschiede. Es entsteht eine Hiatushernie.

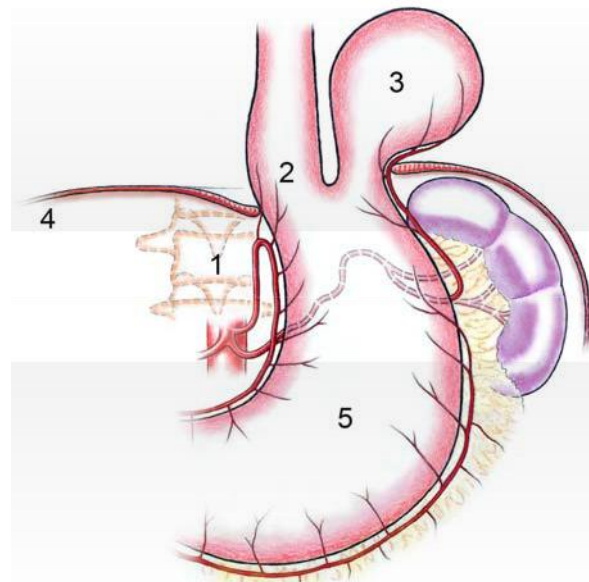
Etwa ein Drittel aller Menschen leidet unter "saurem Aufstossen" oder "Magenbrennen". Die meisten haben als Ursache einen Zwerchfellbruch (Hiatushernie). Dabei handelt es sich nicht um einen „Bruch“ im Sinne von Knochenbruch, sondern um eine pathologische (krankhafte) Erweiterung des Zwerchfells in jenem Bereich, wo die Speiseröhre (Oesophagus) in den Bauchraum und schliesslich in den Magen mündet. Auf dieser Höhe befindet sich der untere Speiseröhren-Schliessmuskel, der normalerweise dafür sorgt, dass Magensäure nicht ungehindert in die Speiseröhre zurück fließt. Bei Erweiterung des Zwerchfelldurchtritts (Hiatus) der Speiseröhre kann es zum Hochrutschen des Mageneingangs und zum ungenügenden Verschluss des unteren Speiseröhren- Schliessmuskels kommen. Durch den ungehinderten Rückfluss von Magensäure entsteht eine Entzündung der Speiseröhren-Schleimhaut (Oesophagitis), womit die Beschwerden wie saures Aufstossen und Magenbrennen erklärt werden können.



1. Wirbelsäule
2. Speiseröhre
3. Axiale Hiatushernie
4. Zwerchfell



Nebst der häufigeren axialen Hiatushernie gibt es als seltene Form die para-oesophageale Hernie. Dabei bleibt die untere Speiseröhre an korrekter Stelle und ein anderer Teil des Magens rutscht an der Speiseröhre vorbei in den Brustraum. Bei dieser Form des Zwerchfellbruchs leiden die Patienten oft nicht unter saurem Aufstossen; vielmehr klagen sie über Schluckstörungen, Engegefühl und zeigen gelegentlich Blutungen mit nachfolgender Blutarmut (Anämie).



1. Wirbelsäule
2. Speiseröhre
3. Para-oesophageale Hernie
4. Zwerchfell
5. Magen



Was kann passieren ohne Behandlung

Die Folge des chronischen Rückflusses (Reflux) von Säure in die Speiseröhre ist in der Regel eine Entzündung der Speiseröhren-Schleimhaut (Oesophagitis). Ohne Behandlung kann diese Entzündung zu narbigen Einengungen der unteren Speiseröhre führen.

Heute wird zudem diskutiert, ob eine chronische Entzündung der Schleimhaut nicht auch zu bösartigen Tumoren (Karzinome) in diesem Bereich führen kann.

Ähnlich wie bei der Leistenhernie kommt es bei der Hiatushernie mit den Jahren zu einer Grössenzunahme. Verstärkt wird dieses Phänomen durch die Tatsache, dass im Bauchraum normalerweise ein Überdruck, und im Brustraum physiologischerweise ein Unterdruck herrscht. Vermehrt akzentuiert wird dieser Druckunterschied durch gewisse Krankheiten, wie zum Beispiel die Adipositas. Darum ist es nicht weiter erstaunlich, dass mit der Zeit der Magen immer mehr in den Brustraum rutscht. Wahrscheinlich verhält es sich auch so, dass eine vorerst kleine Hiatushernie mit der Zeit grösser wird und im Alter zu einer grossen para-oesophagealen Hernie ausarten kann.

Wie stellt man die Diagnose einer Hiatushernie

Bei den typischen Symptomen der Reflux-Oesophagitis und nach ungenügendem Ansprechen auf die Therapie mit Säure-Blockern wird in der Regel eine Magenspiegelung (Gastroskopie) durchgeführt. Erfahrene Gastroenterologen können die Diagnose Hiatushernie auf diesem Weg stellen. Bei spezieller Fragestellung und zum Ausschluss einer para-oesophagealen Hernie ist oft eine Röntgen-Kontrastmittel-Untersuchung hilfreich.

Ist eine Behandlung ohne Operation möglich

Bei den meisten Patienten mit einer Hiatushernie muss nicht gleich eine Operation durchgeführt werden, sondern es wird eine Behandlung mit sog. Säure-Blockern vorgeschlagen. Über 95 % der Betroffenen werden nach einer konsequenten Behandlung während 6 Wochen beschwerdefrei. Als begleitende Massnahmen werden folgende Tricks vorgeschlagen:

- Vermeiden von Säure-provozierenden Speisen
- Vermeiden von häufigem Bücken
- Hochlagern des Oberkörpers während der Nacht (Hochstellen des Bettes im Kopfbereich)
- Vermeiden von Nikotin und zuviel Alkohol

Bei der para-oesophagealen Hiatushernie gibt es keine sinnvolle konservative (nicht- operative) Behandlung. Auch ohne subjektive Beschwerden rät man bei dieser seltenen Form der Hiatushernie häufig zur Operation, zumal es in über 50 % der Fälle zu teilweise schweren Komplikationen wie Magenblutung, Magendurchbruch und Magenabklemmung kommen kann.



Welches sind die möglichen Operationsverfahren

Die Operation einer Hiatushernie wird heute in der Regel laparoskopisch durchgeführt. Ziele des Eingriffs sind, den Magen in den Bauchraum zurück zu holen und den Zwerchfelldurchtritt soweit einzuengen, dass der Magen definitiv im Bauchraum bleibt und nicht wieder in den Brustraum rutschen kann.

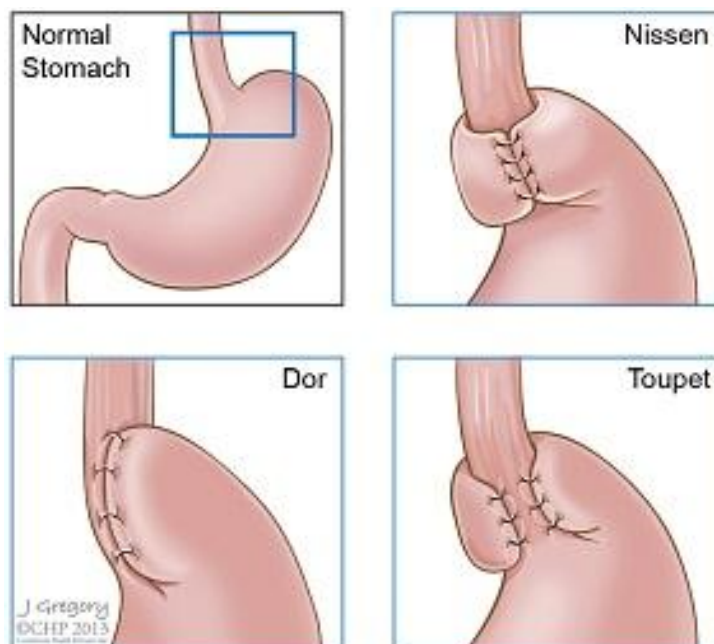
Die axiale Hiatushernie wird in der Regel mit der laparoskopischen Fundoplikatio behandelt. Dabei wird der Magenfundus in Form einer Manschette um den Oesophagus geschlungen und fixiert. Damit entsteht eine Engstellung der unteren Speiseröhre, was den Reflux von Säure verhindert.

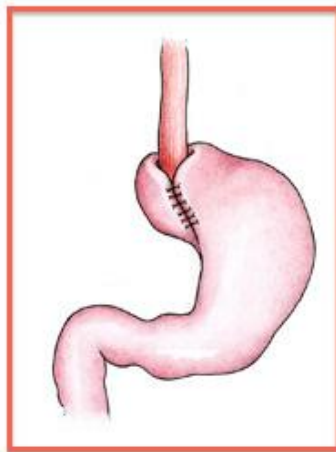
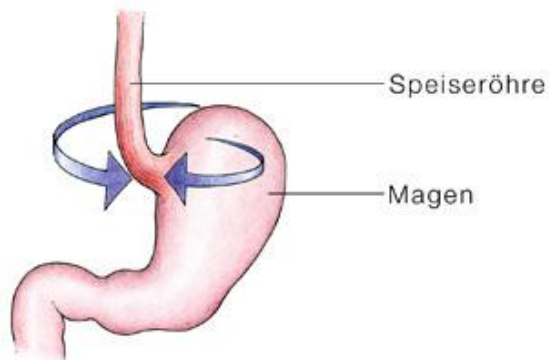
Die seltene para-osophageale Hiatushernie kann mit einer alleinigen laparoskopischen Gastropexie operiert werden. Dabei wird der Magenfundus an das Zwerchfell und die Bauchdecke fixiert, damit er nicht mehr in den Brustraum rutschen kann. Die gemischte Hiatushernie wird in der Regel mit einer laparoskopischen Fundoplikatio saniert.

Narkose

Die laparoskopische Entfernung des Blinddarms wird ausschliesslich in Vollnarkose durchgeführt.

Operation:





Der obere Teil des Magens wurde um das Ende der Speiseröhre gelegt und vernäht.

Komplikationsmöglichkeiten

Der Erfolg und die Risikolosigkeit einer ärztlichen Behandlung kann in keinem Falle garantiert werden, doch sind heute allgemeine Komplikationen von Operationen, wie Infektionen (Lungenentzündung), Venenthrombosen (Gerinnselformung) und Lungenembolien (Gefäßverschluss durch verschleppte Gerinnsel) durch die eingehende Abklärung vor der Operation und durch Schutzmassnahmen während des Spitalaufenthaltes sehr selten geworden. Verletzungen von Organen und Blutgefässen, aber auch Nachblutungen sind durch eine standardisierte Operationstechnik auf ein Minimum reduziert worden und sind eher seltener als bei der offenen Operation. Auch ist heute eine schnelle und wirksame Therapie solcher Probleme möglich. Wundabszesse und Narbenbrüche sind seltener, Verwachsungen geringer und die Darmlähmung kürzer als bei der herkömmlichen Operationstechnik. Benachbarte Organe können in seltenen Fällen durch Instrumente, elektrischen Strom oder Hitze verletzt werden. Nach der Operation auftretende Schulterschmerzen sind durch das eingeblasene Gas bedingt und verschwinden meist nach einem Tag.

Voraussichtliche Hospitalisationsdauer

Bei einem komplikationslosen Verlauf wird mit einer Hospitalisationsdauer von 3-4 Tagen gerechnet.