

## Intraoperative Diagnose

Hauptdiagnose/n: K43.0 Narbenhernie mit Einklemmung; ohne Gangrän 25.05.24 15.24;

Nebendiagnosen: K43.60 Epigastrische Hernie mit Einklemmung; ohne Gangrän 25.05.24 15.24

Z92.1 Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese 25.05.24 15.24

## OP-Prozeduren:

Haupt-ICPMs: 5-536.4c Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch (assistiert), total extraperitoneal mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm;

Neben-ICPMs: 1-694 Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)

5-535.39 Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch (assistiert), total extraperitoneal mit Sublay-Technik

5-932.45 Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 300 bis unter 400

## Operationsdiagnosen:

1. Große subxiphoidale Narbenhernie mit Einklemmung von präperitonealem Fettgewebe und Omentum majus (EHS-Klassifikation: W2, M1, M2; 5 x 7 cm gekammerte Bruchlücke) bei Z.n. Sternotomie (Februar 2021 Asklepios Klinik)

2. Kleine primäre epigastrische Bauchwandhernie im mittleren Epigastrium (E I)

3. Thrombozytenaggregationshemmertherapie mit Acetylsalicylsäure 100 mg per os

4. Breite Sternotomienarbe

5. Z.n. Lichtenstein-Operation linke Leiste 2021

## Operationsverfahren:

1. Endoskopisch assistierte Mini-open-Sublay-Netzhernioplastik (MILOS-Operation) der ventralen Bauchwand zum Verschluss der subxiphoidalen Narbenhernie, epigastrischen Bauchwandhernie und Netzaugmentation der Linea Alba mit Implantation 15 x 19 cm PVDF-Netz (Dynamesh CICAT)

2. Diagnostische Laparoskopie

3. Resektion von präperitonealem Fettgewebe

4. Omentum majus Teilresektion

5. Omentum majus Adhäsiolyse (mini-offen)

6. Nabelplastik

## Vorgeschichte:

Zur Vorgeschichte wird auf die Aktenlage verwiesen; siehe oben. Es findet sich eine zunehmend symptomatische inzwischen 10 cm im Liegen mit etwas Mühe reponible Vorwölbung unterhalb des Xiphoids bei Z.n. Sternotomie und aortakoronarer Bypassoperation: Sonografisch zusätzlich Nachweis einer epigastrischen Bruchlücke im mittleren Epigastrium.

Es wird mit dem Patienten der oben genannte Eingriff vereinbart. Vorgehen nach Befund.

Operation:

Präoperativ Gabe von 1,5 g Cefuroxim.

Rückenlage, Hautdesinfektion; Abdecken mit sterilen Tüchern:

5 cm längsverlaufende Exzision der subxiphoidalen Narbe: Die Präparation ist durch eine ausgeprägte Blutungsneigung und Narbengewebe erheblich erschwert. Präparation des gekammerten Narbenbruchsacks und Eröffnen desselben. Im Bruchsack findet sich ein Anteil des Omentum majus chronisch inkarziert. Der Omentum majus Anteil wirkt avital und wird reseziert. Präparat zur Histologie. Über die Bruchlücke Eingehen in die Bauchhöhle: Offenes Einbringen eines 10 mm Optikports. Tabaksbeutelnaht. CO<sub>2</sub>-Insufflation (10 mmHg), 30 Grad Optik. Einsehbare Anteile von Magen, Dünn- und Dickdarm unauffällig: Im Bereich der epigastrischen Bruchlücke finden sich mehrere bridenartige Verwachsungen zwischen dem Omentum und der Bruchlücke; die eine Ileusfalle darstellen. Leber unauffällig. Die Gallenblase gelangt nicht zur Darstellung: Die Leistenregion ist bds. nicht komplett beurteilbar. Kein Anhalt für Leistenhernien. Bei Bluttrockenheit und intakten Eingeweiden Entfernen der Instrumente und des Gases unter Sicht. Es erfolgt = nun über die Bruchlücke Mini-offen eine ausgedehnte Omentum majus Adhäsiolyse und Bridenresektion Aufwendige Blutstillung mit monopolarer Strom. Hartnäckige Omentum Blutungen werden mit Vicryl 3.0 umstochen; Bluttrockenheit: Es sind schließlich sämtliche Verwachsungen zwischen dem Omentum und der Bauchwand, die eine Ileusfalle darstellen beseitigt. Eingeweide intakt: Bluttrockenheit: Verschluss des Peritoneums fortlaufend mit Vicryl 3.0 Kleinere peritoneale Einrisse werden mit Einzelknopfnähten verschlossen. Es erfolgt nun die Präparation um die Narbenbruchlücke ringsherum in MILOS-Technik.

Darstellen einer gekammerten 5 x 7 cm großen Bruchlücke: Resektion von überschüssigen Bruchsackanteilen: Es erfolgt nun die Präparation um die Narbenbruchlücke ringsherum in MILOS-Technik mit lichtarmierten laparoskopischen Instrumenten. Die Präparation ist durch eine erhebliche Blutungsneigung und ausgeprägtes Narbengewebe erheblich erschwert; aufwendige Blutstillung mit monopolarer Strom. 3 cm unterhalb der Narbenbruchlücke findet sich in einer maximal 3 cm breiten Linea alba eine 0,7 cm große primäre epigastrische Bruchlücke in der präperitoneales Fettgewebe inkarziert ist. Dieses wird reseziert.

Verschluss der Bruchlücke mit PDS-0 Einzelknopfnäht. Es erfolgt nun die Präparation präperitoneal ringsherum um die Herniendefekte Kleinere Peritonealeinrisse werden mit Monocryl 4.0 Einzelknopfnähten verschlossen. Es ist schließlich ein mindestens 15 x 19 cm großer extraperitoneal Raum präpariert. Nochmals aufwendige Blutstillung: Bluttrockenheit.

Hautdesinfektion; Handschuhwechsel, Wundspülung mit Gentamycin-Ringerlösung: Zurechtschneiden eines 14 x 19 cm PVDF-Netz. Abrunden der Ecken Dann erfolgt das Einbringen des Netzes endoskopisch assistiert in den präperitonealen Raum. Das Netz liegt kranial 4 cm hinter dem Xiphoid und wird mit Vicryl 2.0 Einzelknopfnähten am Paraxiphoiddalfasziengewebe mit 20 Einzelknopfnähten fixiert. Keine weitere Fixation Die Bruchlücken werden ringsherum mit einem Radius von mindestens 4 cm unterfüttert. Bei korrekter Netzlage und Bluttrockenheit Transhernial Einlage einer 8 Charriere Redon-Drainage in das Netzlager; welche nach kaudal herausgeleitet wird. Bluttrockenheit. Wundspülung mit

Gentamycin-Ringerlösung; Verschluss der Narbenbruchlücke mit PDS-0 fort- laufend in, small bite small stitch Technik genäht:.

Rekonstruktion des Nabeltrichters durch Fixation der Nabelhaut auf der Faszie mit Vicryl 3.0 Einzelknopfnähten: Nochmals aufwendige Blutstillung bei erheblicher Blutungsneigung. Bluttrockenheit. Sparsame Mobilisation der Cutis und Subcutis im Sinne einer kleinen Cutislappen- plastik. Aufwendige Blutstillung: Bluttrockenheit:.

Wundspülung mit Gentamycin-Ringerlösung; Es erfolgt nun der spannungsarme Faszienverschluss mit PDS-0 fortlaufend genäht. Stichtabstand 0,5 cm. Sparsame Narbenkorrektur.

Subkutannaht, Hautnaht intrakutan mit Monocryl 4.0. Steristrips, steriler Kompressionsverband, elastische Binde. Instrumente Tücher, Streifen; Kompressen vollzählig

Bemerkung:

Anfertigen von 5 Digitalfotos.

Weiteres Procedere:

Stationäre Behandlung mit engmaschigen klinischen Kontrollen bei hohem Nachblutungsrisiko. Atemtherapie Thromboseprophylaxe; Analgetikagabe.

Der Patient sollte für 6 Wochen eine elastische Bauchbinde tragen für 6 Wochen auf das Heben von schweren Lasten (mehr als 15 kg) verzichten.