



## Nabelhernie

Der Nabelbruch stellt den zweithäufigsten Bauchwandbruch im Erwachsenenalter dar und betrifft circa 10–25% der Bevölkerung. Dabei sind Frauen drei- bis viermal häufiger betroffen als Männer. Insbesondere Frauen zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr tragen ein erhöhtes Risiko einen Nabelbruch zu erleiden. Meistens zeigen sich Nabelbrüche asymptomatisch und benötigen keine Intervention. Treten jedoch Beschwerden auf, manifestieren sich die typischerweise als unspezifische Bauchschmerzen, Schmerzen bei Belastung oder als sichtbare Vorwölbung der Bauchdecke. In sehr seltenen Fällen, kann es zu einer Einklemmung, einer sogenannten Inkarzeration kommen. Dabei entwickeln sich innerhalb kurzer Zeit starke kolikartige Schmerzen begleitend mit Übelkeit und Erbrechen. Darüber hinaus ist der Bauch äusserst druckempfindlich. Eine solche Einklemmung gilt als chirurgischer Notfall und muss sofort behandelt werden.

Die Bauchdecke besteht aus Haut, Muskeln und Bindegewebe. Obwohl sie im Allgemeinen belastungsstabil ist, ist sie jedoch nicht gleichmässig ausgebildet. Der Nabelbereich stellt eine natürliche Schwachstelle dar. Diese dient während der Entwicklung des Kindes im Mutterleib als Durchtrittspforte der Nabelschnurgefässe. Nach der Geburt verschliesst sich diese Lücke in der Regel spontan bis zum 2. Lebensjahr. Nichtsdestotrotz, bleibt sie lebenslang eine Schwachstelle. Ist der Bauchraum zusätzlich einer hohen Druckbelastung ausgesetzt, welche die Belastbarkeit der Bauchwand übertrifft, kann das Gewebe einreissen und es kommt zum genannten Nabelbruch. Dies kann durch körperlich anspruchsvolle Tätigkeiten, wie beispielsweise das Heben und Tragen starker Lasten oder auch bei sportlichen Aktivitäten erfolgen. Auch eine Zunahme des Bauchumfangs im Rahmen starker Gewichtszunahme oder Schwan-

gerschaft, kann zu einem erhöhten inneren Druck führen, welcher von der Bauchdecke nicht mehr kompensiert werden kann. Einige Erkrankungen können diese Entwicklung ebenfalls begünstigen. Dazu zählen Lebererkrankungen mit Bauchwasserentwicklung, Diabetes und sogar Lungenerkrankungen wie COPD, welche mit häufigem Husten einhergehen. Des Weiteren spielen genetische Einflüsse, wie angeborene Bindegewebsschwächen eine Rolle.

Unabhängig der Ursache eines Nabelbruchs, besteht das Resultat darin, dass der Bauchinhalt nicht mehr von der Bauchdecke gehalten werden kann und durch die sogenannte Bruchpforte nach aussen gedrückt wird. Dabei kommt es zu einer sichtbaren und spürbaren Vorwölbung. Ein solches Bindegewebsloch heilt nicht mehr spontan.

Bemerken die Patienten oben genannte Symptome, sollte eine Fachperson aufgesucht werden. Zur Diagnosestellung reicht in der Regel bereits eine körperliche Untersuchung. Dabei kann entweder eine Lücke oder auch Bruchinhalt in der Bauchdecke ertastet werden. Die Durchführung eines sogenannten Valsalva-Manövers kann das Hervortreten von Bruchinhalt vorübergehend verstärken und die Diagnosesicherung erleichtern. Dabei wird die Patientin oder der Patient angehalten, die Bauchpresse aktiv durchzuführen. Bei starker Fettleibigkeit oder anderen eingeschränkten Untersuchungsbedingungen können weitere bildgebende Verfahren wie ein Ultraschall oder auch eine Computertomographie zur Hilfe gezogen werden. Diese können auch zur besseren Planung der operativen Versorgung hilfreich sein, da sie den genauen Durchmesser der Bruchlücke sowie dessen Inhalt definieren können.

Asymptomatische Nabelbrüche müssen nicht operiert werden. Sollten sie jedoch zu Einschränkungen im Alltag führen, stellt die operative Versorgung die einzige kurative Therapie dar. Dabei gibt es heutzutage verschiedene Methoden. Diese unterscheiden sich einerseits in der Verwendung von Fremdkörpern (Netzen) und andererseits in der Wahl des operativen Zugangsweges. Hier kann ein offenes Verfahren oder ein minimalinvasives Verfahren mittels Bauchspiegelung in Abhängigkeit des individuellen Krankheitsbildes vorteilhaft sein. Die Entscheidung,

welche Methode eingesetzt wird, muss individualisiert und in Konsens zwischen Patient und Ärztin gestellt werden. Im Allgemeinen richtet sich die Verfahrenswahl nach Grösse der Bruchlücke sowie anderen patientenspezifischen Faktoren wie Alter, körperliche Konstitution und Belastungsanspruch.

In der Regel können Brüche bis circa 1–2 cm adäquat mittels einem kleinen Schnitt direkt dargestellt und direkt verschlossen werden. Dafür wird die Haut halbkreisförmig neben dem Nabel eröffnet und der Bruchinhalt zurück in den Bauch reponiert. Anschliessend wird die Bauchdecke durch starke Nähte verschlossen. Der Vorteil dieses Verfahrens ist der relativ geringe und schonende operative Umfang. In der Regel kann ein solches Verfahren ambulant durchgeführt werden. In ausgewählten Fällen kann diese Operationsmethode sogar in lokaler Betäubung erfolgen.

Bei grösseren Bruchlücken von über 2 cm wird in der Regel ein Netz eingebracht. Dieses besteht aus einem speziellen niederallergenen Kunststoff und dient der zusätzlichen Verstärkung der Bauchdecke, um das Risiko des Auftretens eines Rezidives zu verringern. Die Methoden mit Netz werden entweder offen oder mittels Bauchspiegelung durchgeführt. Diese Methoden sind mit einem grösseren operativen Aufwand verbunden und bedürfen in der Regel einer stationären Behandlung. Hier ist eine Vollnarkose obligat.

Die postoperative Behandlung aller genannter Methoden gestaltet sich ähnlich. In erster Linie soll eine schmerzadaptierte körperliche Schonung über mindestens zwei Wochen erfolgen. Dabei ist auf eine adäquate Schmerztherapie sowie regelmässige Wundkontrollen durch den Hausarzt zu achten. Je nach Operationsmethode kann zusätzlich das Tragen eines Bauchgurtes für zwei Wochen oder die Einschränkung für starke sportliche Aktivitäten für mehrere Monate nötig sein. Abhängig vom Grad der körperlichen Belastung ist eine postoperative Arbeitsunfähigkeit von etwa 1–2 Wochen notwendig.

Bei Unklarheiten oder Fragen empfehlen wir eine Beratung durch ihren behandelnden Arzt oder ihre Ärztin.



**Dr. med. Pia Antony**  
Oberärztin Chirurgische Klinik