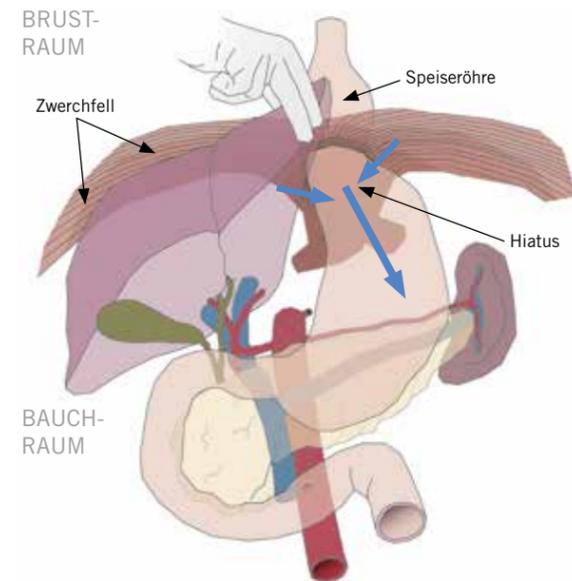


Operative Verfahren:

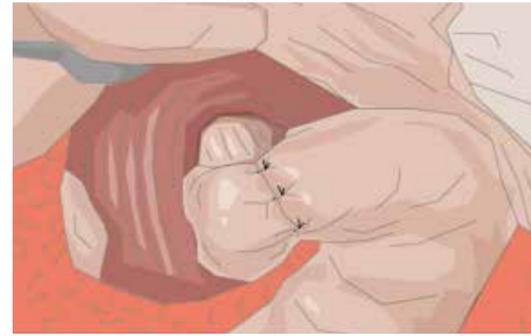
Ziel einer Operation ist es, den Rückfluss der Magensäure in die Speiseröhre zu verhindern bzw. zu begrenzen. Außerdem soll eine bestehende Hiatushernie verschlossen und versorgt werden. Hierbei kommen verschiedene Verfahren zum Einsatz. Alle Operationen werden regelhaft mittels minimalinvasiver Technik (Schlüsselloch-Technik) durchgeführt, sodass nur 4 oder 5 kleine Narben zurückbleiben.



Ziele einer Operation

1. Funduplicatio nach Nissen:

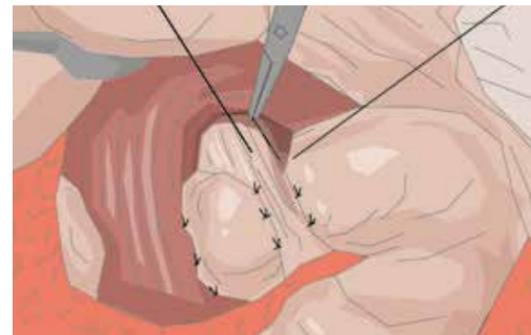
Bei der Funduplicatio nach Nissen wird der obere Teil des Magens wie eine Manschette komplett (360°) um das untere Ende der Speiseröhre gelegt und fixiert. Dies führt zur Unterstützung des Schließmuskels und bewirkt über einen Ventilmechanismus, dass keine Magensäure mehr in die Speiseröhre gelangt.



Funduplicatio nach Nissen

2. Funduplicatio nach Toupet:

Bei dieser Technik wird die Manschette nur zum Teil (270°) um die Speiseröhre gelegt, diese Operationstechnik wird beispielsweise bevorzugt, wenn die Bewegung der Speiseröhre gestört ist (sog. Motilitätsstörung).

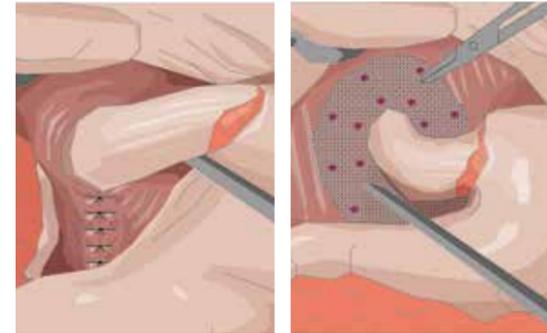


Funduplicatio nach Toupet

3. Hiatoplastik mit und ohne Netz:

Bei einer Hiatoplastik wird die Bruchlücke – die „zu weite“ Öffnung im Zwerchfell – mittels einzelnen Nähten verschlossen, sodass nur noch die Speiseröhre hindurchpasst. Sollten sich vorher im Brustkorbbereich weitere Organe befinden, meistens der obere Anteil des Magens, werden diese zuvor wieder in den Bauchraum zurückverlagert.

Bei sehr großen Brüchen kann zur Verstärkung der Naht zusätzlich ein Netz platziert werden.



Hiatoplastik mittels einfacher Naht (links) und zusätzlicher Netzeinlage (rechts)

Anhand der Ergebnisse der Voruntersuchungen werden in einem ausführlichen Gespräch das für Sie infrage kommende OP-Verfahren sowie mögliche Alternativen ausführlich besprochen.

Wie verläuft der Aufenthalt?

In der Regel kommen Sie nach der Operation wieder auf Ihr Zimmer. Bereits am Tag der Operation beginnt der Kostenaufbau, zunächst mit flüssiger Kost. Wird diese gut vertragen, erfolgt die Steigerung des Kostenaufbaus. Wenn Sie nach ca. 3-4 Tagen das Krankenhaus verlassen, nehmen Sie wieder normale Kost zu sich. Während des Aufenthaltes erhalten Sie Schmerzmittel, die Sie zusätzlich bei Bedarf abrufen können. Auf Drainagen kann während der Operation meist verzichtet werden. Individuell wird zusätzlich ein Röntgen-Breischluck zur Erfolgskontrolle durchgeführt.

Vor Entlassung vereinbaren wir in einem ausführlichen Entlassungsgespräch Termine für Kontroll- oder Nachsorgeuntersuchungen.

Worauf ist hinterher zu achten?

- Eine spezielle Diät ist nicht einzuhalten, da die Wunden in der Regel geklebt werden und keine Fäden entfernt werden müssen.
- Duschen ist ab dem 2. Tag möglich.
- Wir empfehlen körperliche Schonung für 4-6 Wochen, dies gilt für intensiven Sport sowie das Heben von Lasten über 5 kg.

Refluxsprechstunde

In unserer Refluxsprechstunde beraten wir Sie und Ihre Angehörigen individuell und ausführlich über Ihre Erkrankung – auch anhand von Abbildungen (wie in diesem Flyer). Unser Ziel ist es, dass Sie selber zu einem „Experten“ für Ihre Erkrankung werden. Deswegen nehmen wir uns besonders viel Zeit. Gern können Sie sich bei uns auch eine Zweitmeinung einholen.



Chefarzt Prof. Dr. med. A. M. Chromik
Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie – spezielle Viszeralchirurgie



Dr. med. Sophia Groß
Funktionsoberärztin, Fachärztin für Chirurgie und Viszeralchirurgie



Meryem Reimann
Sekretariat

Kontakt

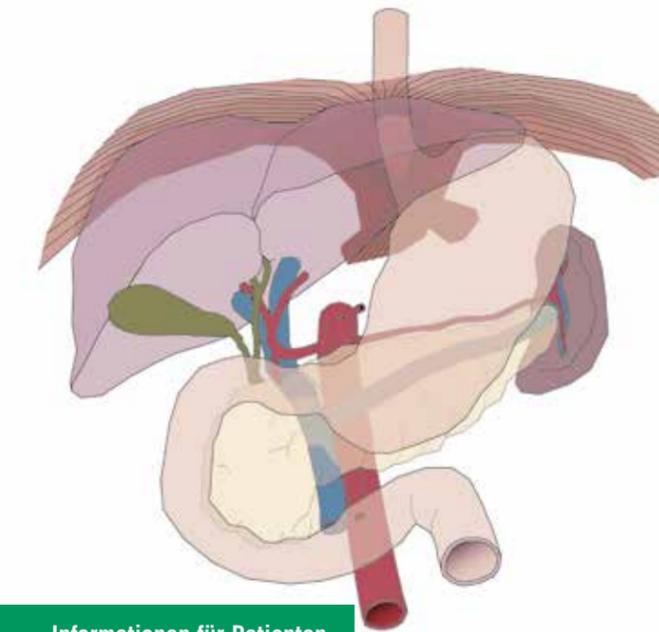
Asklepios Klinikum Harburg
Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Eißendorfer Pferdeweg 52
21075 Hamburg
Tel.: 040 181886-2534
Fax: 040 181886-3457
allgemeinchirurgie.harburg@asklepios.com
www.asklepios.com/harburg

In dringenden Fällen sind wir für Sie über unsere Viszeralchirurgische Hotline erreichbar: 040 181886-2540

Unser Sekretariat finden Sie im 1.OG von Haus 8 Raum 200, wo Sie Frau Reimann erwartet. Das Bauchzentrum liegt im 2. OG von Haus 8B, wo Sie durch Frau Borgwardt, Frau Pankewitz und unser ärztliches Team betreut werden.



Gesund werden. Gesund leben. www.asklepios.com



Informationen für Patienten

Refluxerkrankung und Zwerchfellbruch (Hiatushernie) Anti-Reflux-Operationen

Was muss ich als Patient wissen?

 **ASKLEPIOS**
tumorzentrum hamburg

 **ASKLEPIOS**
Klinikum Harburg

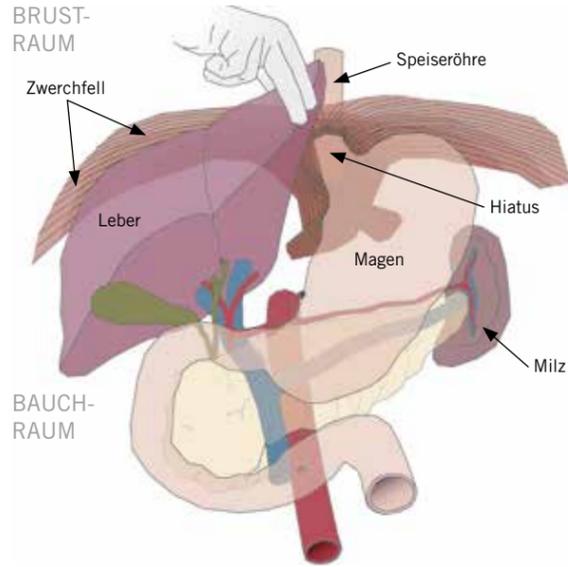
Liebe Patientin, lieber Patient,

bei Ihnen liegt eine Refluxerkrankung und/oder ein Zwerchfellbruch (Hiatushernie) vor. Möglicherweise ist die operative Therapie eine Option für Sie. Hier möchten wir Ihnen Informationen über die Ursachen und verschiedenen Therapiemöglichkeiten geben.

Grundlagen der Erkrankung

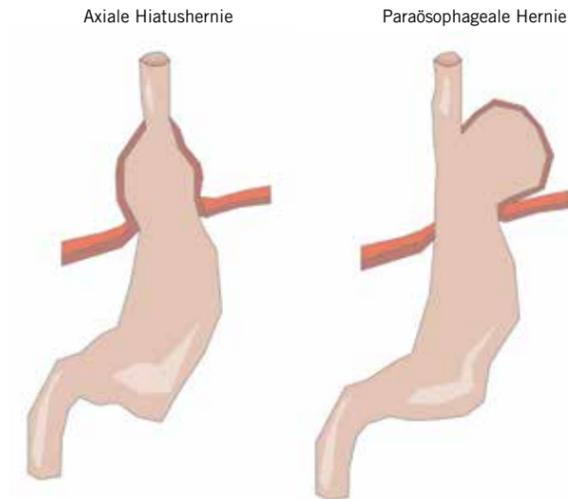
Die **Refluxerkrankung** ist gekennzeichnet durch einen krankhaft gesteigerten Rückfluss (Reflux) des sauren Mageninhaltes in die Speiseröhre (Ösophagus). Dies kann über einen längeren Zeitraum zu einer Schädigung der Speiseröhre führen. Ursächlich hierfür ist in den meisten Fällen ein Funktionsverlust des unteren Speiseröhrenschließmuskels (unterer Ösophagus-sphinkter) und/oder eine Bewegungseinschränkung der Speiseröhre. Durch den Funktionsverlust kommt es zu einem unvollständigen Verschluss des Speiseröhren-schließmuskels und die Magensäure kann nach oben in die Speiseröhre gelangen.

Ein häufiger begünstigender Faktor ist ein **Zwerchfellbruch (Hiatushernie)**. Dabei gelangen Anteile des Magens durch den sog. Hiatus (lat. Öffnung, Durchtritt), eine natürliche Muskel-Lücke im Zwerchfell, in den Brustraum (Thorax). Der Hiatus ist normalerweise nur so groß, dass genau die Speiseröhre hindurchtritt. Weitet sich diese Lücke aus, z. B. durch eine Bindegewebschwäche, spricht man von einem Zwerchfellbruch. Die häufigste Form des Zwerchfellbruchs ist die sog. axiale Hiatushernie (ca. 90%).

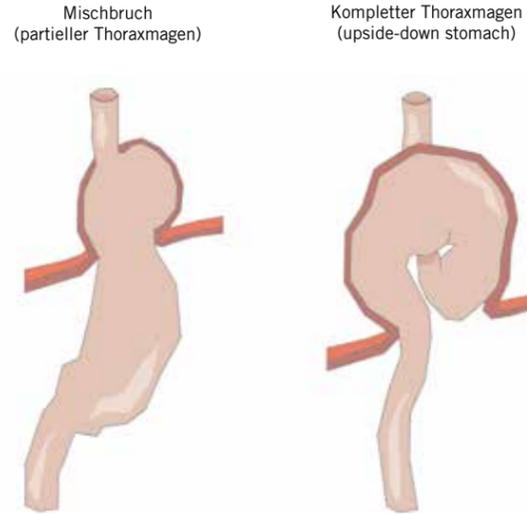


Normale Anatomie von Magen, Speiseröhre und Hiatus

Hierbei verlagern sich die oberen Anteile des Magens mit der Speiseröhre in den Brustraum. Bei einer paraösophagealen Hernie verlagert sich der Magen neben der Speiseröhre in den Brustkorb.



Zudem gibt es Mischformen. Verlagert sich der gesamte Magen in den Brustkorb, spricht man von einem kompletten Thoraxmagen.



Faktoren, die eine Refluxerkrankung begünstigen:

- Übergewicht (Adipositas)
- Faserarme und fettreiche Kost
- Alkohol- und Nikotinkonsum
- Zwerchfellschwäche
- Bewegungseinschränkung der Speiseröhre
- Schwangerschaft
- Bestimmte Medikamente

Häufige Symptome sind:

- Sodbrennen (brennende Schmerzen hinter dem Brustbein) und saures Aufstoßen
- Völlegefühl
- Druck auf der Brust (insb. bei paraösophagealen Hernien)
- Regurgitation (hierbei gelangt unverdauter Mageninhalt in den Mund)

- Schlechter Geschmack im Mund/Mundgeruch
- Halsschmerzen und ein Globusgefühl („ein Kloßgefühl behindert das Schlucken“)
- Seltene Symptome können auch ein Reizhusten bzw. wiederholte Lungenentzündungen als Folge von kleinen Mengen an Magensaft sein, die in die Luftröhre gelangen.

Konservative Therapieoptionen

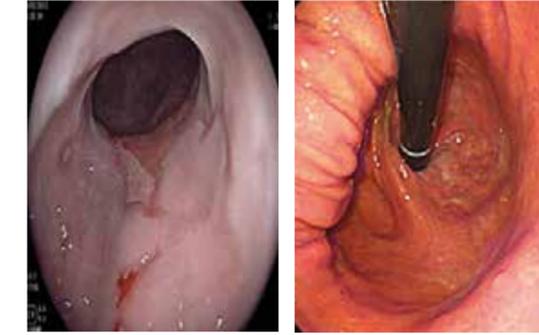
Was können Sie selbst tun? Der erste Schritt ist meistens, Ihre Lebensgewohnheiten zu ändern. Dies kann z. B. eine Gewichtsreduktion bedeuten. Zusätzlich Reduktion von fettreichen und säurehaltigen Nahrungsmitteln, Meiden von übermäßigem Kaffee- und Alkoholkonsum sowie ein Verzicht auf das Rauchen. Schlafen mit erhöhtem Oberkörper kann insb. den nächtlichen Reflux reduzieren. Verschiedene Medikamente können die Säureproduktion dauerhaft hemmen (sog. Protonenpumpen-Hemmer), wobei die meisten Patienten hierdurch eine dauerhafte Beschwerdelinderung erreichen.

Ein Leben lang Tabletten einnehmen?

Ist dies keine Option für Sie, gibt es die Möglichkeit einer operativen Therapie. Im Vorfeld muss jedoch genau geklärt werden, ob Sie für eine Operation infrage kommen. Es gibt nämlich zusätzliche Faktoren, bei denen Sie von einer Operation nicht profitieren bzw. bei denen eine Operation nicht durchgeführt werden sollte. In unserer **Refluxsprechstunde** werden wir Sie umfangreich informieren und die spezielle weitere Diagnostik interdisziplinär mit der Abteilung für Gastroenterologie sowie der Abteilung für Radiologie durchführen.

Diagnostik

Zur Diagnostik gehört neben dem ausführlichen Aufnahmegespräch primär die **Magenspiegelung** (Gastroskopie). Hierbei können mögliche Entzündungen der Speiseröhre (Ösophagitis) sowie die Art des Zwerchfellbruchs gesehen werden.



Magenspiegelung: Links: Ösophagitis durch Reflux
Rechts: Axiale Hiatushernie

Zudem werden spezielle Untersuchungen zur Messung der genauen Funktion der Speiseröhre durchgeführt. Hierzu zählen der **Röntgen-Breischluck**. Hierbei trinken Sie eine kleine Menge eines wasserlöslichen Kontrastmittels und werden auf einem speziellen Kipptisch gelagert, um unter anderem das genaue Ausmaß des Bruchs und des Reflux feststellen zu können.



Röntgen-Breischluck: Erkennbar ist eine axiale Hiatushernie

Zusätzlich wird eine **Manometrie** (Druckmessung der Speiseröhre) durchgeführt. Hierbei wird eine ca. 5 mm dünne Sonde durch die Nase bis in den Magen eingeführt und über verschiedene Sensoren

das genaue Bewegungsmuster der Speiseröhre sowie die Funktion des unteren Speiseröhren-schließmuskels erfasst.

Eine weitere wichtige Untersuchung die **24 Std. pH-Metrie-Messung**. Hierbei wird ähnlich wie bei der Manometrie eine Sonde durch die Nase bis in den Magen eingeführt. Diese ist jedoch viel dünner (ca. 1,5 mm), da sie für 24 Std. getragen werden muss. Die Sonde ist mit einem kleinen Aufnahmegerät verbunden. In dieser Zeit müssen Sie ein Protokoll führen, was wir Ihnen während der Sprechstunde genau erklären. Hierbei können sowohl die Dauer als auch das Ausmaß der Reflux-Episoden bestimmt werden. All diese Untersuchungen werden bei uns ambulant durchgeführt und sind schmerzlos.

Raum für Notizen:
