

Shouldice – STEP BY STEP

Schritt 1: korrekte Seite? Markieren von Spina iliaca ant. sup. und Tuberculum pubicum.

Schritt 2: 1cm oberhalb dieser gedachten Linie Schnitfführung der Incision, beginnend 1QF lat. des Tuberculum, 5 - 7cm lang bei üblichem Körperbau.

Schritt 3: Durchtrennen der Subcutis und Camper Faszie in derselben Richtung, subcutane Gefäße werden ligiert oder koaguliert.

Schritt 4: Darstellung der Externus Aponeurose in einer Breite von max. 2 cm, Längsinzision in Faserrichtung, die Inzision geht medial in den Anulus inguinalis superficialis über.

Schritt 5: Darstellung der Nerven: Abpräparation der Externus Aponeurose vom M. obliquus internus abdominis, Darstellung des Leistenbandes, Identifikation des N. iliohypogastricus sowie am Samenstrang (Fascia spermatica externa) des N. ilioinguinalis.

Schritt 6: Auspräparation des Samenstranges mittels Pinzetten/zarten Klemmen, keine Fingertechnik, Aufsuchen und Schonen des Ramus genitalis des N. genitofemoralis laterokaudal des Samenstranges (Leitgebilde: "blue line"=Vena spermatica externa). Anschlingen d. Samenstranges.

Schritt 7: 1) Lateral: Spaltung des M. cremaster kranialseitig des Samenstranges, Schonung des N. ilioinguinalis, Bruchsacksuche, Identifikation des Duct. deferens und evtl. Begleitlipoms (Resektion), Bruchsack wird über den inneren Leistenring nach innen verfolgt, Trennung von Duct. deferens samt Begleitstrukturen, Reposition / Resektion (Tabaksbeutelnaht, resorbierbar 3/0).

2) Medial: zirkuläre Freipräparation, Eröffnen der Transversalisfaszie auf gesamter Länge bis innerer Leistenring, Schonung der epigastrischen Gefäße, Austastung der Lacuna vasorum (Ausschluss Femoralhernie) **3) Femoral:** Wechsel auf meshbasierte präperitoneale Technik empfohlen.

Schritt 8: Klassifikation nach EHS (Rezidiv/Primär; L/M/F; 1 – 3)

Schritt 9: Anheben der oberen Lefze der Faszia transversalis, bei medialer Hernie Resektion des Überschusses der Faszia transversalis

Schritt 11: Shouldice-Naht: Empfohlen: nicht resorbierbarer monofiler Faden, Stärke 2/0., Naht beginnt medial (Tub. pubicum), Stich durch die Internus/Transversusaponeurose von kranial außen nach praeperitoneal, Fassen und Stechen der kaudalen Lefze der Faszia transversalis

(praeperitoneal – außen), Rückstechen der Naht durch die Aponeurose an die ursprüngliche Einstichstelle (praeperitoneal – außen), Verknotung, dann überlappende Naht der kaudalen Lefze der Transversalisfaszie unter die kraniale, Nahtlager kranial: „white line“ (laterale Begrenzung der Rectusscheide), *Reihe 1:* Stichabstände von 6-8mm nach lateral bis zum inneren Leistenring,

Samenstrang nach lateral drängen, ohne ihn einzuengen (Fingerkuppe des Kleinfingers) *Reihe 2:* Faden als zweite Nahtreihe fortlaufend von lateral nach medial fortgesetzt, wobei die kraniale Lefze der Faszia transversalis an die Ansatzstelle der Faszia transversalis am Leistenband nach kaudal genäht wird, ggf. Mitstechen von Muskelanteilen erforderlich bei zuwenig guter Transversalisfaszie. Am medialen Ende verknüpfen mit dem vorher belassenen Fadenende.

Schritt 12: Überprüfung auf korrektes Nahtlager und Blutstillung. Drainagen werden auch bei Aggregationshemmern nicht empfohlen.

Schritt 13: Verschluss der Externus Aponeurose, fortlaufende resorbierbare Naht der Stärke 2/0 resp. 3/0, lateral beginnend, der Samenstrang wird wieder unter die Aponeurose gelegt Subcutannahte resorbierbar 3/0. Hautverschluss.

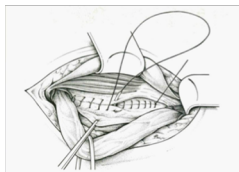
Detaillierte Informationen sowie Lehrvideos siehe

www.hernienforum.at

www.youngsurgeons-austria.at

P	primary hernia								
R	recurrent hernia			P	R				
0	no hernia detectable		0	1	2	3	X		
1	< 1,5cm (one finger)	L							
2	< 3 cm (two fingers)	M							
3	> 3 cm (more than two fingers)	F							
X	not investigated								
L	lateral/indirect hernia								
M	medial/direct hernia								
F	femoral hernia								

Shouldice



OP Bericht – Vorlage: Shouldice Plastik

Indikation: Beschreibung der wesentlichen zeitlichen Anamnese, Symptome und Lokalbefund

Diagnose: Hernia inguinalis lateralis et medialis dextra (EHS Klassifikation: P L1M2)

Therapie: Shouldice Plastik rechts

Operation: In ungestörter Allgemeinnarkose (Spinalanästhesie, Nach Setzen einer Lokalanästhesie mit ...) Hautschnitt in der Leiste etwa 2 Querfinger oberhalb der Beuge beginnend am Tuberculum pubicum, parallel zur Leistenbeuge 5 - 7 cm nach lateral. Präparation der Subcutis unter exakter Diathermie und Ligatur der Vasa epigastrica superficialia. Darstellung der Externusaponeurose und des Anulus inguinalis externus. Incision der Externusaponeurose etwa 2 cm cranial des Leistenbandes vom äußeren Leistenring in Faserrichtung. Abheben der Aponeurose vom M. obliquus internus mit Darstellen und Schonen der N. iliohypogastricus und ilioinguinalis. Stumpfes Isolieren des darunterliegenden Samenstranges unter Beachtung der Vena spermatica externa (blue line) und des R. genitalis des N. genitofemoralis, Ablösen vom Leistenband und Anschlingen des Samenstrangs mittels eines Silikonschlauches. Längsspaltung der Cremasterfasern und Aufsuchen eines Bruchsackes, der reponiert (*reseziert, Verschluss mit resorbierbarer Naht 3/0*) wird. Exakte Blutstillung. Es zeigt sich eine kleine laterale und eine 2 cm mediale Hernie, entsprechend L1M2 nach EHS. Darstellen der Fascia transversalis und Spaltung derselben von medial beginnend nach lateral bis zum inneren Leistenring. Die kraniale Lefze der Faszie wird durch drei Klemmen hochgehoben und nach kranial gehalten. Das darunterliegende präperitoneale Fettgewebe kann nun stumpf von der Hinterwand abgelöst werden, auch die Vasa epigastrica können dabei geschont werden. Inspektion und Überprüfung der femoralen Bruchforde.

Die eröffnete Fascia transversalis wird nun von medial beginnend durch *nicht resorbierbarer, monofiler Faden 2/0* entlang der „white line“, anschliessend retour von lateral aus am Leistenband gedoppelt. Im Bereich des inneren Leistenringes wird die Öffnung für den Samenstrang freigelassen. Bei der zweiten Nahtreihe werden kranial einige Muskelfasern mitgestochen. Fortlaufender Verschluss der Externusaponeurose oberhalb des Funiculus mittels *resorbierbare Naht*, Subcutannähte, Wundverschluss mit *Naht*.

Postoperatives Procedere:

Anleitung bzgl. Schmerzmedikation, Verbandswechsel und Kontrolltermin, Duschen, Hebebeschränkung, ggf. Nahtentfernung

