

## TEP – STEP BY STEP

**Allgemeines:** AA, Single-Shot Antibiose nur bei Risikoanamnese, T-ASS keine Kontraindikation, NOAKs absetzen, präop. Blasenentleerung, DK nur bei susp. techn. Schwierigkeiten. **Lagerung:** Pat. in RL, Arme angelegt. **Positionierung des Op-Teams:** Operateurln auf gegenüberliegender Seite der Hernie, Ass. vis à vis. bzw. kopfwärts. **Instrumentation:** 10 - 12 mm Trokarsystem mit einem Dilatationsballon und einen Blunt-tip Trokar mit Muff 10mm, zwei 5mm Arbeitstrokare, 30° Optik

### OP Technik:

**Schritt 1: Zugang** Lokalinfiltration, infraumbilikale Inzision, Verdrängen des Subkutangewebes, inzidieren der vorderen Rektusscheide quer und fingerbreit, leicht lateral der Linea alba, Finger hinter dem Rektusmuskel nach caudal in die präperitoneale Schicht und Eröffnen des präperitonealen Raumes, Verwachsungen stumpf lösen, Einbringen des Ballontrokars, Erweitern des präperitonealen Raumes unter optischer Sicht (epigastrischen Gefäße ventral des Ballons), Ballon nicht zu sehr aufblasen (Blutungen), einbringen Blunt-tip Trokar

**Schritt 2: Setzen der Arbeitstrokare:** ca. 5 cm unterhalb des Nabels 5mm Trokar in der Medianen, Abpräparation der Peritonealwalze von medial nach lateral von der vorderen Bauchdecke, Präparation nach kranial bis Nabelhöhe, zweiter 5mm Trokar auf Hernienseite lateral des M. rectus

**Schritt 3: Präparation der Hernie:** mediale Hernie zumeist schon bei Ballondilatation gelöst, lateralen Bruchsack zum Teil stumpf / mit Schere, Ductus deferens / Testikulargefäße nicht direkt fassen (paravasales Nervengeflecht). Erhalt der Fascia spermatica und lumbalis über Nerven (Nn. cut. fem. lat, genitofem., ilioing). Zurückdrängen / ggf. Resektion Leistenkanallipom. Randstrukturen der Parietalisierung: Cavum retzii kaudal der Symphyse (2cm); Lig. pectineum (Cooper); Faszie über dem M. psoas; epigastrische Gefäße; Spina iliaca anterior superior

**Schritt 4: Klassifikation:** Beurteilung aller Hernien inguinal, femoral, obturatorisch und Klassifizierung der Hernien nach EHS (Rezidiv/Primär; L/M/F; 1 – 3)

**Schritt 5: Mediale Hernie:** M III-Hernien Faszia transversalis Fixierung am Lig. Pectineum (Cooper)

**Laterale Hernie:** falls lateraler Bruchsack nicht komplett freipariert werden kann (oder offener Proc. vaginalis), soweit wie möglich präparieren, durchtrennen, resorbierbar verschliessen.

**Schritt 6: Platzieren des Netzes:** Netzgröße mindestens 10x15 cm großes, großporig, aktuelle Bruchpforte und potentielle andere Schwachstellen müssen gut abgedeckt werden.

Standardmäßig keine Fixation des Netzes, bei M III Hernien Netz grösser gewählt (z.B. 12x18cm) und am Cooper'schen Ligament klebefixieren CAVE: Triangle of pain / Triangle of doom

**Schritt 7: Rückzug:** Peritoneum auf Lücken explorieren, Läsionen vernähen, keine Drainage, mit einer Klemme fassen des Bruchsackes, mit der zweiten Klemme fassen des Unterrandes des Netzes bis Peritonealwalze Netz in Position hält. Faszien/Subcutannähte im Nabel, Intra- und Subcutannähte, Steristrips.

### Besonderheiten:

**Bilaterale Hernie:** Operateurln auf gegenüberliegender Seite der größeren Hernie, Eröffnen des präperitonealen Raumes von der Seite der größeren Hernie aus. Mesh to Mesh Überlappung median erforderlich, grösseres Netz empfohlen.

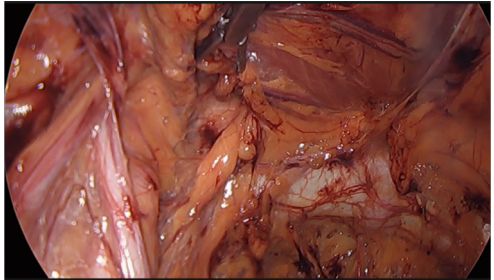
Detaillierte Informationen sowie Lehrvideos siehe

[www.hernienforum.at](http://www.hernienforum.at)

[www.youngsurgeons-austria.at](http://www.youngsurgeons-austria.at)

# TEP

## Total Extraperitoneale Netzplastik



Klassifikation Leistenhernie nach EHS:

	P	R			
P primary hernia					
R recurrent hernia					
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					

### OP-Bericht - Vorlage: Total extraperitoneale Netzplastik

**Indikation:** Beschreibung der wesentlichen zeitlichen Anamnese, Symptome und Lokalfbefund

**Diagnose:** Hernia inguinalis lateralis dextra (EHS Klassifikation: P L2)

**Therapie:** TEP dextra (Netzart/Grösse)

#### Operation:

Ungestörte Intubationsnarkose. Rückenlage. Steriles Waschen und Abdecken. Nach Lokalinfiltration mit *Lokalanästhetikum / Dosierung* ca. 2cm bogenförmiger Schnitt am Unterrand des Nabels. Queres Inzidieren des vorderen Blattes der rechten Rektusscheide. Nach seitwärts Drängen des rechten M. rectus abdominis. Digitales Unterfahren des M. rectus abdominis nach caudal. Einführen des Ballontrokarsystems und Präformieren des präperitonealen Raumes durch Aufpumpen des Ballons. Entfernen des Ballons und Insufflieren von CO2 Gas bis 12 mm Hg. Einführen eines 5 mm-Trokars in der Medianen eine handbreit unterhalb des Nabels. Abpräparieren der vorderen peritonealen Walze von der Bauchdecke nach rechts lateral. Einführen eines zweiten 5 mm-Trokars im rechten Unterbauch in Nabelhöhe. Beginn der bimanuellen Präparation. Freipräparieren des Bruchsackes aus dem lateralen Leistenkanal. Schonen des Ductus deferens und der Testikulargefäße. Hochpräparieren der Peritonealwalze dorsal. Es zeigt sich eine 2cm im Durchmesser haltende laterale (*indirekte*) Bruchlücke (EHS Klassifikation LII). Einbringen eines 10 x 15 cm großen Netzes durch den Kameraport und Positionieren des Netzes, sodass sowohl die laterale auch eine potenzielle mediale Bruchlücke gut abgedeckt werden. Kontrolle und *evtl. Verschluss* von peritonealen Lücken. Beim Ablassen des Gases legt sich die Peritonealwalze schön vor das Netz. Entfernen der Trokare. Fasziennähte im Nabelbereich mit *Faden+Stärke / Nahtart*. Subkutannaht, Intrakutannaht, Verband.

#### Postoperatives Procedere:

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

