

PO-6.VI/5 Bioabbaubare Patch-Implantation bei Verschluss großer angeborener Zwerchfeldefekte

Günter H. Willital¹, G. Steinau²

¹Klinikum Mühldorf Mühldorf, ²Universitätsklinikum Aachen

Zielsetzung

Es gibt 4 verschiedene Typen von angeborenen Zwerchfeldefekten, je nach Größe und Lokalisation. Ziel ist der direkte Verschluss des Defektes. Bei großen zentralen und postero-lateralen Defekten kann der Zwerchfeldefekt so groß sein, dass eine primäre Readaptation der Ränder des Defektes nicht möglich ist. Hier kann ein bioabbaubarer Patch zum Verschluss dienen.

Methodik

Zunächst erfolgt die Reposition des im Thorax gelegenen ektopten Intestinums. Anschließend Suche nach einem pleuro-peritonealen Sack, der hauchdünn der Thoraxinnenwand / Lunge anliegt und von den Rändern des Defektes ausgeht. Dann kann der Defekt durch verschiedene OP-Methoden verschlossen werden: Muskulatur, Amnion, Silastik, etc.. Als bioabbaubarer Patch dient ein avitaler, azellulärer Patch, der nach 3 bis 6 Monaten in körpereigenes kollagenes Bindegewebe umgewandelt wird. Hierbei wird der Rand des Patches als millimeterbreiter Saum in den Thorax umgeschlagen, um die Reißfestigkeit des Patches zu erhöhen. Doppelseitige Thoraxdrainagen sind notwendig.

Ergebnis

Die Reißfestigkeit bioabbaubare Patches liegt identisch zur Reißfestigkeit zum Centrum tendinum. Der Umbau des Patches in kollagenes Bindegewebe erfolgt nach 3 bis 6 Monaten. In 42 Fällen von insgesamt 82 wurde eine bioabbaubare Patch-Implantation durchgeführt. 3x erfolgte eine Re-Operation, da ein pleuroperitonealer Sack nicht erkannt wurde und nicht reseziert wurde. In je 2 Fällen erfolgte eine Re-Operation, aufgrund einer Nahtraktur und einer Verletzung des Ductus thoracicus.

Schlussfolgerung

Bioabbaubare Patch-Implantationen haben den Vorteil, dass sie gegenüber Kunststoffimplantaten nicht entfernt oder ausgewechselt werden müssen, da sie in körpereigenes Gewebe umgebaut werden.