

# Nachsorge nach chirurgischen Eingriffen

Mehr als nur Fäden ziehen

REINHOLD KLEIN

«Die Wunde heilt einfach nicht», «hier ist alles ganz dick und schmerzt höllisch», oder «unter dem Verband nässt es unaufhörlich» – mit solchen Klagen müssen Sie bei Patienten rechnen, die kurz nach einem chirurgischen Eingriff Ihre Hilfe suchen. Und das wird in Zukunft immer häufiger der Fall sein – im Zeitalter kurzer Liegezeiten und ambulanter Operationen. Sie sollten also wissen, worauf sie im Einzelnen achten müssen und welcher Eingriff welche Nachsorge erfordert.

Ein wesentlicher Aspekt der postoperativen Nachbetreuung ist die Beurteilung und gegebenenfalls Nachbehandlung der Operationswunde. Insbesondere ist nach Wundheilungsstörungen zu fahnden. Dazu zählen:

- Wundinfektion
- Wunddehiszenz
- Gewebsnekrose
- Keloid-Narbenhypertrophie.

Besonders wichtig ist es, Infektionen rechtzeitig zu erkennen. Insbesondere auf Schmerzhaftigkeit, Überwärmung und Fluktuation sollte man achten, die Zeichen für einen beginnenden Wundabszess sein können (*Tabelle*). Fluktuationen ohne Schmerz und Überwärmung sprechen für ein Hämatom.

#### Wiedereinbestellung

Kommt der Patient bereits am Operationstag nach Hause, so ist er am nächsten Tag wieder einzubestellen, um ein mögliches Hämatom zu erkennen und gegebenenfalls zu entlasten. Drainagen werden in der Regel am zweiten postoperativen Tag entfernt, jedoch spätestens am vierten oder fünften Tag, weil sich zu diesem Zeitpunkt eventuell Infektionen zeigen. Eine erneute Einbestellung sollte dann wieder zum Entfernen der Fäden erfolgen, vorausgesetzt, die Wundheilung verläuft nach Plan – bei Komplikationen müssen unter Umständen tägliche Kontrollen erfolgen.

#### Entfernung der Fäden

Bei Knopfnähten empfiehlt sich folgende Technik:

- Knoten anheben
- Herausgezogenes Fadenstück dicht an der Haut abschneiden
- Zur Wunde hin herausziehen, um zu verhindern, dass sie aufreißt.

## Merk-sätze

- Schmerzhaftigkeit, Überwärmung und Fluktuation können Zeichen für einen beginnenden Wundabszess sein.
- Drainagen werden in der Regel am zweiten postoperativen Tag entfernt, jedoch spätestens am vierten oder fünften Tag, weil sich zu diesem Zeitpunkt eventuell Infektionen zeigen.

Fortlaufende Fäden sind so zu entfernen, dass fortlaufend Fadenstücke aus der Wunde gezogen und dicht an der Haut abgeschnitten werden – dabei dürfen Fadenanteile, die auf der Hautoberfläche lagen, nicht durch die Wunde gezogen werden.

Intrakutannähte können nach Abschneiden des Wundabschlusses auf der einen Seite in einem Zug aus der Wunde gezogen werden. «Hakt» der Faden, so kann man versuchen, die Wunde in der Mitte ein kleines Stück zu öffnen und den Faden hier zu durchtrennen und anschliessend auf beiden Seiten herauszuziehen. Misslingt dieses Manöver, so ist eine Vorstellung beim «Urheber der Naht» zu empfehlen. Was den optimalen Zeitpunkt der Fädenentfernung angeht, gilt folgende Faustregel:

- Bei Infektionsverdacht sofort
- Im Gesicht fünfter bis siebter Tag
- Hand, Hals, Fuss zehnter Tag
- Ansonsten: nach zwei Wochen
- Intrakutannaht: gegebenenfalls erst nach drei Wochen.

## Nachsorge nach chirurgischen Eingriffen

Tabelle: **Differenzierung einer «Wundschwellung»**

	Serom	Hämatom	Abszess
Entzündungszeichen	+	+	+++
Fluktuation	+++	+++	+++
Verfärbung der Haut	(+)	bläulich-gelb	Rötung
Glänzende, gespannte Haut	+	++	+++
Schmerzen	+	+	+++
Allgemeinsymptome, Fieber, Abgeschlagenheit, Leukozytose	fehlen	fehlen	vorhanden
Weitere Diagnostik	Sonografie Probepunktion	Sonografie Probepunktion	(Sonografie)
Therapie	Punktion/ Wundrevision mit Drainage (Penrose, Redon), Druckverband	Ausräumung des Hämatoms (nur ausnahmsweise Punktion), Drainage (Penrose, Redon)	Umgehende Inzision, Drainage (Penrose), offene Wundheilung



Abbildung 1: Wundabszess am fünften Tag nach einer Appendektomie



Abbildung 2: Wundabszess, eröffnet

### Thromboseprophylaxe

Bei immobilisierten Patienten ist auf jeden Fall eine Thromboseprophylaxe mit entsprechender Lagerung der Extremität, Kompressionsstrümpfen und Gabe von niedermolekularen Heparinen subkutan durchzuführen. Dies gilt für alle bettlägerigen Patienten sowie Patienten mit Immobilisierung der Beine (z.B. Knie-Operation).

In der Folge seien Grundzüge der postoperativen Nachbetreuung in der Allgemeinpraxis anhand von einigen häufigen Eingriffen dargestellt.

### Appendizitis

Die Entlassung erfolgt meist zirka zwei bis sieben Tage nach der Operation.

Risiken im postoperativen Verlauf (siehe dazu Fall 1):

- Wundheilungsstörung: Je ausgedehnter die Entzündung, desto häufiger kommt es zu einer eitrigen Entzündung der Bauchwunde. Bei Wundinfektion muss die Wunde sofort eröffnet werden.

- Intraabdominaler Abszess: Verbleibende Keime oder Insuffizienz an der Abtragungsstelle führen zu einem intraabdominalen Abszess, der sich durch Fieber, Bauchschmerzen und schlechten Allgemeinzustand äußert. Meist ist eine erneute Operation nötig.

- Nachblutung: Insuffiziente Ligatur der A. appendicularis kann zu bedrohlichen Blutverlusten führen

- Ileus: entweder frühzeitig postoperativ paralytisch oder später durch Briden. Meist stationäre Einweisung erforderlich.

#### Fall 1:

*Der 27-jährige Werkzeugmacher betritt gekrümmt die Praxis. «Herr Doktor, vor fünf Tagen haben Sie mich zur Blinddarmoperation eingewiesen. Jetzt habe ich wahnsinnige Schmerzen.»*

*Der Verband ist mit Eiter durchtränkt. Die Wundränder sind gerötet und geschwollen. Es besteht ein massiver Wundabszess (Abbildung 1). Dieser wird sofort eröffnet. (Abbildung 2). Rasche Genesung.*

### Entfernung von Drainagen/Fäden

Bei perforierter Appendizitis eingebrachte Drainagen werden meist noch während des verlängerten stationären Aufenthaltes entfernt. Die Entfernung der Fäden erfolgt bei unkomplizierten Fällen am zehnten postoperativen Tag.

### Arbeitsfähigkeit:

Je nach beruflicher Belastung und Verlauf der Erkrankung besteht ab dem zehnten postoperativen Tag Arbeitsfähigkeit. Im postoperativen Verlauf besonders zu beachten: Fieber und Schmerzen um den vierten Tag herum können sowohl auf eine oberflächliche Wundinfektion als auch auf einen intraabdominalen Abszess hinweisen. Im ersteren Fall wie oben erwähnt Eröffnung, im letzteren Fall stationäre Einweisung zur operativen Revision.

#### Fall 2:

*Der 56-jährige Rentner betritt die Praxis. «Herr Doktor, ich kann nicht mehr sitzen. Vor zwölf Tagen haben sie mich am Leistenbruch operiert und ein Netz eingelegt.»*

## Nachsorge nach chirurgischen Eingriffen



Abbildung 3: Schwellung des Skrotums am zwölften postop. Tag nach Leistenhernien-Operation

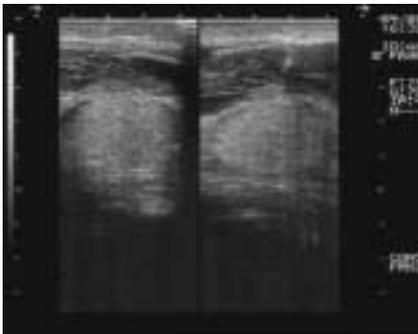


Abbildung 4: Sonografie: Hoden intakt – Hämatom

Es findet sich eine monströse Schwellung des Skrotums rechts (Abbildung 3). Der Sonografiebefund zeigt ein ausgedehntes Hämatom bei jedoch unauffälligem Hoden. (Abbildung 4). Der Patient wird trotzdem im Lauf der Woche den operierenden Kollegen erneut vorgestellt. Nach Entlastungspunktion komplikationsloser weiterer Verlauf.

### Fall 3:

Der 68-jährige Landwirt betritt die Praxis: «Herr Doktor, Sie haben mich doch zur Kur wegen meiner Hüfte geschickt. Dort ist Folgendes passiert: Plötzlich bin ich wegen akuten Bauchwehs in die Klinik gekommen. Jetzt will die Wunde nicht heilen.»

Der Patient war wegen einer akuten Cholezystitis cholezystektomiert worden. In der Folge subkutaner Platzbauch – Wundheilungsstörung. Vor zwei Tagen Entlassung aus der Klinik (Abbildung 5).

Wie so oft wurde die Wundheilung in diesem Fall durch Störung in der Resorption des subkutanen Nahtmaterials verzögert.



Abbildung 5: Wundheilungsstörung nach medianer Laparotomie (Cholezystektomie)



Abbildung 6: Das subkutane Nahtmaterial störte die Wundheilung.

Nach Entfernung des subkutanen Nahtmaterials mit der Pinzette (Abbildung 6) heilte die Wunde schliesslich ab.

### Leistenhernie

Leistenhernienoperationen werden häufig ambulant durchgeführt – der Hausarzt muss unter Umständen bereits am Operationstag die Betreuung übernehmen.

Risiken im postoperativen Verlauf:

- Bluterguss: häufigste Komplikation, gegebenenfalls Wiedervorstellung beim Spezialisten zur Punktion oder operativen Revision
- Wundinfektion: eher selten
- Serom: tritt vor allem häufig bei Einlage von Kunststoffnetzen ein
- Verletzung Samenstrang: selten. In der Folge kann sich eine Spermatozele ausbilden
- Hodenatrophie: infolge Verletzung beziehungsweise Strangulierung der Hodengefäße

- Verletzung von Eingeweiden: bei offenen Operationen nur, wenn Eingeweide im Bruchsack waren, bei endoskopischen Verfahren häufiger, Risiko erhöht bei Vernarbungen im Bauchraum (Entzündungen, frühere Operationen).
- Rezidiv: bei offener Nahttechnik zirka 5 bis 10 Prozent, bei Verwendung von Netzen seltener.

### Entfernung von Drainagen/Fäden

Drainagenschläuche werden innerhalb von zwei Tagen entfernt, Hautfäden oder Klammern bei normaler Wundheilung am achten bis zwölften Tag.

### Arbeitsfähigkeit

In der Regel spätestens nach zwei Wochen, bei sitzender Tätigkeit früher. Autofahren nach zirka einer Woche. Sport nach drei Wochen.

Die Wunde sollte nach zehn Tagen reizlos sein, nach drei Wochen ausser gelegentlichem Ziehen bei Belastung schmerzfrei. Bei anhaltenden Schmerzen oder Entzündungszeichen (Schwellung, Rötung, Fieber) umgehend Wiedervorstellung. Kontrolle des Hodens, gegebenenfalls bei Schwellung Hochlagerung empfehlen.

### Gallenoperation

Bei minimal invasiver Technik erfolgt die Entlassung nach 3 bis 6 Tagen, bei offener Operation nach 4 bis 14 Tagen.

Risiken im postoperativen Verlauf:

- Übersehene Gallensteine: Gelegentlich kommt es nach der Operation zu Kolicen und zu Ikterus infolge Steinen in den Gallengängen. Diese können meistens konservativ durch IRCP entfernt werden.
- Starke Nachblutungen: infolge Insuffizienz bei Ligatur der A. cystica: erneute Operation nötig
- Gallenleck: infolge insuffizienten Verschlusses des Ductus cysticus kann es zur bedrohlichen galligen Peritonitis kommen
- Begleitpankreatitis: Besteht keine Okklusion der Gallenwege (verbliebene Steine, Stenosen), heilt sie meist unter antibiotischer Therapie folgenlos ab. Es

## Nachsorge nach chirurgischen Eingriffen

### Welche Instrumente braucht man?

#### Kleine Chirurgie für die Hausarztpraxis

**Immer wieder stehen «blutig entlassene» Patienten vor der Praxistür des Allgemeinarztes. Sie erwarten, dass sie kompetent postoperativ nachbetreut werden. Aufgrund kürzerer Liegezeiten und immer häufiger durchgeführter ambulanter Eingriffe gewinnt auch in der Hausarztpraxis die postoperative Nachsorge eine stetig grössere Bedeutung. Daher ist der Hausarzt gut beraten, sich entsprechend zu rüsten.**

Mit den unten aufgeführten Instrumenten kommt man meistens zurecht, wenn auch die Gipsschere nur eine mühsame Bearbeitung von trockenem Gips ermöglicht. Handelsübliche Motorgipssägen sind jedoch in aller Regel zu teuer. Gegebenenfalls kann man sich im Baumarkt einen Dreiecksschleifer kaufen und diesen mit einem handelsüblichen Sägeblatt für Gipssägen ausstatten.

#### Auf Qualität achten

Besonders zu empfehlen zur Entfernung von Fäden ist die Fadentfernungsschere nach Spencer. Es sind verschiedene Qualitätsstufen von Instrumenten im Handel, die sich in der Zusammensetzung des Stahls unterscheiden. Billige Importe («Internationale Qualität») sind zwar preisgünstiger, aber auch weniger widerstandsfähig und haltbar als «Deutscher Qualitätsstandard». Instrumente zur Wundbehandlung und Fadentfernung müssen regelmässig gereinigt und steri-

lisiert werden. Auf keinen Fall sollten Instrumente unterschiedlicher Qualitätsstufen gemeinsam sterilisiert werden, da es sonst zu Korrosionserscheinungen kommt.

#### Instrumente für die postoperative Nachbetreuung

- Fadentfernungsspinzette nach Bonaccolto
- Fadentfernungsschere Spencer
- Feine, spitze Schere
- Kappenzange mit Standzylinder
- Klemme Micro-Halsted
- Knopfkanüle
- Knopfsonde
- Pinzetten, anatomisch
- Pinzetten, chirurgisch
- Scharfer Löffel
- Verbandsschere
- Spezialzange zur Entfernung von Wundklammern

#### Instrumente zur Gipsbearbeitung

- Gipsabreisszange «Rabenschnabel»
- Gipsmesser Reiner
- Gipsschere Stille-Aesculap
- Gipsspreizer

*Literatur: Klein Reinhold: Chirurgische Assistenz in der Allgemeinpraxis. Kirchheim Verlag 1997.*

kommen jedoch auch bedrohliche Pan-  
kreatitiden vor.

- Gallengangstenosen: Ein dauerhaftes Abflusshindernis kann infolge Rückstau in die Leber zu Dauerschäden bis hin zur Leberzirrhose führen
- Postcholezystektomiesyndrom: Völlegefühl, Blähungen, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelunverträglichkeit. Oft spielen hier Erkrankungen anderer Organe (Magengeschwür) eine Rolle, auch psychische Faktoren kommen in Betracht.

#### Entfernung von Drainagen/Fäden

Bei der offenen Operation ist gelegentlich eine Magensonde nötig, auch kommen in komplizierten Fällen Schlauchdrainagen zum Einsatz, die Blut aus dem Wundge-

biet ableiten. Diese werden noch während des stationären Aufenthaltes entfernt. Entfernung der Hautfäden nach dem zehnten postoperativen Tag.

#### Arbeitsfähigkeit

Nach zirka 10 bis 14 Tagen.

Neben der Wundkontrolle ist dem Patienten anfangs eine fettarme Diät zu empfehlen. Nach 14 Tagen kann er wieder sein normales Leben führen. ●

#### Literatur:

1. Heberer, G., Köle, W. Scherne, H.: *Chirurgie und angrenzende Gebiete.* Springer 1993.

2. Beise, R.: *Handbuch der OP-Vorbereitung und Nachbehandlung in der Chirurgie.* Gedon und Reuss (1994).

3. Giebel, G.B., Blöchl, H. (1999): *Allgemeinchirurgie.* Springer Verlag.

4. Siebert, J.R.: *Chirurgie.* 7. Auflage, Springer 2001.

**Dr. med. Reinhold Klein**  
**Facharzt für Allgemeinmedizin,**  
**Sportmedizin, Chirotherapie**  
**D-85235 Pfaffenhofen a.d. Glonn**

Interessenkonflikte: keine deklariert

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 18/2004. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.