

Liesbreukoperaties

onder de loep



Liesbreuken (“hernia inguinalis”) komen vanaf een bepaalde leeftijd vaak voor, vooral bij mannen. Ook bij kinderen kunnen liesbreuken optreden, maar hier hebben we het uitsluitend over volwassenen. Volgende punten komen aan bod in dit dossier: wat is een liesbreuk? Is behandelen altijd nodig? Hoe verloopt de operatie? Wat zijn de resultaten? Wat zijn de risico’s? Zijn er andere behandelingen mogelijk? Met ons dossier kunt u zich een beter beeld vormen van de voor- en nadelen van de ingreep.

Wat is een liesbreuk?

Een liesbreuk is het uitpuilen van het buikvlies en wat buikinhoud doorheen een zwakke plek in de lies.

Om anatomische redenen komen liesbreuken vooral voor bij mannen. Men schat dat niet minder dan één man op de vier ooit een liesbreuk krijgt. De teelballen ontstaan bij de foetus in de buikholte en dalen vervolgens af naar de balzak. Hiervoor moeten ze door het lieskanaal in de buikwand (een kanaal links en een kanaal rechts). Het lieskanaal is ook de doorgangspoort voor de zaadstreng en de bloedvaten die naar de teelbal lopen. De liesstreek is

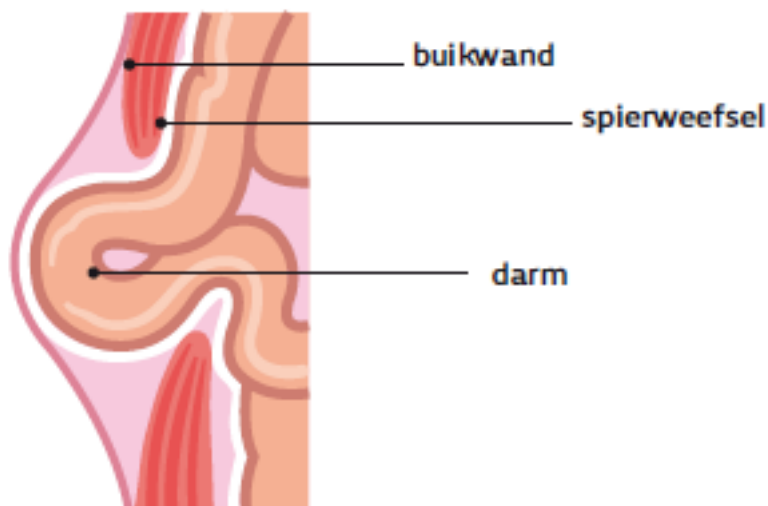
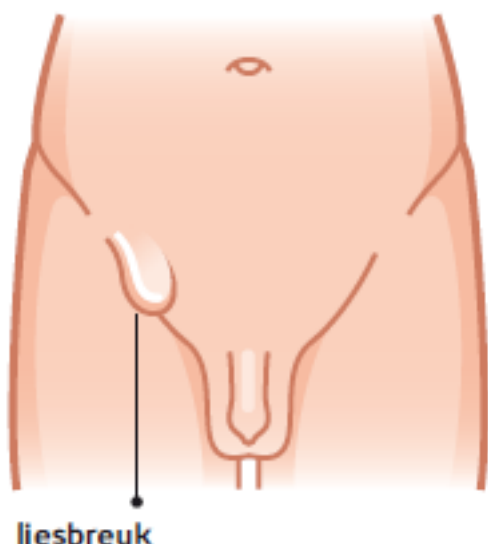
hierdoor een zwakker gebied. Een liesbreuk of “hernia inguinalis” ontstaat wanneer het buikvlies en wat buikinhoud (bijvoorbeeld een stuk van de darm) door een zwakke plek gaan uitpuilen en een zwelling of bobbel in de lies vormen.

De zwelling is in het begin wisselend aanwezig, na verloop van tijd permanent. Vaak verdwijnt de bult als men op de rug ligt. De zwelling kan doorgaans worden teruggeduwd. Er zijn echter ook liesbreuken die niet met het oog zichtbaar zijn en toch klachten geven. Dan is de diagnose natuurlijk een stuk moeilijker. De evolutie van een liesbreuk valt niet

te voorspellen. Sommige worden geleidelijk groter, andere veranderen weinig of niet. Maar spontaan genezen, doen ze niet.

Ook bij vrouwen is het lieskanaal aanwezig, maar de lieszone is minder zwak dan bij mannen en liesbreuken zijn bij hen veel zeldzamer (het risico wordt geschat op ongeveer 5%).

Nog een zwakke plek, net onder de lies, is de poort waar de grote bloedvaten naar het been doorheen gaan. Liesbreuken die zich hier voordoen worden dijbreuk of “hernia femoralis” genoemd. Deze zeldzame vorm komt vooral voor bij vrouwen, naar men aanneemt omwille van de vorm van hun bekken.



Welke klachten?

Sommige liesbreuken geven helemaal geen klachten. Zijn die er wel, dan gaat het meestal om een gevoel van zwaarte, ongemak of zeurende pijn in de liesstreek. Dat gevoelervaart men vooral bij een verhoogde druk in de buikstreek, bijvoorbeeld wanneer men een last moet tillen of als men geconstipeerd is en moet persen.

In zeldzame gevallen kan een liesbreuk hevige pijn veroorzaken. Die pijn kan wijzen op een inklemming van de darm in de breukpoort. Dat wil zeggen dat het uitpuilende stuk darm in de breukpoort is komen vast te zitten. De zwelling kan dan niet worden teruggeduwd. Een beklemd liesbreuk gaat gepaard met een toenemende pijn. Ook misselijkheid en braken zijn frequente symptomen. Door een onvoldoende bloedtoevoer kan een deel van de darm afsterven. Een beklemd breuk vereist een spoedoperatie.

Welke onderzoeken?

Artsen kunnen een liesbreuk meestal gemakkelijk vaststellen met een gewoon lichamenlijk onderzoek, zonder het gebruik van apparaten.

Toch is in sommige gevallen bijkomend onderzoek aangewezen, bijvoorbeeld bij klachten die sterk in de richting van een liesbreuk wijzen, maar zonder dat er een zwelling zichtbaar is. Of als er een zwelling is, maar het niet helemaal duidelijk is of die wel aan een liesbreuk is te wijten.

Mogelijke aanvullende onderzoeken zijn radiografie, MRI en echografie.

Echografie is overal beschikbaar en zonder risico's. Voor het vaststellen of uitsluiten van een liesbreuk is een echografie echter minder betrouwbaar dan andere beeldvormingstechnieken en een correcte interpretatie vergt veel expertise.

MRI ("magnetic resonance imaging" of "nucleaire magnetische resonantie" - NMR) is in dat opzicht betrouwbaarder en - indien alle voorzorgen in acht worden genomen - ook risicovrij. Een MRI-scanner is echter niet overal beschikbaar.

Ook een radiografie kan in onduidelijke gevallen nuttig zijn. Het is een betrouwbaar onderzoek, maar om de eventuele liesbreuk zichtbaar te maken moet men een contrastvloeistof inspuiten. Dat kan in zeldzame gevallen voor complicaties zorgen (allergische reactie op de contrastvloeistof, doorprik-

ken van de darm, bloeduitstorting, pijn ...).

In zeer specifieke gevallen kan ook een CT-scan nut hebben.

Wanneer behandelen?

Wil men een liesbreuk behandelen, dan moet men opereren. Maar sommige liesbreuken geven weinig of geen hinder. Moet men ook dan altijd onder het mes, met alle risico's vandien? Vroeger beweerde men van wel. Het argument was dat de darmuitstulping na verloop van tijd beklemd kan raken in de breukopening, wat een gevaarlijke situatie is: het ingeklemde stuk darm kan afsterven. Omdat het beter is te voorkomen dan te genezen, zei men, moet elke liesbreuk operatief worden hersteld, ook als de patiënt er weinig of geen last van heeft. Zo werden er nog wel meer argumenten aangehaald. Maar uit studies waarbij een afwachtende houding ("watchful waiting") is vergeleken met meteen opereren, blijkt dat bij mannen met een weinig symptomatische liesbreuk een afwachtende houding geen grote risico's met zich meebrengt. De kans dat de liesbreuk ooit beklemd raakt, blijkt al bij al zeer gering. Hierbij dient men er ook rekening mee te houden dat zelfs zeer veilige ingrepen, zoals een liesbreukoperatie, altijd risico's inhouden. Ook zijn er mensen die juist als gevolg van de operatie chronische pijnklachten ontwikkelen. Voor iemand die voorheen weinig of geen hinder ondervond van zijn liesbreuk, is dat natuurlijk vrij erg.

Het is dus wikken en wegen. Wie weinig of geen hinder ondervindt van zijn liesbreuk, kan met de arts bespreken of een afwachtende houding kan worden overwogen. Let wel dat dit alleen geldt bij een "echte" liesbreuk (hernia inguinalis). Een hernia femoralis of dijbreuk wordt het best altijd ge-

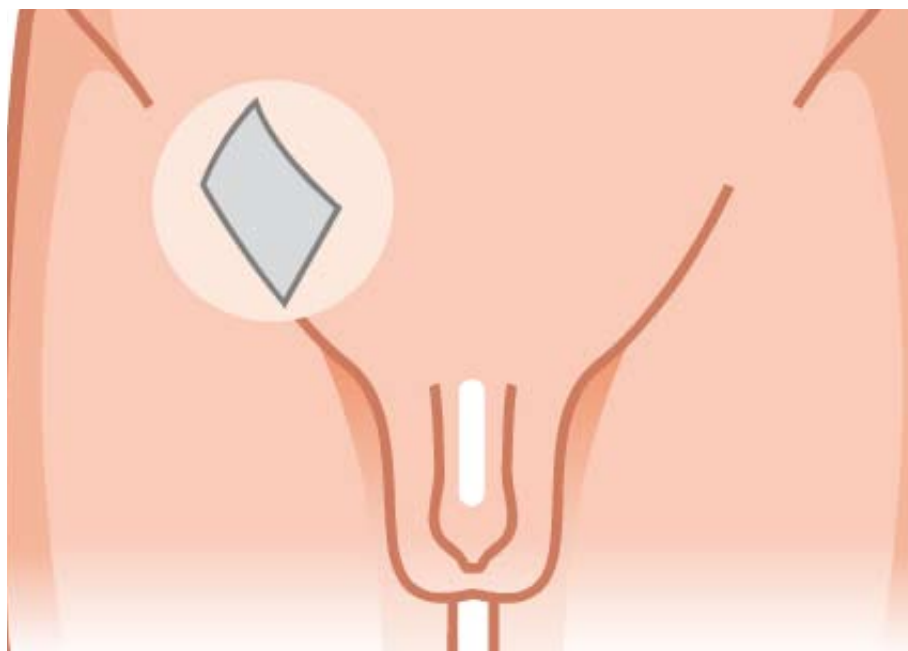


opereerd, ook al zijn er geen hinderlijke klachten. Bij die zeldzame vorm van liesbreuk is de kans op een gevaarlijke beklemming van de breuk immers veel groter.

Welke operaties?

Kenmerkend voor de hedendaagse liesbreukoperaties is het gebruik van een kunststof versterkingsnetje of “mesh”. Vroeger opereerde men zonder versterkingsnetje en werd de breukplaats als het ware gewoon “dichtgenaaid”. Het herstel was hierbij vaak pijnlijk, omdat de weefsels bij elkaar worden getrokken. Bovendien staat er dan veel spanning op, waardoor het risico op een nieuwe breuk niet gering is. Operaties waarbij de breuk zoals vroeger wordt gehecht, worden bij ons alleen nog in uitzonderlijke gevallen gebruikt. Men geeft nu de voorkeur aan het afdichten van de opening door er een kunststof netje over of onder te leggen.

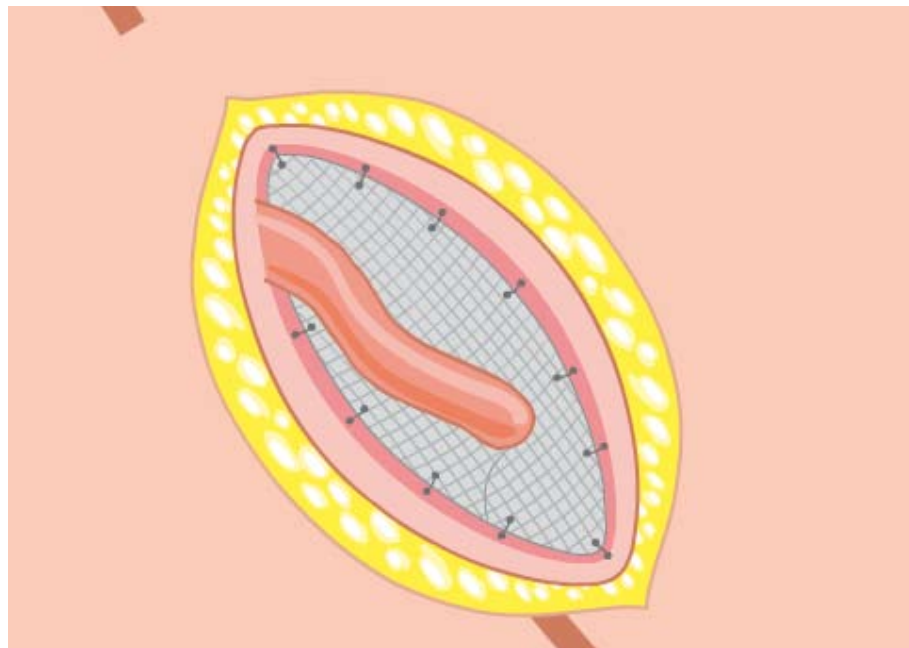
Er zijn heel wat verschillende technieken, maar men kan twee grote groepen onderscheiden: open operaties en kijkoperaties.



Bij een open operatie snijdt men de buikwand open, bij een kijkoperatie opereert men langs piepkleine gaatjes.

De open operatie

De open operatie die het best is bestudeerd en het meest aangewezen lijkt, is de zogenaamde Lichtenstein-techniek. De chirurg maakt hierbij een snee in de liesstreek,

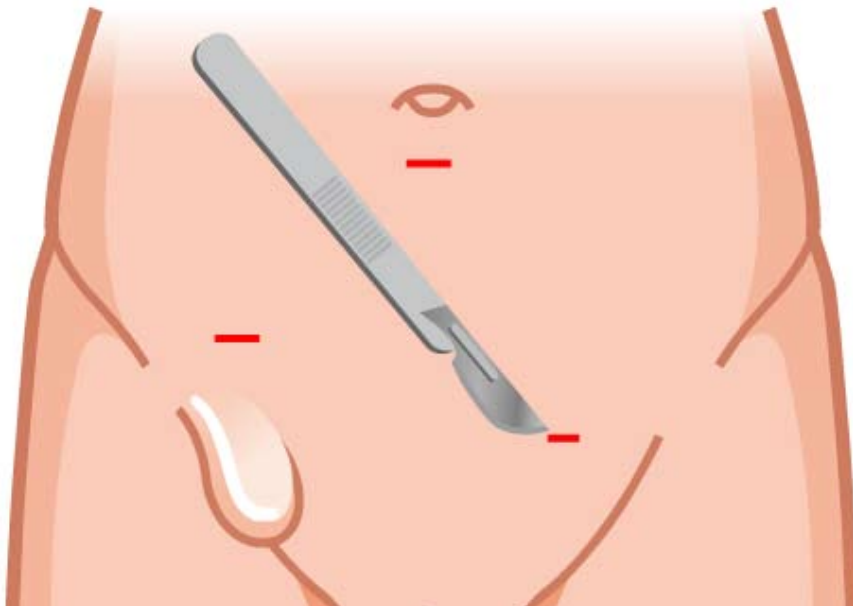


door de huid en het onderliggende vetweefsel, meestal boven de liesplooi. De zaadstreng wordt vrijgemaakt en opgehouden met een rubber bandje. Vervolgens wordt de uitpuilende darm teruggeduwd en wordt de breukzak weggewerkt. Een kunststof netje wordt dan over de breukpoort gelegd en vastgehecht. Hierbij laat men de zaadstreng door een kleine opening van het netje lopen. Zo verkrijgt

men een goede versterking van de buikwand zonder dat de weefsels onder spanning komen te staan.

De kijkoperatie

Bij een kijkoperatie worden een kijkbuis (laparoscoop) en instrumenten via een drietal piepkleine sneetjes in het lichaam ingebracht. Om ruimte te creëren wordt er een gas ingeblazen. Op een beeldscherm kan de chirurg zien wat hij doet. De uitpuilende darm wordt teruggeduwd en de breukzak wordt weggewerkt. Vervolgens versterkt de chirurg de breukplaats door er een kunststof netje onder te schuiven. Er bestaan meerdere technieken voor het uitvoeren van een kijkoperatie. Best bestudeerd zijn de TEP-



methode en de TAPP-methode. Bij de TAPP-methode benaderen de breuk vanuit de buikhofte. De chirurg moet dus het buikvlies insnijden om het verstevigingsnetje te kunnen gaan plaatsen. Bij de TEP-methode gaat de chirurg niet doorheen het buikvlies, maar blijft hij in de ruimte tussen buikvlies en spierlaag. Over de respectievelijke voor- en nadelen van TEP en TAPP kunnen we hier niet verder uitweiden. Het is zeker niet zo dat de ene techniek overduidelijk altijd beter is dan de andere.

Open ingreep of kijkoperatie?

Waarvoor te opteren: een open ingreep of een kijkoperatie? We zetten enkele verschillen tussen de twee soorten ingrepen op een rij, die kunnen helpen bij het maken van een keuze. Let wel dat men niet altijd kan kiezen. Als bijvoorbeeld de zwelling zeer groot is of niet terug te duwen, dan is een kijkoperatie doorgaans uitgesloten. Ook kunnen we onmogelijk alle factoren opsommen die de keuze kunnen beïnvloeden. Deze informatie is wel een basis om het gesprek aan te gaan met de arts.

- Verdoving. Een kijkoperatie ge-

beurt normaal altijd onder algemene verdoving. Dat wil zeggen dat de patiënt volledig inslaapt. Bij een open operatie zijn er meer mogelijkheden. Zo kan men er ook voor kiezen om bijvoorbeeld door middel van een ruggenprik alleen de onderkant van het lichaam gevoelloos te maken. De patiënt blijft dan bij bewustzijn. Zelfs plaatselijke verdoving is mogelijk, waarbij alleen de operatiezone zelf is verdoofd. Vergeleken met de ruggenprik en de algemene verdoving biedt plaatselijke verdoving een aantal voordelen en wordt het als veiliger beschouwd. Toch wordt plaatselijke verdoving bij een open operatie in België niet altijd voorgesteld aan de patiënten. Vragen dus!

- Complicaties. Vergeleken met een open operatie is er bij kijkoperaties een ietwat grotere kans op bepaalde ernstige complicaties, zoals beschadigingen aan de blaas of aan de bloedvaten. Uit meerdere studies blijkt echter dat in ervaren handen dat risico verwaarloosbaar is. Wie een kijkoperatie wil, kan zich het best zo goed mogelijk informeren over de ervaring die het ziekenhuis heeft met dat soort operaties.

- Duur operatie. Als nadeel van de kijkoperaties wordt vaak aangehaald dat ze langer zouden duren dan een

open operatie. Maar niet alle studies bevestigen dat. Bij studies waar er wél verschillen werden vastgesteld in het voordeel van de open operatie, bedroeg de tijdswinst meestal 10 à 15 minuten. Dat dit voor de patiënt zelf veel belang heeft, lijkt weinig waarschijnlijk. Meestal duurt een liesbreukoperatie niet langer dan één uur, ongeacht de techniek.

- Chronische pijn. Soms ontwikkelen mensen chronische pijn als gevolg van de liesbreukoperatie, vaak doordat er een zenuw is geraakt. De cijfers verschillen naargelang de studies, maar 10% lijkt aannemelijk. Kijkoperaties lijken minder vaak aanleiding te geven tot de ontwikkeling van chronische pijn dan open operaties.

- Littekens. Bij een kijkoperatie zijn de kleine insnijdingen weinig zichtbaar. Een open operatie laat een relatief groot litteken achter. Sommige mensen kunnen daar belang aan hechten.

- Hervatten activiteiten. Bij een kijkoperatie kan men doorgaans wat vlugger zijn normale activiteiten weer hervatten. Het kan bijvoorbeeld dat men al na één week weer kan gaan werken, terwijl het met een open operatie misschien twee weken had geduurd. Voor sommige mensen is dat een groot voordeel, voor anderen is het van minder belang.

- Prijskaartje. De prijs kan voor sommigen een factor zijn bij de keuze van het ziekenhuis of het type operatie. Een kijkoperatie kost de patiënt vandaag meer geld dan een open operatie. Zo betaalt een gewoon verzekerde op een tweepersoonskamer voor een kijkoperatie uit eigen zak gemiddeld zo'n 600 euro, tegenover gemiddeld 300 euro voor een open operatie. Ook de duur van de hospitalisatie speelt natuurlijk een rol. Verder kunnen er voor dezelfde

ingreep grote prijsverschillen zijn tussen ziekenhuizen onderling. Een liesbreukoperatie is zelden hoogdringend. Wie belang hecht aan de kosten moet zich vooraf grondig informeren over het prijskaartje.

Risico's van de operatie?

Hoewel liesbreukchirurgie een relatief lage kans op complicaties kent, kunnen er altijd problemen optreden. We overlopen er een aantal van.

- Chronische pijn. Onder meer door beschadiging van een zenuw kan de operatie soms uitmonden in aanslepende pijnklachten. Dat zou tot in 10% van de gevallen optreden. Ook gevoelloosheid in de geopereerde zone kan voorkomen.
- Bloeduitstortingen. Een geringe bloeduitstorting (hematoom) is normaal en herkent men aan een blauwe verkleuring, die kan uitzakken naar de basis van de penis en de balzak of naar de grote schaamlip bij de vrouw. Kleine hematomen verdwijnen na enkele weken. Bij grotere bloeduitstortingen die zorgen voor veel pijn of die de huid

sterk onder spanning zetten, moet soms evacuatie van het hematoom worden overwogen (hierbij is een verdoving nodig).

- Infectie van de wond. Oppervlakkige wondinfecties zijn bij kijkoperaties zeldzaam (minder dan 1%) en iets frequenter bij open ingrepen (1 tot 3%). Dieper gelegen infecties zijn uitzonderlijk.
- Urineretentie. Het risico van urineretentie (niet kunnen plassen) hangt onder meer af van de gebruikte verdoving. Volgens een analyse uit 2002 trad bij plaatselijke verdoving urineretentie op in 0,37% van de gevallen, bij regionale verdoving (zoals via een ruggenprik) in 2,42% van de gevallen en bij volledige verdoving in 3% van de gevallen. Meestal gaat het vanzelf over, soms is het nodig eenmalig een sonde te plaatsen om de urine af te voeren.
- Complicaties m.b.t. geslachtsorganen. In uitzonderlijke gevallen kan bij de man een zaadstrengontsteking ontstaan. Ook kan soms een orchitis (een ontsteking aan de testikel) optreden. In beide gevallen is een behandeling met geneesmiddelen noodzakelijk.

Komt de liesbreuk nog terug?

Er is altijd een kleine maar reële kans dat de liesbreuk na operatie toch terugkeert (recidief) en men opnieuw onder het mes moet. Betrouwbare cijfers zijn moeilijk te geven, want het hangt af van de gebruikte techniek, de ervaring van de chirurg, de leeftijd van de patiënt, het soort liesbreuk en meer van dat. Een recente Zweedse studie vergeleek de open Lichtenstein-ingreep en de TEP-kijkoperatie. Van de patiënten in de TEP-groep had 3,5% na 5 jaar een nieuwe liesbreuk, tegenover slechts 1,2% in de Lichtensteingroep. Van de patiënten in de TEP-groep die een recidief kregen, was een groot aantal echter geopereerd door dezelfde chirurg. Na exclusie van de door die chirurg behandelde patiënten, bedroeg het percentage recidieven in de TEP-groep 2,4. Kortom, bij een open operatie lijkt de kans dat de liesbreuk terugkeert iets kleiner dan bij een kijkoperatie. De ervaring van de chirurg speelt echter een niet onbelangrijke rol.

Andere behandelingen?

Vandaag is opereren nog altijd de enige afdoende behandeling van een liesbreuk.

Vroeger kregen mensen met een liesbreuk vaak een breukband aangemeten, die druk uitoefent op de breukplaats. Het nut hiervan is nooit aangetoond (misschien gewoon bij gebrek aan onderzoek). Breukbanden worden vandaag zelden voorgeschreven, maar zijn wel te vinden bij de bandagist. Er zijn echter aanwijzingen dat het langdurig dragen van een breukband zelf een oorzaak kan zijn van complicaties. Het dragen van een breukband zonder het advies van een arts is af te raden.

