

ALGEMENE HEELKUNDE

Liesbreuk- of dijbreukherstel



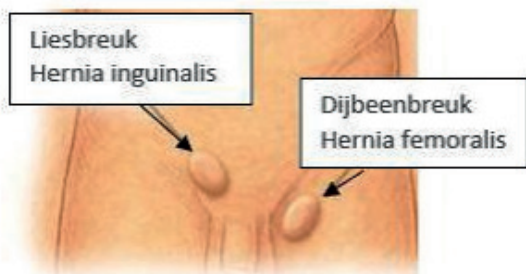
Binnenkort word je geopereerd aan een inguinale of femorale hernia. In deze brochure leggen we je uit wat deze ziekte en de laparoscopische techniek inhouden en welke risico's en verwikkelingen verbonden zijn aan deze techniek tijdens en na de operatie.

De femorale of inguinale hernia

Een hernia is een uitstulping van het buikvlies of peritoneum doorheen een opening (de herniapoort) in de buikspieren en de liesband of het inguinale ligament. Dit is een band die zich bevindt tussen het voorste uitsteeksel van het bekken en de schaamstreek. Een liesbreuk of inguinale hernia is een breuk gelegen boven het inguinale ligament. Een dijbreuk of femorale hernia is een breuk onder het inguinale ligament.

De zwakte van de buikwand kan ertoe leiden dat een darmlus of ander abdominaal weefsel door deze opening naar buiten komt. Dit geeft de indruk van een knobbel die onder de huid zit. Een hernia kan pijn veroorzaken en leiden tot ernstige complicaties. Dan spreken we van een ingeklemde breuk. De breukinhoud, bijvoorbeeld de darm, zit dan vast in de breukzak waardoor de bloedtoevoer belemmerd wordt. Een ingeklemde breuk moet met spoed geopereerd worden.

Een chirurgische ingreep is nodig, tenzij daar een medische reden tegen is. Het dragen van een breukband ter ondersteuning is geen definitieve oplossing, maar helpt wel om de symptomen te verlichten.



Behandeling

De behandeling van een hernia bestaat uit het terugplaatsen van de breukinhoud in de buikholte en het sluiten van de opening met een chirurgisch netje of prothese. Dit om te vermijden dat de hernia terug ontstaat. Wanneer de chirurg je een chirurgische ingreep voorstelt, zijn er drie mogelijkheden.

1. **Open chirurgie:** er wordt een insnede gemaakt ter hoogte van de liesstreek of ter hoogte van de onderbuik.
2. **Ingreep met gesloten techniek** door middel van een kijkoperatie of laparoscopie.
3. **Laparoscopisch herniaherstel** geassisteerd door een robot: de ingreep is in essentie dezelfde als een traditionele laparoscopie maar de instrumenten en de camera worden vanuit een console door de chirurg gehanteerd.



Voor de ingreep

Op de avond vóór de operatie moet je vanaf middernacht nuchter blijven. Het is niet toegestaan om nog te eten of te drinken. Enkel plat water drinken is toegestaan tot 3 uur vóór de ingreep.

Als je dagelijks geneesmiddelen neemt, meld je dit aan de chirurg of verpleegkundige. In principe mogen alle medicijnen, met uitzondering van bloedverdunners en pilletjes voor het suiker, 's morgens met een glas water ingenomen worden.

Informeer je huisarts of behandelend arts als je aspirine, anticoagulantia (geneesmiddelen die de bloedstolling vertragen) of anti-inflammatoire geneesmiddelen tegen artritis of artrose neemt. Dit om de datum te bepalen waarop je de geneesmiddelen tijdelijk stopzet. Bespreek het ook met de huisarts wanneer je insuline neemt.

Vaak is het nodig om voor de operatie medicijnen in te nemen, door middel van preoperatieve toediening. Voor de ingreep zal een verpleegkundige een fijne naald of een katheter aanbrengen in je aders. Hierdoor zullen de geneesmiddelen die noodzakelijk zijn gedurende de operatie toegediend worden. Je bevindt je gedurende de hele operatie onder algemene verdoving (anesthesie). In een klein aantal gevallen kan een blaassonde noodzakelijk zijn vóór of tijdens de operatie.

De ingreep

Je wordt naar het operatiekwartier gebracht. Daar verdooft de anesthesist je volledig. De kijkoperatie kan enkel onder algemene verdoving plaatsvinden.

De resultaten van de laparoscopische ingreep zijn min of meer vergelijkbaar aan die van de open chirurgie. In normale toestand is de buikinhoud in nauw contact met de buikwand. Om een ruimte te krijgen die het mogelijk maakt de videocamera naar binnen te brengen, moet er eerst een werkruimte worden gecreëerd. Dat gebeurt door de buik op te blazen met koolzuurgas bij het begin van de operatie.

Wanneer de werkruimte is aangelegd, gebruikt de chirurg trocars of kijkbuisjes. Deze holle kokertjes met kleppen houden het gas in de buik. Via deze trocars worden de videocamera, de chirurgische instrumenten en de prothese binnengebracht. De kokertjes, meestal drie in totaal, worden aangebracht via kleine insneden op de buikwand. De chirurg volgt via een beeldscherm wat hij in je buik uitvoert. De breukzak wordt met de breukinhoud uit het breukkanaal terug in de buik getrokken.

Vervolgens gebeurt de operatie met gesloten buik. De chirurg hanteert de instrumenten langs de buitenzijde van je buik. Hij volgt de operatie in de binnenzijde van de buik op een televisiescherm.



De opening in de buikwand wordt afgesloten met een prothese of chirurgisch netje. Zo kan de breukzak niet terug in het breukkanaal glijden. De prothese wordt aan de binnenkant van het bekken vastgemaakt en is 13-15 cm, wat groter is dan de herniapoort, die meestal enkele centimeters meet.

Hierdoor is de kans dat het netje verplaatst zeer klein. Wanneer het toch zou verplaatsen, kan er zich opnieuw een hernia voordoen.

Het risico op infectie door het aanbrengen van het netje is zeer klein omdat er voor de operatie antibiotica worden toegediend. De aanwezigheid van een netje kan latere ingrepen in het kleine bekken, zoals open operaties aan de prostaat, gynaecologische of vasculaire ingrepen, bemoeilijken, maar maakt die niet onmogelijk. Als je later een dergelijke ingreep ondergaat, is het belangrijk je chirurg te verwittigen dat er eerder een niet-resorbeerbaar netje werd aangebracht.

De huid wordt gesloten met draadjes die spontaan verteren. Dat wil zeggen dat er na de operatie geen draadjes moeten verwijderd worden.

Bij het ontwaken kan je pijn voelen aan de schouders. Deze pijn wordt veroorzaakt door het feit dat je buik werd opgeblazen met koolzuurgas om de werkruimte aan te leggen. Het koolzuurgas kan bij het einde van de operatie nooit volledig worden verwijderd. Het overblijvende gas zal snel en zonder gevaar voor je gezondheid worden geabsorbeerd en verwijderd uit je lichaam. De pijn is tijdelijk en verdwijnt binnen enkele dagen na de operatie.

Ontslag

Meestal kan deze operatie in dagziekenhuis gebeuren. Dit wil zeggen dat je dezelfde dag het ziekenhuis kan verlaten. Als je alleenstaand bent, belangrijke bijkomende ziekten hebt of ouder dan 70 bent, is het zinvol een overnachting te voorzien. Daarnaast kunnen bepaalde omstandigheden zoals braken, duizeligheid bij rechtstaan of wanneer er overgegaan is van een laparoscopische, naar open operatie, ervoor zorgen dat jouw dagopname verlengd moeten worden met een nacht in het ziekenhuis.

Mogelijke complicaties

Moeilijkheden bij het plassen

Sommige mensen ondervinden moeilijkheden om te plassen. Dat komt omdat de prothese na de operatie tegen je blaas aandrukt. Dit gevoel verdwijnt binnen de 24 uur. Als je in het dagziekenhuis geopereerd wordt, mag je pas naar huis vertrekken als je normaal hebt kunnen plassen.

Nabloeding

Een nabloeding veroorzaakt bij mannen een blauwe verkleuring en zwelling van de balzak. Vrouwen krijgen een blauwe verkleuring en zwelling van de venusheuvel en schaamlip. Een ernstiger vorm van nabloeding kan zorgen voor een zwelling onder het litteken. Als de zwelling te groot of te pijnlijk is, wordt een kleine ingreep verricht om het bloed te verwijderen.

Wondinfectie

Een wondinfectie herken je aan een rode pijnlijke en warm aanvoelende opzetting van het litteken. Neem zo snel mogelijk contact op met je huisarts of behandelende arts als je hier thuis last van krijgt. Het is mogelijk dat je dan een antibioticabehandeling moet volgen.

Gevoelloosheid

Soms kan gevoelloosheid optreden in een deel van het litteken en aan de binnenkant van het been of de balzak. Dit is normaal en verdwijnt meestal langzaam aan.

Pijn

Het is normaal om tot twee weken na de operatie pijn te ondervinden ter hoogte van de snee. De pijn zal stilaan verdwijnen. Bij mannen kan de zaadstreng of de teelbal soms zeer gevoelig zijn door de manipulatie van de zenuw tijdens de operatie. Als je die pijn hebt, krijg je een pijnstillers om de zenuw te kalmeren. In 0 tot 3 % van de gevallen ontstaat een probleem van chronische pijn. Dan kan een infiltratie van het pijnpunt, een tweede operatie of een behandeling via het pijncentrum nodig zijn.

Zeer zeldzame complicaties

- Een reactie op de algemene verdoving.
- Een bloeding.
- Een verwonding aan een abdominaal orgaan zoals darm of grote bloedvaten. Dit is mogelijk wanneer de chirurgische dissectie moeilijk is, bijvoorbeeld wanneer je vroeger al meermaals geopereerd werd. Deze verwikkeling komt niet enkel voor bij de laparoscopische ingreep en moet op gepaste wijze worden behandeld.
- Hart-, long- en nierproblemen.
- Een verwikkeling aan de bloedvaten.
- Een letsel aan de zaadstreng. Als dit aan beide zijden voorkomt, kan het leiden tot onvruchtbaarheid.
- Een letsel aan de bloedvaten van de teelbal, met mogelijks verschrompeling van de teelbal.
- Tijdens het maken van de werkruimte (een luchtbel met koolzuurgas) kan er gas in een groot bloedvat terechtkomen. Dit kan een gasembolie veroorzaken, wat dodelijk kan zijn of blijvende schade kan geven. Zo'n complicatie is uiterst zeldzaam.
- Het inbrengen van de naald voor het inspuiten van het koolzuurgas of het inbrengen van een trocar kan in zeer zeldzame gevallen een letsel aan één van de bloedvaten veroorzaken. Dit komt zeer zelden voor, maar kan ernstige gevolgen met zich meebrengen.

Andere verwikkelingen kunnen zich voordoen na de operatie

De ontwikkeling van een seroom, ophoping van sereus vocht, komt af en toe voor. Dan wordt de holte die voordien werd opgevuld door de hernia nu gevuld met vocht. Deze ophoping in de lies kan zich onmiddellijk na de operatie voordoen. In de meeste gevallen verdwijnt het vocht na een paar weken vanzelf. Soms is het nodig om het vocht via een punctie (met een naald) weg te nemen. Heel zelden moet het vocht via een kleine ingreep worden verwijderd.

Het verschijnen van een pijnloze knobbel op de plaats van de hernia of pijnloze blauw- of zwartverkleuring van de balzak heeft geen reden tot paniek. Na de operatie gaat het om een hematoom dat spontaan zal verdwijnen.

Verwikkelingen op lange termijn

De risico's en verwikkelingen op lange termijn zijn miniem. Er kan een nieuw breukje ontstaan ter hoogte van de lies of buikwand. Dit kan te wijten zijn aan een zwakte van de weefsels of een verkeerde ingroei van het netje in de weefsels, waardoor het littekenweefsel op lange termijn het netje doet verplaatsen. Het probleem kan dan worden opgelost met een aangepaste behandeling. Er kan ook chronische pijn optreden: pijn die na enkele maanden nog steeds aanwezig kan zijn ter hoogte van de operatiezone. Dit wordt ook gezien na klassieke heekunde. Dan moet een aangepast onderzoek en behandeling gebeuren. Studies hebben aangetoond dat de meerderheid van de patiënten geen symptomen meer vertoont na deze operatie.

Na de ingreep

Richtlijnen na vertrek uit het ziekenhuis

Steristrips bedekken de wondjes die met onderhuidse hechtingen zijn voorzien. Deze hechtingen moeten niet verwijderd worden en verteren de volgende maanden.

Bedek de steristrips met een verband wanneer je wilt douchen. In de tussentijd is dat niet nodig. Eén week na ontslag is een controle aangewezen. De steristrips kunnen dan meestal worden verwijderd. Er hoeft dan geen enkel verband meer te worden gebruikt, tenzij anders voorgeschreven.

Herneem je activiteiten zodra je het ziekenhuis hebt verlaten. Er geldt enkel een hef-, til en fietsverbod gedurende drie weken.

De pijn na de operatie is de eerste zeven dagen het meest uitgesproken en maakt bij de meeste patiënten pijnstillers noodzakelijk. Schouderpijn, vooral rechts, komt bij 25 % van de mensen voor. Het wordt veroorzaakt door het ingeblazen koolzuurgas en kan twee tot drie dagen duren. Meestal zal Dafalgan (1 gram, drie keer per dag) in combinatie met ontstekingsremmers (600 mg, drie keer per dag, niet in te nemen op nuchtere maag) volstaan. Aanvankelijk kan ook ijs op de buik gelegd worden.

De pijnmedicatie wordt afgebouwd volgens de pijn. Hierbij wordt eerst de ontstekingsremmer afgebouwd en nadien de Dafalgan. Ontstekingsremmers zoals Voltaren of Ibuprofen, kunnen alleen ingenomen worden als er geen contra-indicaties zijn zoals overgevoeligheid of een voorgeschiedenis van maagzweren.

Na drie à vier weken kunnen dagelijkse activiteiten weer worden hervat. Het hefverbod geldt gedurende die tijd, om een littekenbreuk ter hoogte van de kleine wondjes of een verplaatsing van de prothese te voorkomen.

Wanneer je arts contacteren

Je moet absoluut je arts contacteren wanneer je één van de volgende symptomen vertoont:

- Aanhoudende koorts
- Rillingen, algemene malaise
- Bloedingen
- Een toenemende zwelling van de buik of toenemende pijn in het abdomen
- Aanhoudende misselijkheid of aanhoudend braken
- Aanhoudende hoest of ademhalingsmoeilijkheden
- Aanhoudende pijn bij het inslikken van voedsel
- Het doorsijpelen van een belangrijke hoeveelheid vloeistof uit om het even welke wonde

Tot slot

Deze informatie heeft een algemeen karakter en is bestemd om de patiënt in de mate van het mogelijke in te lichten. Dit document kan echter niet alle aspecten van de bedoelde chirurgie bespreken. Als je na het lezen van deze brochure nog vragen hebt, kan je contact opnemen met je behandelend arts. We wensen je een vlot herstel toe.

Meer informatie of een afspraak maken?

Aarzel niet om contact op te nemen.

Secretariaat Algemene heelkunde

☎ 050 36 51 10

✉ sec.heelkunde@stlucas.be

📍 Route C 054 - Gelijkvloers

AZ Sint-Lucas Brugge

📍 Sint-Lucaslaan 29, 8310 Brugge

☎ 050 36 91 11 ✉ info@stlucas.be 🌐 www.stlucas.be

