



Liesbreuk- of dijbreukherstel



Inhoud

Inleiding.....	4
De femorale of inguinale hernia.....	5
De behandeling van de hernia.....	6
De operatie.....	7
Vorbereiding op operatie.....	9
Ontslag.....	10
Mogelijke complicaties.....	11
Moeilijkheden bij het plassen.....	11
Nabloeding.....	11
Wondinfectie.....	12
Gevoelloosheid.....	12
Pijn.....	12
Zeer zeldzame complicaties.....	13
Andere verwikkelingen kunnen zich voordoen na de operatie.....	14
Verwikkelingen op lange termijn.....	15
Verloop na de operatie.....	15
Richtlijnen na vertrek uit het ziekenhuis.....	15
Wanneer moet je jouw chirurg contacteren?.....	17
Tot slot.....	17
Contactgegevens.....	18

Inleiding

Binnenkort word je geopereerd aan:

- **een inguinale hernia** (liesbreuk). Een liesbreuk is een breuk gelegen boven het inguinale ligament (boven de liesband, de band die zich bevindt tussen het voorste uitsteeksel van het bekken en de schaamstreek)
- **of een femorale hernia** (breuk onder het inguinale ligament).

Het doel van deze brochure is om je uit te leggen:

- wat deze ziekte inhoudt;
- wat de laparoscopische techniek inhoudt;
- welke risico's en complicaties verbonden zijn aan deze techniek tijdens de operatie.

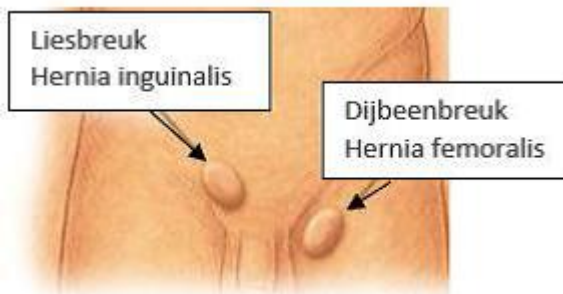
De femorale of inguinale hernia

Een hernia is een uitstulping van het peritoneum (buikvlies) doorheen een opening (de herniapoort) in de buikspieren en het inguinale ligament (de liesband). De zwakte van de buikwand kan ertoe leiden dat een darmilus of ander abdominaal weefsel door deze opening naar buiten geraakt. Dit geeft de indruk van 'een knobbel' onder de huid.

Een hernia kan pijn veroorzaken en leiden tot ernstige verwickelingen. Dan spreken we van een ingeklemde breuk. De breukinhoud (bv. de darm) zit dan vast in de breukzak waardoor de bloedtoevoer belemmerd wordt. Een ingeklemde breuk moet met spoed geopereerd worden.

Een inguinale of femorale hernia geneest niet spontaan. Een chirurgische ingreep is aangewezen, tenzij er een tegenindicatie bestaat.

Het dragen van een breukband ter ondersteuning is geen definitieve oplossing, maar helpt wel om de symptomen te verlichten.



De behandeling van de hernia

De behandeling van een hernia omvat het terugplaatsen van de inhoud van de breukzak in de buikholte en het sluiten van de hernia-poort door de buikwand te versterken met een netje of prothese. Dit om te vermijden dat de hernia terug ontstaat.



Wanneer de chirurg je een chirurgische ingreep voorstelt, bestaan er drie mogelijkheden:

- **de open chirurgie:** er wordt een insnede gemaakt ter hoogte van de liesstreek of ter hoogte van de onderbuik.
- **een chirurgie met 'gesloten techniek'** door middel van een laparoscopie (kijkoperatie).
- **robot geassisteerd laparoscopisch hernia herstel:** de ingreep is in essentie dezelfde als een traditionele laparoscopie (kijkoperatie) maar de instrumenten en de camera worden vanuit een console door de chirurg gehanteerd.



De operatie

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

De resultaten van de laparoscopische chirurgie lijken 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 soort luchtbel (of 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. Dat zijn holle kokertjes voorzien van kleppen die het mogelijk maken het gas te behouden 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 in-snedes 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' want 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 (netje). Dit gebeurt om te voorkomen dat de breukzak terug in het breukkanaal zou

glijden. De prothese wordt aan de binnenkant van het bekken vastgemaakt. Het netje (meestal 15 op 13 cm) is groter dan de herniapoot (meestal enkele cm). Zodoende is de kans dat het netje zich verplaatst zeer klein, maar niet onbestaande. In dit laatste geval kan er zich opnieuw een hernia voordoen.

Het risico op infectie door het aanbrengen van het netje is zeer klein want er worden voor de operatie antibiotica toegediend om dit te vermijden. De aanwezigheid van een netje kan tijdens een latere ingreep in het klein bekken de ingreep bemoeilijken zonder ze onmogelijk te maken (bv. bij open operaties aan de prostaat, gynaecologisch of vasculaire – aan de bloedvaten – ingrepen). 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 de buik werd opgeblazen met koolzuurgas om de werkruimte aan te leggen. Het koolzuurgas kan bij het einde van de operatie nooit volledig kan 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.

De chirurgische instrumenten die worden gebruikt zijn niet dezelfde dan de instrumenten die worden gebruikt bij de klassieke chirurgie ('open buik'). Sommige instrumenten zijn technologisch zo complex dat zij slechts kunnen worden gebruikt bij één enkele patiënt. Deze instrumenten noemt men 'disposables' en gooit men weg na elke operatie.

Wij vestigen je aandacht op het feit dat het materiaal met éénmalig gebruik niet volledig wordt terugbetaald door het RIZIV. Deze meerkost wordt toegevoegd aan de factuur bestemd voor de patiënt. Inlichtingen hieromtrent kan je bekomen bij de dienst facturatie (09 387 73 74).

Voorbereiding op operatie

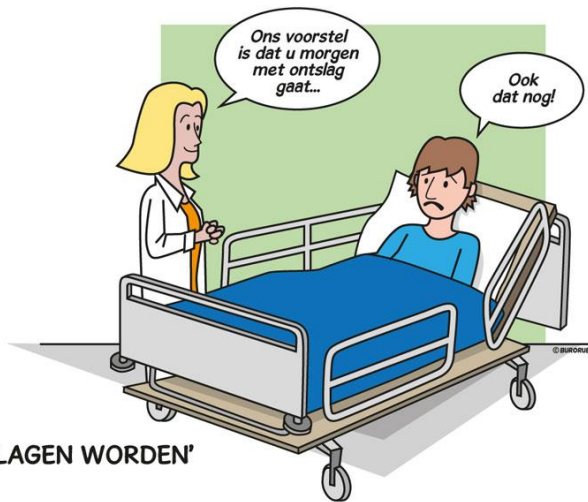
Vanaf middernacht (de avond vóór de operatie) moet je nuchter blijven. Het is niet toegestaan om nog te eten of te drinken. Enkel het drinken van plat water is toegestaan tot 3 uur vóór de ingreep.

Indien je dagelijks geneesmiddelen neemt, meld je dit aan de chirurg of verpleegkundige. In principe mogen alle medicamenten (met uitzondering van bloedverduunners en pilletjes voor het suiker) 's morgens met een glas water ingenomen worden. Als je aspirine neemt, anticoagulantia (geneesmiddelen die de bloedstolling vertragen) of anti-inflammatoire geneesmiddelen (tegen artritis, artrose ...) dien je hierover ook je behandelend arts of huisarts te informeren. Dit om de datum te bepalen waarop je de geneesmiddelen tijdelijk stopzet. Patiënten die insuline nemen bespreken dit best met de huisarts.

Vaak is preoperatieve toediening van geneesmiddelen noodzakelijk (geneesmiddelen die moeten ingenomen worden voor de operatie). Vóór de ingreep zal een lid van de medische ploeg een fijne naald of een katheter aanbrengen in je aders om de geneesmiddelen die noodzakelijk zijn gedurende de operatie toe te dienen. Je bevindt je gedurende de hele operatie onder algemene anesthesie (verdooving).

Een blaassonde kan noodzakelijk zijn vóór of tijdens de operatie doch weinig frequent.

Meestal kan deze operatie in dagziekenhuis gebeuren. Dit wil zeggen dat u dezelfde dag het ziekenhuis kan verlaten. Als je alleenstaand bent, belangrijke bijkomende ziekten heeft of meer dan 70 jaar bent, is het zinvol een overnachting te voorzien. Een voorziene dagopname kan door omstandigheden (bv. braken, duizeligheid bij rechtstaan, conversie e.a.) een overnachting noodzaken.



'ONTSLAGEN WORDEN'

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 gaan als je normaal hebt kunnen plassen.

Nabloeding

Een nabloeding veroorzaakt bij mannen een blauwe verkleuring en zwelling van de balzak. Bij vrouwen veroorzaakt een nabloeding een blauwe verkleuring en zwelling van de venusheuvel en schaamlip.

Een meer ernstige vorm van nabloeding kan zorgen voor een zwelling onder het litteken. Als de zwelling te groot of te pijnlijk voor je 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. Als je hier thuis last van krijgt, neem je best zo snel mogelijk contact op met je huisarts of chirurg. 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 en/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 in sommige gevallen de zaadstreng of de teelbal zeer gevoelig zijn door de manipulatie van de zenuw tijdens de operatie. Als je die pijn hebt, krijg je een pijnstiller om de zenuw te kalmeren.



In sommige gevallen (0 tot 3 %) ontstaat een probleem van chronische pijn. Dan kan een infiltratie van het pijnpunt, een tweede operatie of een behandeling via de pijnkliniek nodig zijn.

Zeer zeldzame complicaties

- Een reactie op de algemene anesthesie (verdooving)
- Een bloeding
- Een verwonding aan een abdominaal orgaan: darm, grote bloedvaten, e.a. vooral wanneer de chirurgische dissectie moeilijk is (bv. wanneer men 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 vasculaire verwikkeling (aan de bloedvaten)

- Een letsel aan de zaadstreng en indien dit bilateraal voorkomt, onvruchtbaarheid
- Een letsel aan de bloedvaten van de teelbal met mogelijks verschrompeling van de teelbal.
- Tijdens het verwezenlijken van de werkruimte (luchtbel met koolzuurgas) kan dit gas in één van de grote bloedvaten terechtkomen waarbij een gasembolie kan worden veroorzaakt. Deze kan dodelijk zijn of zeer ernstige sequelen met zich meebrengen. Dit ongeval komt maar uiterst zeldzaam voor.
- Het inbrengen van de naald voor het inspuiten van het koolzuurgas en/of van een trocar kan eveneens in zeer zeldzame gevallen een letsel aan één van de bloedvaten veroorzaken. Dit komt zeer zelden voor, maar kan eveneens zeer 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. In feite 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 wordt het vocht na enkele weken spontaan geresorbeerd. Zelden moeten er enkele puncties worden uitgevoerd en in zeer zeldzame gevallen kan het noodzakelijk zijn dit vocht te evacueren.

Verwikkelingen op lange termijn

De risico's en verwikkelingen op lange termijn zijn miniem. Nochtans kan er een nieuw breukje ontstaan ter hoogte van de lies of buikwand. Dit kan te wijten zijn aan een zwakte van de weefsels zelf of een verkeerde ingroei van het netje in de weefsels, waardoor het littekenweefsel het netje doet verplaatsen op lange termijn. Het probleem kan dan door een aangepast therapeutisch optreden geregeld worden.

Ook chronische pijn wordt beschreven. Het betreft een pijn die na enkele maanden nog steeds aanwezig kan zijn ter hoogte van de operatiezone. Dit wordt ook gezien na klassieke heilkunde. Aangepast onderzoek en behandeling dienen dan te gebeuren.

Studies hebben aangetoond dat de meerderheid van de patiënten geen symptomen meer vertonen na deze operatie.

Verloop na de operatie

Richtlijnen na vertrek uit het ziekenhuis

Onmiddellijk na de operatie is een licht verteerbare, laxerende voeding aangewezen. De steristrips bedekken de wondjes die met onderhuidse hechtingen zijn voorzien. Deze hechtingen kunnen niet verwijderd worden en verteren de volgende maanden.

De steristrips dienen alleen van een bedekkend verband te worden voorzien bij het douchen. In de tussentijd is dat niet nodig.

Eén week na ontslag is een controle aangewezen. De steristrips kunnen dan meestal worden verwijderd. Er moet dan geen enkel verband meer te worden gebruikt tenzij anders voorgeschreven.

De patiënten wordt aanbevolen hun activiteiten te hernemen zodra zij het ziekenhuis hebben verlaten. Er geldt enkel een hef- of tilverbod gedurende drie weken. Fietsen wordt ook best één week uitgesteld.

Het is aangeraden de steunkousen (TED of andere) gedurende de eerste 7 tot 10 dagen 's nachts te dragen. Zolang de activiteit overdag beperkt is, worden de steunkousen ook overdag gedragen. Dit om thromboflebitis te voorkomen. Om deze verwikkeling te helpen voorkomen zullen bijna alle patiënten preventief heparine toegediend krijgen door de thuisverpleegkundige. Je moet daarvoor zelf een thuisverpleegkundige contacteren.

De postoperatieve pijn (na de operatie) is de eerste twee tot drie dagen het meest uitgesproken en maken bij de meeste patiënten pijnstillers noodzakelijk. Schouderpijn, vooral rechts, komt bij 25 % van de mensen voor. Het wordt veroorzaakt door de ingeblazen CO₂ en kan twee tot drie dagen duren. Meestal zal Dafalgan (1 gram, drie keer per dag) in combinatie met Ibuprofen (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, waarbij eerst de Ibuprofen wordt afgebouwd en gestopt en nadien de Dafalgan. NSAID's (bv.

Voltaren, Ibuprofen) kunnen alleen ingenomen worden indien er geen contra-indicaties bestaan zoals overgevoeligheid of voorgeschiedenis van maagzweren e.a.

Na drie à vier weken kunnen de dagdagelijkse activiteiten weer worden hervat. Het hefverbod is tot zolang obligaats om een littekenbreuk (ter hoogte van de kleine wondjes) of een verplaatsing van de prothese te voorkomen.

Wanneer moet je jouw chirurg 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
- Het verschijnen van een pijnloze knobbel op de plaats van de hernia of pijnloze blauw/zwartverkleuring van de balzak heeft geen reden tot paniek. Het betreft postoperatief een hematoom welke spontaan zal resorberen.

Tot slot

De huidige 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 of met de verpleegkundige van de afdeling.

We wensen je een vlot herstel toe.

Contactgegevens

Dr. Dietrich De Mey (09 387 74 81)

Dr. Marieke De Visschere (09 387 74 86)

Dr. Filip Muysoms

Dr. Barbara Defoort

Dr. Donald Van Der Fraenen

Dr. Pieter Pletinckx

Dienst heekunde AZ Sint-Vincentius Deinze: 09 387 70 24

Dienst heekunde Maria Middelaars: 09 246 74 00



6052 3276 – september 2023