

Liesbreuk

Deze folder geeft u informatie over liesbreuken en de behandeling ervan. Realiseert u zich dat voor u persoonlijk de situatie anders kan zijn dan beschreven.

Wat is een liesbreuk (hernia inguinalis)?

Een buikwandbreuk (hernia) is een uitstulping van het buikvlies door een zwakke plek of opening in de buikwand. De breuk is merkbaar als een zwelling. De opening of verzwakking in de buikwand noemen we de breukpoort. Een buikwandbreuk kan spontaan ontstaan. Soms zijn er uitlokkende factoren, zoals veel hoesten of persen of zwaar tillen. Aanleg speelt ook soms een rol, in de zin dat collageen (bouwsteen van allerlei soorten weefsels) minder sterk kan zijn. Plekken als de liesstreek en bij littekens in de buikwand zijn gevoelig voor het ontstaan een breuk.

Bij een liesbreuk bevindt de uitstulping zich ter hoogte van de lies, zichtbaar als een zwelling in een of beide liezen. Vooral bij de man is de lies een complex gebied. Het is een relatief zwakke plek doordat de zaadleider en bloedvaatjes van de teelbal vanuit de buik op die plek door een tunneltje naar buiten komen. Tien procent van de mannen krijgt vroeg of laat te maken met een liesbreuk. De medische term voor een liesbreuk is hernia inguinalis.

Dijbreuk

Als de uitstulping net onder de lies zit, in het kanaal waar ook de bloedvaten en de zenuwen naar het been lopen, dan noemen we dit een dijbreuk of hernia femoralis. Dijbreuken komen minder vaak voor en zien we vooral bij vrouwen.

Klachten en gevaren

Een liesbreuk verdwijnt nooit vanzelf en heeft de neiging geleidelijk aan groter te worden. De breuk kan uiteenlopende klachten geven. Behalve een zwelling bij staan en lopen is er vaak een zwaar, pijnlijk en branderig gevoel in de lies, soms gepaard met misselijkheid. Het kan echter ook zijn dat u helemaal geen klachten heeft.

Meestal verdwijnt de uitstulping bij liggen of is dan gemakkelijk terug te duwen. Een enkele keer komt het voor dat een breuk bekneld raakt. De breukinhoud, darm of buikvlies, zit dan vastgeklemd in de breukpoort. De breukinhoud is niet meer terug te duwen. De breuk neemt toe in grootte, kan rood verkleuren en doet veel pijn. Het kan tot misselijkheid leiden en zelfs tot buikpijn en braken, als de voedselpassage in de darm door beklemming in de breukpoort is afgesloten. Vaak leidt dit tot een spoedoperatie. Dijbreuken hebben de neiging eerder in te klemmen dan liesbreuken.

De informatie in deze folder is van algemene aard en is bedoeld om u een beeld te geven van de zorg en voorlichting die u kunt verwachten. In uw situatie kunnen andere adviezen of procedures van toepassing zijn. Deze folder is dan ook slechts een aanvulling op de specifieke (mondelinge) voorlichting van uw specialist of behandelaar.

Hoe wordt een liesbreuk vastgesteld?

Meestal geeft de breuk een zwelling die, als u staat, door de arts maar ook door uzelf gemakkelijk kan worden vastgesteld. Aanvullend onderzoek is in het algemeen niet nodig. Bij twijfel kan een echografie of een MRI-scan uitsluitsel geven.

Een liesbreukoperatie

In de meeste gevallen kan een liesbreuk worden verholpen via een operatie, die vaak in dagbehandeling kan plaatsvinden. Bij mensen met een sterk verhoogd operatierisico en/of bij mensen die weinig last hebben van hun breuk, valt te overwegen geen behandeling in te stellen en af te wachten.

Operatieve methoden

Chirurgen gebruiken verschillende technieken om breuken te herstellen. Tegenwoordig wordt een liesbreuk bij voorkeur hersteld met een 'tension free repair' oftewel een herstel zonder spanning. De breuk wordt hierbij bedekt en versterkt met een kunststof matje, zonder dat het weefsel onder spanning bijeengetrokken wordt. Dit matje wordt doorgaans goed door het lichaam verdragen en is veilig.

Er zijn meerdere soorten operaties om een liesbreuk te herstellen:

- Een open operatie (Lichtenstein of TREPP)
- Een kijkoperatie (TEP)

Tijdens de operatie wordt de breuk van voren benaderd door het lieskanaal of van achteren, achter de buikspier langs. Verder maken we onderscheid in het plaatsen van het matje tussen of achter de spierlaag van de buikwand.

De 'open' methode (Lichtenstein)

Hierbij benaderen we de breuk aan de voorzijde. De operatie wordt uitgevoerd via een snede op de plaats van de breuk. De uitstulping van het buikvlies wordt verholpen. Om opnieuw uitstulpen te voorkomen, plaatsen we het kunststof matje tussen de spierlagen in. De meest gebruikte methode hierbij is de 'Lichtenstein-techniek'. Dit is een technisch relatief eenvoudige en betrouwbare techniek voor primaire ongecompliceerde breuken. Deze operatie kan met een ruggenprik, onder algehele narcose of onder plaatselijke verdoving plaatsvinden. Zoals iedere liesbreukoperatie is er een kleine kans dat de breuk terugkomt.

De TREPP-operatie (transrectusschede-preperitoneale procedure)

Bij een TREPP wordt een kleine snee gemaakt net boven het lieskanaal. Dan wordt het vlak geopend achter de buikspieren en van daaruit wordt de breuk uit het lieskanaal gehaald en teruggeduwd in de buikholte. Hierna wordt de zwakke plek in de buikwand afgedekt met een kunststof matje. De wond wordt weer gehecht.

Deze operatie kan zowel onder narcose als met een ruggenprik worden uitgevoerd. In tegenstelling tot bij een kijkoperatie kan een TREPP ook worden uitgevoerd bij grote breuken, beklemden breuken en als patiënten eerdere operaties hebben gehad. Ook is de operatietijd korter.

Een groot voordeel ten opzichte van de Lichtenstein-operatie is dat bij een TREPP het lieskanaal niet wordt geopend. Daardoor is de kans op zenuwbeschadiging of irritatie in de liesstreek veel kleiner. De operatie geeft daardoor veel minder napijn. Er is een veel kleiner risico op chronische pijnklachten in de lies en er is ook minder kans op gevoelsstoornissen in de lies. Wel is hierbij ook een kleine kans dat de breuk terugkomt.

De kijkoperatie (TEP)

Bij een kijkoperatie wordt door kleine wondjes van 5 tot 10 mm geopereerd. Dit met behulp van een camerabeeld in de buik. Een kijkoperatie in de buikholte wordt ook wel een laparoscopie genoemd. Patiënten hebben hiervan veel minder pijn en hinder dan na een klassieke operatie met een snee in de buik. Na de operatie kunt u sneller naar huis, heeft u minder pijnstillers nodig en kunt u eerder aan het werk. Dankzij de kleine sneetjes houdt u minimale littekens over aan een kijkoperatie. Bij deze methode wordt de breuk aan de achterzijde benaderd. Dit kan via de buikholte of via lagen van de buikwand waarbij tenslotte tussen buikvlies en spierlaag geopereerd wordt.

Bij deze methode worden drie kleine sneetjes aangebracht, waardoor via instrumenten en een camera aangesloten op een televisiescherm de operatie vanuit de binnenzijde van de breuk wordt uitgevoerd. Door het inblazen van koolzuurgas (CO₂) in de buikholte of tussen het buikvlies en de buikwand wordt een kunstmatige 'gasbel' gecreëerd waarin de chirurg kan werken. De uitstulping van het buikvlies wordt opgeheven en de zwakke plaats in de buikwand wordt hersteld met een kunststof matje aan de binnenzijde van de spierlaag.

Bij deze ingreep is narcose (volledige anesthesie) noodzakelijk. Eerdere operatieve ingrepen in de onderbuik maken een kijkoperatie een stuk moeilijker.

Persoonlijke behandelmethode

Afhankelijk van uw werkzaamheden, levensstijl, eerdere (liesbreuk)operaties en eventuele gezondheidsrisico's kan een keuze gemaakt worden welke techniek en welke vorm van verdoving voor u het meest geschikt is. De chirurg maakt samen met u de beste keuze.

De behandeling

Het chirurgisch team heeft uitgebreide ervaring met alle behandelmethoden van liesbreuken. De liesbreukoperaties vinden in principe plaats op onze locatie in Eindhoven.

Voorafgaand aan de operatie

Na aanmelding bij de polikliniek heeft u een afspraak met de chirurg. De diagnose wordt gesteld en een plan voor behandeling gemaakt. In het geval van een operatieve ingreep zal de POS (preoperatieve screening) telefonisch of via de mail contact opnemen voor verdere afspraken . In principe heeft u ongeveer drie weken na de operatie een controleafspraak op de polikliniek chirurgie. Alleen bij een ingeklemde liesbreuk moet er met spoed worden ingegrepen.

Na het bezoek aan de chirurg gaat u naar het preoperatief spreekuur (POS) van de anesthesie, waar een verdere inschatting van het operatierisico wordt gemaakt. Soms kan dat leiden tot verder onderzoek. Het uiteindelijke doel is u zo veilig mogelijk de ingreep en verdoving te laten ondergaan. De toe te passen methode van anesthesie wordt met u besproken. U krijgt adviezen over het gebruik van eventuele geneesmiddelen op de dag van operatie. Ook hoort u daar vanaf welk tijdstip voor de operatie u nuchter moet blijven.

Naar huis

Als u bent hersteld van de ingreep en de verdoving, gaat u dezelfde dag naar huis. Natuurlijk moet er thuis opvang zijn van partner of familie. Als u ernstige begeleidende ziekten heeft, die de operatie of de periode direct daarna kunnen ontregelen, is een langere opname noodzakelijk. Natuurlijk kunnen ook andere dringende redenen aanwezig zijn voor een langere opname. Voorkomen van trombose met injecties (tromboseprofylaxe) is alleen zinvol bij mensen met een verhoogd risico op trombose of bij een klinische opname. Ook antibiotica rond de operatie is alleen zinvol gebleken bij een verhoogd infectierisico. Wel is van belang het gebruik van bloedverdunners (bijvoorbeeld acenocoumarol, fenprocoumon (Marcoumar) of acetylsalicylzuur) voor de operatie te bespreken met de chirurg en op het preoperatief spreekuur van de anesthesist. In het algemeen kunnen deze rond de operatie gestopt worden.

Na een liesbreukoperatie

Pijn

Aan het einde van de operatie worden de wonden plaatselijk verdoofd met een pijnstillend middel. Na de operatie is de pijn daardoor meestal goed te verdragen en goed controleerbaar met pijnstillers zoals Naproxen en Paracetamol. Vaak is de volgende dag al geen pijnstiller meer nodig.

Plassen

Soms lukt het niet om vlak na de ingreep te plassen. Meestal lost dit zich spontaan op. Zo nodig kan met een 'bladderscan' een echo van de blaas gemaakt worden. Hiermee is te zien of de blaas overvuld is. Als dat het geval is, kan de verpleegkundige eenmalig een katheter inbrengen om de blaas te ledigen.

Zwelling

Na een kijkoperatie is er soms een zwelling voelbaar waar eerder de breuk zat. Het gaat hierbij om een seroom: een opeenhoping van wondvocht daar waar vroeger de breukzak zat. Meestal verdwijnt deze spontaan na enkele weken. Slechts in zeldzame gevallen is het nodig dit vocht door middel van een punctie te verwijderen.

Bloeduitstorting

Na de operatie komt vaak een kleine bloeduitstorting voor. Dit herkent u in de vorm van een blauwe plek in het wondgebied, die kan uitzakken naar de basis van de penis en de balzak bij de man en naar de grote schaamlip bij de vrouw. Dat is niet verontrustend en verdwijnt na enkele weken. Wanneer zich een grotere hoeveelheid bloed ophoopt in het operatiegebied en u voelt een pijnlijke harde zwelling, dan spreken we van een hematoom (grotere

bloeduitstorting). Dit komt gelukkig zelden voor, soms bij gebruik van bloedverdunnende middelen. Meestal kan worden afgewacht. Soms is opnieuw een operatie nodig om het bloedstolsel te verwijderen.

Gevoelloosheid of pijn door zenuwschade

In het operatiegebied lopen enkele gevoelszenuwen. Bij de man lopen ook nog de zaadleider en de bloedvaten naar de teelbal. Schade aan de zenuw kan gevoelloosheid of pijnklachten in het liesgebied of balzak veroorzaken. Meestal verdwijnt deze pijn vanzelf. Soms kan de pijn hardnekkig zijn en veel last veroorzaken. Injecties met verdovende middelen kunnen de klachten doen verminderen. Een heel enkele keer is een nieuwe operatie nodig om een beschadigde of beklemd zenuw te bevrijden.

Onvruchtbaarheid

Bij beschadiging van de zaadleider kan onvruchtbaarheid optreden. De kans hierop neemt toe bij een dubbelzijdige operatie. Bij beschadiging van de bloedvaten naar de teelbal kan deze na een pijnlijke periode kleiner gaan worden (ischemische orchitis).

Algemene complicaties

Geen enkele ingreep en verdoving is zonder risico. Zo zijn er ook bij deze operatie de 'normale' risico's zoals een nabloeding of wondinfectie. Bij nabloeding kan een nieuwe operatie nodig zijn. Bij een wondinfectie wordt in het algemeen alleen de wond open gelegd. Heel zelden infecteert de ingebrachte kunststof mat. Na afdoende behandeling kan de mat meestal behouden blijven. Zoals bij iedere kijkoperatie bestaat een kans op letsel van een buikorgaan. Verder zijn er nog de algemene complicaties zoals trombose, hartinfarcten, longontstekingen, urineweginfecties enzovoort. Deze complicaties komen gelukkig zelden voor.

Recidief

Bij een klein aantal patiënten lijkt het resultaat van de operatie in eerste instantie goed. Na verloop van tijd ontstaat bij hen toch op dezelfde plaats opnieuw een breuk (een recidief). De behandelend chirurg bespreekt met u hoe zo'n recidiefbreuk hersteld moet worden. Meestal is dan opnieuw een operatie nodig.

Adviezen voor thuis

In de loop van de dag waarop u bent geopereerd, wordt u uit het ziekenhuis ontslagen. U kunt dan zelf lopen, eten en uzelf verzorgen. Het is prettig begeleiding te hebben van uw partner of familie. Met paracetamol kunt u de pijn onder controle houden. De wond is in het algemeen gesloten met onderhuidse hechtingen die niet verwijderd hoeven te worden. De dag na de operatie mag u douchen en zo nodig een nieuwe pleister op de wond doen. Binnen 48 uur na de operatie belt een verpleegkundige u om te vragen hoe het gaat. Alle activiteiten die u zonder al te veel moeilijkheden of pijn kunt doen, zijn toegestaan. Ook wandelen en fietsen. Als dat goed gaat, kunt u uw activiteiten snel uitbreiden. Dit geldt ook voor het hervatten van uw werk.

Bij ontslag uit het ziekenhuis ontvangt u aanvullende adviezen en instructies voor thuis.

Vragen?

Bij vragen kunt u contact opnemen met de polikliniek chirurgie via telefoonnummer (040) 888 85 50.