

INFORMATIE VOOR PATIËNTEN




Liesbreuk

Algemene heekunde



Az Damiaan
Dicht bij het leven

Inhoud

 **Aarzel niet om contact op te nemen met ons.
Wij helpen je graag verder.**

secretariaat Algemene heelkunde: 059 41 42 21

www.azdamiaan.be/nl/zorgaanbod/algemene-heelkunde
algemeneheelkunde@azdamiaan.be

© Az Damiaan vzw, april 2021. Niets uit deze brochure mag worden overgenomen zonder uitdrukkelijke toestemming.

Az Damiaan heeft deze informatiefolder met de grootste zorg opgemaakt. Deze folder bevat algemene informatie en is bedoeld als aanvulling op het gesprek met jouw zorgverlener. Mocht deze folder vergissingen, tekortkomingen of onvolledigheden bevatten dan zijn Az Damiaan, de artsen en medewerkers hiervoor niet aansprakelijk.



Inleiding.....	4
Liesbreukherstel.....	5
Bij kinderen.....	5
Bij volwassenen.....	5
Liesbreukherstel volgens Liechtenstein.....	6
Richtlijnen voor vlot herstel.....	7
Herstel van een liesbreukrecidief.....	9

Inleiding

Een liesbreuk is een uitstulping van het buikvlies (en eventueel buikinhoud), ook wel breukzak genoemd, doorheen het lieskanaal. Het lieskanaal is een natuurlijke opening, waarlangs bij jongens de teelbal uit de buikholte afdaalt naar de balzak voor de geboorte. Bij meisjes loopt de ronde band hierdoor, welke de baarmoeder fixeert.

Bij de geboorte is het lieskanaal meestal gesloten, maar zwak aangezien de openingen aan de binnen- en buitenzijde van het kanaal (interne en externe liesring) over elkaar liggen. Bij groei van het kind, komen beide openingen naast elkaar te liggen, wat het kanaal schuiner doet verlopen en breuken minder waarschijnlijk maakt. Breuken op oudere leeftijd zijn dan weer te wijten aan slijtage van de buikwand.

Wanneer het kanaal bij de geboorte niet volledig gesloten is, spreken we van een congenitale breuk. Als de breukpoortdiameter groot is, zal de breuk snel opvallen. Als de breukpoortdiameter klein is, kan het jaren duren vooraleer de breuk wordt opgemerkt.

In tegenstelling tot navelbreuken, hebben liesbreuken bij kinderen niet de neiging om spontaan te verdwijnen en moeten ze dus hersteld worden. Bij kinderen betreft het altijd een primair herstel zonder net, want kinderen groeien en het gebruik van een niet-resorbeerbaar net zou voor misvorming zorgen. Bij jonge kinderen volstaat een hoge ligatuur van de breukzak. Bij oudere kinderen moet ook een anuloplastie (verkleinen van de interne liesring) worden uitgevoerd.

Wanneer de breuk zich aan één kant bevindt, wordt de ingreep uitgevoerd via een kleine incisie (2 tot 3 cm) in de lies. Wanneer de breuk zich aan beide kanten bevindt, of er onduidelijkheid bestaat over één kant, wordt een kijkoperatie uitgevoerd met nazicht en behandeling van beide kanten via 3 kleine incisies (< 1cm).

De ingreep gebeurt onder narcose in dagziekenhuis.

Liesbreukherstel

De liesregio is een van de zwakkere van de buikholte. Liesbreuken komen heel vaak voor. Liesbreuken bij kinderen zijn aangeboren. Bij volwassenen zijn ze meestal verworven

Bij kinderen

In de baarmoeder is het lieskanaal van de foetus nog open. Bij de geboorte is dit kanaal in principe gesloten. Soms is de sluiting niet of onvoldoende gebeurd, en is een liesbreuk aanwezig. We spreken van een congenitale breuk.

Als de breukpoortdiameter groot is, zal de breuk snel opvallen. Als de breukpoortdiameter klein is, kan het jaren duren vooraleer de breuk wordt opgemerkt.

Bij kinderen betreft het altijd een primair herstel, want kinderen groeien en het gebruik van een niet-resorbeerbaar net zou voor misvorming zorgen. Bij jonge kinderen volstaat een hoge ligatuur van de breukzak. Bij oudere kinderen moet ook een anuloplastie worden uitgevoerd.

Bij volwassenen

Liesbreuken bij volwassenen zijn meestal verworven door de intra-abdominale druk, die de buikinhoud naar buiten duwt.

Ze komen dan ook meer voor bij ouderen die jarenlang zware lichamelijke arbeid hebben verricht, bij chronische hoest, bij sporters, bij obesitas, en meer bij mannen dan bij vrouwen, omdat het lieskanaal bij de man passage moet laten van de zaadstreng en de bloedvaten naar de teelbal. Soms betreft het een congenitale breuk, die pas op volwassen leeftijd ontdekt wordt.

Vroeger kon de chirurg enkel een primair liesbreukherstel uitvoeren (type Bassini, Shouldice, McVay), waarbij de eigen, al verzwakte, weefsels gebruikt werden om de liesregio te verstevigen. Meestal was er postoperatief vrij veel pijn, moest men lang rusten en kreeg men een hefverbod van 6 weken tot 3 maanden, afhankelijk van het beroep. De kans op recidief bedroeg 10 tot 20 procent.

Sinds het gebruik van de niet-resorbeerbare netten gebeurt het herstel tension-free, zodat er weinig of geen pijn is, men onmiddellijk mag mobiliseren, het hefverbod beperkt blijft tot 2 à 4 weken, en de kans op recidief minder dan 1 procent bedraagt. De niet-resorbeerbare netten kunnen volgens verschillende technieken worden geplaatst.

Liesbreukherstel volgens Lichtenstein

In Az Damiaan gebruiken we de methode van Lichtenstein. Via een incisie boven de lies wordt de breuk hersteld. Het niet-resorbeerbaar net bevindt zich tussen de spieren.

Voordelen van de techniek:

- Als de patiënt niet onder narcose wil gebracht worden, kan de ingreep ook onder lokale verdoving worden uitgevoerd.
- Doordat het net zich tussen de spieren bevindt, is het preperitoneaal vlak (dit is het vlak achter de spieren en voor het buikvlies) nog bruikbaar, bij voorbeeld om later een radicale prostatectomie uit te voeren. Ook omgekeerd, als het preperitoneaal vlak al is gebruikt, bijvoorbeeld na radicale prostatectomie, kan het net probleemloos tussen de spieren worden geplaatst.

Nadelen van de techniek:

- Relatief groter litteken en relatief wat meer ongemakken de eerste weken na de ingreep.
- Als er zowel links als rechts (bilateraal) een liesbreuk is, moeten twee incisies worden gemaakt.
- Met deze techniek kunnen enkel liesbreuken worden hersteld. Dijbreuken en obturatorbreuken kunnen hiermee niet worden hersteld. Deze kunnen zich dus nog voordoen ondanks een liesbreukherstel volgens Lichtenstein.

Richtlijnen voor vlot herstel

Pijn

De eerste dagen na de ingreep is het litteken (* de wondjes) nog gevoelig. Daarom is het aan te raden het rustig aan te doen en regelmatig een pijnstiller te nemen.

- Paracetamol (bijv. Dafalgan®): 1 g om de 6 uur (= 4x /dag). De eerste 1 à 2 dagen systematisch, zo blijf je de pijn voor en heb je minder kans op een “pijn-opstoot”. Nadien verder volgens noodzaak.
- Meestal volstaat paracetamol. Zo nodig kan je tramadol (bijv. Tradonal Odis®) 50mg, 3x /dag, toevoegen aan dit schema.
- Als dit onvoldoende blijkt, kan je een NSAID erbij innemen (op voorwaarde dat je geen maaglijder bent): bijv. ibuprofen 3x 600mg/dag.

Hefverbod

Vermijd het tillen van zware lasten gedurende ten minste 2 weken. Stappen is onmiddellijk toegelaten. Zelf met de auto rijden wordt best een week uitgesteld.

Het komt erop neer dat je de “buikpers” of het aanspannen van de buikspieren vermijdt, m.a.w. niet heffen, maar ook niet fietsen, geen buikspieroefeningen, maar ook geen andere sporten (want bijna altijd wordt de “buikpers” gebruikt om de romp te stabiliseren), zo weinig mogelijk hoesten en niezen, en geen blaasinstrumenten bespelen, maar wel regelmatig diep ademhalen.

(*) Er kan ook schouderpijn optreden. Deze wordt veroorzaakt door prikkeling van het middenrif door de "lucht", die tijdens de operatie in je buik werd geblazen. Op het einde van de ingreep wordt deze "lucht" zo veel mogelijk verwijderd. Soms echter blijft er toch nog voldoende achter om pijn te veroorzaken. Deze pijn treedt vooral op als je rechtop zit of staat en is minder uitgesproken bij liggen. De "lucht" zal spontaan verdwijnen, waarmee ook de schouderpijn zal weggaan.

Wondzorg

De huid is gesloten met resorbeerbare hechtingen, die onderhuids zijn geplaatst en vanzelf zullen verdwijnen. De wonde (* de wondjes) is afgeschermd met een doorzichtig verband, waarmee je kan douchen, maar niet baden. Dit verband mag je een twaalfal dagen dichtlaten, tenzij het compres eronder te vochtig wordt of als het verband loskomt. Zorg dan voor een vers verband.

Voeding

De avond na de ingreep licht verteerbaar (bijv. yoghurt of wit brood, mager beleg). Vanaf de volgende dag normale voeding.

Zorg voor een normale stoelgangconsistentie door inname van restenrijke voeding (met vezels: groenten, fruit, bruin brood, ...). Neem zo nodig ook een macrogol in (bijv. Movicol®, Forlax®, Laxido®).

Mogelijke problemen/alarmsignalen zijn:

- bloeding
- meer dan 38,5°C temperatuur
- blijvende pijn ondanks voldoende inname pijnstillende medicatie
- plotse kortademigheid of felle pijn in de longstreek of onbedaarlijke hoest: dit kan immers wijzen op een klonter die zich in de longen nestelt.

(*) bij laparoscopisch liesbreukherstel

Bij problemen:

- na dagziekenhuis (tot 19 uur): 059 41 62 20
- na opname met overnachting: 059 41 62 02
- dienst spoedgevallen 059 41 40 80
- de huisarts.

Herstel van een liesbreukrecidief


Als ondanks een vroegere heelkundige ingreep er opnieuw een breuk ontstaat, dan spreken we van een breukrecidief.

Bij de keuze van de te gebruiken techniek wordt naast wat hierboven werd beschreven ook rekening gehouden met de techniek die werd gebruikt bij de eerste ingreep: is het preperitoneaal vlak al gebruikt of niet ?

In principe zal een recidief na primair herstel zonder net (volgens Bassini, Shouldice, McVay) of na herstel volgens Lichtenstein worden gecorrigeerd met de laparoscopische preperitoneale techniek.

Omgekeerd zal een recidief na preperitoneaal herstel (laparoscopisch of anterieur) worden aangepakt met een herstel volgens Lichtenstein.

VOLG ONS OP:

 / [azdamiaan](#)

 / [azdamiaan](#)

 / [company/azdamiaan](#)

 / [az-damiaan](#)

 / [@azdamiaan](#)



Az Damiaan
Dicht bij het leven

Az Damiaan vzw
Gouwelozestraat 100
8400 Oostende
Tel. +32 (0)59 41 40 40

info@azdamiaan.be
www.azdamiaan.be