

DE WOND IS DICHT MAAR....

M. Vink*

Jaarlijks worden er duizenden laparotomieën en laparoscopieën verricht.

Vele genezen gelukkig zonder problemen, maar wat betekent het als de wond secundair wordt gehecht of als er een hematoom ontstaat of een wonddehiscentie? Hebben deze patiënten meer kans op een littekenbreuk en hoe vaak komt het voor?

WAT IS EEN HERNIA CICATRICALIS OF LITTEKENBREUK?

Een hernia cicatricialis is een ingewandsbreuk ofwel een uitstulping van het peritoneum. Vaak het gevolg van een zwakke plek in de buikwand (ontstaan door operatie). De breuk is herkenbaar als zwelling. De ingewanden (darmen) uit de buikholtte kunnen door een vormen- de opening (breukpoort) naar buiten puilen. Deze uitstulping blijft door buikvlies en huid bedekt, zodat zich een breukzak vormt.

PREVALENTIE/INCIDENTIE

In Nederland worden jaarlijks 100.000 laparotomieën gedaan (1). Precieze aantallen zijn niet bekend maar volgens de DBC registratie worden jaarlijks in Nederland ongeveer 3000-4000 littekenbreukcorrecties uitgevoerd. Hoewel de DBC registratie aangeeft dat patiënten eerder operatief worden behandeld is dit in tegenspraak met onderstaande cijfers.

Er wordt geschat dat 2 tot ruim 20% van de littekens na een laparotomie eindigt in een hernia (1). Van deze groep wordt maar 4% geopereerd. De niet geopereerde groep wordt veelal conservatief behandeld.

OORZAKEN

Een littekenbreuk kan optreden na iedere laparotomie of laparoscopie. Vaak treden ze op na een mediale laparotomie, subcostale (onder de rib) incisie of na het opheffen van een stoma.

De kans op een littekenbreuk is groter bij een laparotomie dan bij een laparoscopie.

Oorzaken kunnen zijn spoedoperatie, wondinfectie, verhoogde spanning van de buikwand (hoesten, tillen), gestoorde wondgenezing (dit kan al in de vorm van een hematoom gebeuren, dehiscentie), of een verkeerde chirurgische techniek. Meestal is het een combinatie van factoren, zoals bijvoorbeeld een slechte lichamelijke conditie, ondervoeding, het gebruik van medicijnen, overgewicht, roken, een hoge leeftijd en onderliggend lijden zoals bijvoorbeeld diabetes, COPD.

Indien endoscopische benadering mogelijk is heeft dit de voorkeur, omdat dit uiteindelijk leidt tot minder hernia's; helaas zijn hiervan geen cijfers bekend.

DIAGNOSTIEK

Klachten kunnen zijn: rug- en cosmetische klachten, problemen bij de uitoefening van dagelijkse activiteiten en bij tekenen van inklemming. Diagnostiek vindt plaats door lichamelijk onderzoek, door de breuk te reponeren. Vooral bij grote of meerdere breuken kan een CT- scan een goed aanvullend onderzoek zijn.

BEHANDELING

Indien er geen klachten zijn zal een littekenbreuk niet geopereerd hoeven te worden. In dit soort situaties kunnen korsetten, steunbandages en steunbroeken uitkomst bieden. Soms kan een steunbroek van het plaatselijke warenhuis of lingeriezaak uitkomst bieden. Maar de meer gecompliceerde breuken vragen om een aanpassing op maat. De kans op een ileus of beklemming, waardoor iemand met spoed geopereerd moet worden, varieert van 6 tot 14% (6).

Een littekenbreukcorrectie is geen gemakkelijk operatie. Er wordt geadviseerd om deze operatie alleen uit te voeren indien er een duidelijke indicatie is. Het is belangrijk om de risico's van operatie en conservatief beleid goed tegen elkaar af te wegen. Ook de grootte van de breuk en de conditie van de patiënt spelen een rol in het slagen van de operatie. Indien men besluit tot opereren, kan er bij een littekenbreukcorrectie, afhankelijk van de grootte van de breuk, gebruik gemaakt worden van een primaire sluiting of van kunststofmateriaal. Uit een aantal Nederlandse onderzoeken blijkt een recidiefpercentage na 3 jaar van 10-24% bij gebruik van kunststofmateriaal en van 43% bij de primaire sluiting (4).

Indien er wel operatief ingegrepen moet worden dient de patiënt goed geïnformeerd te worden over mogelijke gevolgen van de operatie zoals: de vorming van seroom, wondinfectie, kans op verklevingen, cosmetische gevolgen, pijn en kans op recidief.

Laparoscopische littekencorrecties kosten minder operatietijd en hebben een kortere opnameduur. Er worden minder wondinfecties en complicaties gezien in vergelijking met de conventionele operatie. Mensen zijn eerder in staat om weer te werken. Langere termijn effecten moeten nog verder worden bestudeerd (5).

Grote complicaties die voor kunnen komen, met name bij grote abdominale hernia's, zijn: infectie van de ingebrachte mat en enterocutane fistels. Dit kan lijden tot ernstige ziekteverschijnselen en heroperaties.



Foto 1 en 2

Hierboven ziet u een vrouw met een grote littekenbreuk. Mw. wil niet geopereerd worden en er is gekozen voor een aangepaste steunbroek. Deze is speciaal aangemeten en op maat gemaakt.

Grote breuken kunnen soms door de constante druk op de huid gevolgen hebben voor de dikte van de huid. Er kunnen hierdoor wondjes ontstaan door capillaire trombose die kunnen lijden tot een ulcus (foto 4).



Foto 4

Bestaande wonden sluiten soms niet door de constante druk van de hernia.



Foto 3

Maar ook bij huidtransplantaties na open buik behandeling foto 3, 5 en 6.

Hierbij kan een steunbandage, korset of steunbroek uitkomst bieden.

In ernstige (meestal uitzonderlijke) situaties kunnen er fistels ontstaan, vaak het gevolg van infectie van de ingebrachte mat foto 7.

***Marja Vink,**
gespecialiseerd verpleegkundige

In een volgend artikel zal er dieper ingegaan worden op soorten steunbandages.



Foto 7

LITERATUUR:

1. Nieuwenhuizen J.Halm J.A. Jeekel J. Lange F. *natural course of incisional hernia and indications for repair:* (okt. 2007)
2. Riet van 't M. Vos van Steenwijk de P.J. Bonjer H.J. Steyerber E.W. Jeekel J. *incisional hernia after repair of wound dehiscence incidence and risk factors.* Am Surg 70: 281-286 (2004)
3. Riet van 't M. Vos van Steenwijk de P.J. Bonjer H.J. Steyerber E.W. Jeekel J. *mesh repair for postoperative wound dehiscence in the presence of infection: is absorbable mesh safer than the non-absorbable mesh?* (June 2007)
4. <http://www.info-med.nl/herniae.htm>
5. Olmi S. Scaini G.C. Erba L. Croce E. *laparoscopic versus open incisional hernia repair: an open randomized controlled study* Surg Endosc 2007 Apr 21(4) 555-9
6. Courtney C.A. Lee A.C. Wilson C. O'Dwyer P.J. *Ventral hernia repair: a study of current practice.* hernia 2003;7(1):44-46
7. Coelho Zakwoordenboek der Geneeskunde Jochems A.A.F. Joosten F.W.M.G 29ste druk Elsevier 2009.



Foto 5



Foto 6