

# Richtlijn littekenbreuken

S. Janssen \*

Een op de tien abdominale incisies leidt tot een breuk, en jaarlijks worden er ongeveer 8.500 breuken operatief hersteld. Dit aantal vroeg om een richtlijn om aan te geven hoe we deze patiënten het beste kunnen helpen. Zeker patiënten met een complexe breuk ervaren een grote impact van deze breuk op hun kwaliteit van leven. Eind vorig jaar is de richtlijn littekenbreuken uitgebracht. Het is internationaal gezien de allereerste richtlijn littekenbreuken (1).

## Richtlijn

De richtlijn littekenbreuken richt zich op wat volgens de huidige maatstaven de beste zorg is voor volwassen patiënten met een of meerdere littekenbreuken in de voorste buikwand. In de richtlijn komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- de diagnostische waarde van beeldvormend onderzoek,
- classificatie van littekenbreuken,
- fysiotherapie voorafgaand aan de operatie,
- behandelopties voor een littekenbreuk,
- de meest optimale positie voor mesh bij een buikwandreconstructie,
- materiaal van de mesh bij een schone of gecontamineerde buikwandreconstructie,
- het sluiten van een littekenbreukpoort,
- nazorg,
- wondbehandeling (2).

Dr. Nienhuijs: 'Doel van de richtlijn is de zorg aan de patiënten met littekenbreuken te verbeteren en ongewenste praktijkvariatie terug te dringen. Met deze richtlijn wordt een aanzet gegeven tot registratie en tot vorming van meer buikwandnetwerken vooral voor de patiënten met complexe breuken. Zo lossen we de hiaten in de literatuur op (1).'

De richtlijn is primair bedoeld voor de behandelend medisch specialisten en andere zorgprofessionals die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met complexe littekenbreuken. Het initiatief voor de richtlijn is afkomstig van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH). De richtlijn is opgesteld door een multidisciplinaire commissie met vertegenwoordigers vanuit de chirurgie, fysiotherapie en verpleegkundig (2).

Er is gestart met een invitationale conference, om de wensen vanuit het werkveld met betrekking tot de richtlijn te inventariseren. Welke problemen ervaart men, en wat

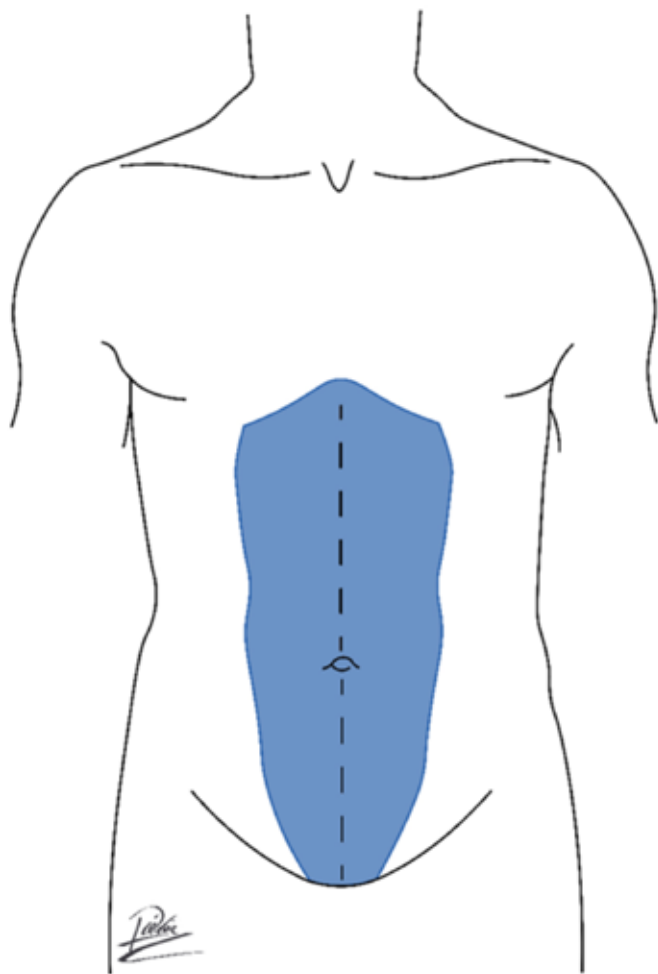
## De richtlijnencommissie bestond uit:

- Dr. S.W. (Simon) Nienhuijs, chirurg, werkzaam in het Catharina Ziekenhuis, Eindhoven, NVvH (voorzitter),
- Dr. T.J. (Theo) Aufenacker, chirurg, werkzaam in Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem, NVvH,
- E. (Elske) Berkvens, MSc, fysiotherapeut, werkzaam in het Elkerliek ziekenhuis, Helmond, KNGF,
- Prof. dr. M.A. (Marja) Boermeester, chirurg, werkzaam in het AMC, Amsterdam, NVvH,
- S. (Sandra) Janssen MSc, verpleegkundig specialist, werkzaam in het Elkerliek ziekenhuis, Helmond, V&VN,
- Dr. R.K.J. (Rogier) Simmermacher, chirurg, werkzaam in het UMC Utrecht, Utrecht, NVvH,
- Dr. T.S. (Tammo) de Vries Reilingh, chirurg, werkzaam in het Elkerliek ziekenhuis, Helmond, NVvH,
- P. (Pieter) Zwanenburg, promovendus, werkzaam in het AMC, Amsterdam.

## Met ondersteuning van:

- Dr. W.A. van Enst, senior-adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten,
- H. Kooijmans, adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten,
- D.P. Gutierrez, projectsecretaresse, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

zou men graag terug zien komen in de richtlijn. Vanuit deze inventarisatie is bekeken welke onderwerpen prioriteit hebben. Er werd gekozen voor een afbakening (littekenbreuken tussen de laterale grenzen van de musculus rectus abdominis), omdat parastomale hernia's en laterale breuken andere fenomenen kennen (1) (figuur 1). Verder is er aandacht besteed aan het patiëntenperspectief door patiënten te vragen naar hun ervaringen met de zorg



Figuur 1. Anatomisch gebied waarop de richtlijn littekenbreuk betrekking heeft (2).

rondom een littekenbreuk tijdens een groepsbespreking.

De belangrijkste knelpunten die tijdens dat groepsbespreking naar voren kwamen, zijn verwerkt in de richtlijn.

De conceptrichtlijn is tevens voor commentaar voorgelegd aan de Patiëntenfederatie Nederland (1).

Voor de inhoud van de gehele richtlijn littekenbreuken kunt u kijken op de website richtlijndatabase van de Federatie Medisch Specialisten. (2) In dit artikel wordt alleen ingegaan op het hoofdstuk wondbehandeling.

### Wondbehandeling na een littekenbreuk Module 9 van de richtlijn littekenbreuken (2)

Na hersteloperaties van een littekenbreuk worden wonden soms opengelaten of ze gaan door verhoogde (abdominale) druk open. Soms zie je in de wond de mesh liggen, wat de granulatievorming en epithelialisatie bemoeilijkt, en derhalve de wondgenezing vertraagt.

Bij grote buikwonden kan voor wat betreft de wondbehandeling gekozen worden voor conventionele verbandmaterialen, zoals natte gazen, “moderne” wondverbanden die

een vochtig wondmilieu bewerkstelligen of voor negatieve druktherapie (NDT). De richtlijn richt zich op de vraag of er een verschil is in genezingsstijd en patiëntcomfort tussen de “conservatieve” wondbehandelingsmogelijkheden en behandeling met NDT.

Daarnaast zien we de laatste jaren een opkomst van NDT op gesloten incisies, om Surgical Site Infections (SSI's) en overige complicaties, zoals bijvoorbeeld seroom en wonddehiscentie, te voorkomen. De richtlijn wil antwoord krijgen op de vraag of NDT op gesloten incisies bij littekenbreuken daadwerkelijk de kans op complicaties als SSI vermindert (2).

### Uitgangsvragen

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende zoekvragen:

1. Wat zijn de (on)gunstige effecten van negatieve druktherapie ten opzichte van andere wondbehandelingen ter behandeling van de open wond na een littekenbreuk?
2. Wat zijn de (on)gunstige effecten van (incisie)negatieve druktherapie ten opzichte van andere wondbedekkingen ter behandeling van de gesloten wond na een littekenbreuk?

### Belangrijkste resultaten met betrekking tot uitgangsvragen

Betreffende de eerste uitgangsvraag over negatieve druktherapie bij open wonden na littekenbreukoperaties zijn er geen studies gevonden die NDT vergeleken met andere wondbedekkingen op open buikwonden na een littekenbreukoperatie (2).

Voor wat betreft de tweede uitgangsvraag werd één systematische literatuurreview (Swanson, 2016) geïncludeerd (3). Swanson (2016) beschreef de resultaten van vijf retrospectieve, niet-gerandomiseerde studies (Gassman, 2015; Condé-Green, 2013; Olona, 2014; Pauli, 2013; Soares, 2015) (2,4-8)

Uit twee studies bleek dat wanneer NDT op de gesloten wond gegeven werd, het risico op een wonddehiscentie statistisch significant verkleind werd ( $P=0.001$ ) (3).

Alle geïncludeerde studies (in de systematische literatuurreview van Swanson (2016)) onderzochten het effect van NDT bij littekenbreuken op het voorkomen van postoperatieve wondinfecties (SSI). Het risico op een SSI was in de NDT-groep statistisch significant kleiner dan in de controlegroep ( $P < 0.0001$ ) (3).

Er waren ook significant minder operatiewondvoorvallen

(seroom, hematoom, necrotiserende huid en chirurgische complicaties) in de NDT-groep ten opzichte van standaard wondbedekking ( $P < 0,001$ ) (3).

De kracht van het wetenschappelijk bewijs geleverd door de literatuur werd door de richtlijncommissie bepaald volgens de Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) methode (9). De GRADE methodiek kijkt naar hoe het onderzoek is uitgevoerd.

Observationele studies beginnen “laag” in bewijskracht volgens de GRADE-methodiek en de manier waarop het onderzoek is uitgevoerd, bepaalt of dit niveau van bewijskracht verder verlaagd wordt. Door beperkingen in de onderzoeksopzetten van de geïncludeerde studies zegt de richtlijncommissie dat de bewijskracht zeer laag is (2).

### Overwegingen

Sinds de introductie van NDT in 1995, is het gebruik hiervan toegenomen tot wereldwijd dagelijks duizenden NDT-behandelingen (10). Er zijn verscheidene studies en reviews gedaan over NDT toegepast op wonden met een andere etiologie dan na een littekenbeukoperatie. In de overwegingen in de module “wondbehandeling na littekenbreuk” van de richtlijn littekenbreuken worden de Cochrane review van Dumville (2016) en de systematische review van Vikatmaa (2008) aangehaald (11,12). In deze studies was NDT minstens even effectief en in sommige studies effectiever dan de controlebehandeling (2).

*Behalve met de snelheid van wondgenezing dient ook rekening gehouden te worden met de voorkeuren van de patiënt*

De richtlijn merkt terecht op dat de resultaten van deze studies niet zonder meer overgenomen kunnen worden voor de behandeling van buikwonden die kunnen ontstaan na een littekenbeukoperatie. Met name het à vue liggen van de mesh kan de wondgenezing bemoeilijken. De praktijk laat zien dat het granulatieweefsel moeizaam over door de mesh groeit. NDT lijkt hier (practice-based) wel een meerwaarde te hebben (2).

Behalve met de snelheid van wondgenezing dient ook rekening gehouden te worden met de voorkeuren van de patiënt. Patiënten ervaren NDT wisselend. Een systematische review van Janssen (2016) naar de kwaliteit van leven van patiënten met NDT, laat zien dat de kwaliteit van leven aan het einde van de therapie verbetert, onafhankelijk van de therapie. In de eerste week NDT leidt NDT tot een lagere kwaliteit van leven, mogelijk door angst (13).

De richtlijn littekenbreuken zegt verder nog dat er meerdere studies gedaan zijn naar de kosteneffectiviteit van NDT. Materialen van NDT zijn weliswaar duurder, maar dit wordt gecompenseerd door lagere zorgverlenerskosten (minder zorgmomenten) en snellere wondheling (14,15).

De Richtlijn Littekenbreuken concludeert: “De keuze voor de therapie (NDT of anders) is patiëntafhankelijk. Er dient per patiënt bekeken te worden waar deze specifieke patiënt het best bij gebaat is. Afwegingen hierbij zijn het wel of niet à vue liggen van de mesh, de mate van angst bij de patiënt, de voorkeur van de patiënt voor de ene of de andere therapie et cetera” (2).

### Aanbevelingen

De richtlijn doet tot slot de volgende aanbevelingen:

1. Overweeg negatieve druktherapie (NDT) bij de behandeling van open buikwonden bij gesloten fascie na een littekenbeukoperatie.
2. Overweeg de gesloten incisie na een littekenbeukoperatie te behandelen met (profylactische) negatieve druktherapie (NDT) bij hoogrisico patiënten en gecontamineerde ingrepen.

### Literatuur

1. Kammeijer V, Nienhuijs S. **“We kunnen nu ongewenste praktijkvariatie terugdringen”**. NTvH, 2019;28(3):p.32-33.
2. Nederlandse Vereniging van Heelkunde (NVvH). Richtlijn Littekenbreuken. 2018 [cited 2019 october 16]; Available from: [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/littekenbreuken/wondbehandeling\\_na\\_littekenbreuk.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/littekenbreuken/wondbehandeling_na_littekenbreuk.html)
3. Swanson EW, Cheng H, Susarla SM, et al. **Does negative-pressure wound therapy applied to closed incisions following ventral hernia repair prevent wound complications and hernia recurrence? A systematic review and meta-analysis**. Plast Surg, 2016;24:113-8
4. Gassman A, Mehta A, Bucholdz E, et al. **Positive outcomes with negative pressure therapy over primarily closed large abdominal wall reconstruction reduces surgical site infection rates**. Hernia, 2015;19(2):p.273-8.
5. Conde-Green A, Chung T, Holton LH 3<sup>rd</sup>, et al. **Incisional negative-pressure wound therapy versus conventional dressings following abdominal wall reconstruction: a comparative study**. Ann Plast Surg, 2013;71(4):p.394-7.
6. Olona C, Duque E, Caro A, et al. **Negative-pressure therapy in the postoperative treatment of incisional hernioplasty wounds: a pilot study**. Adv Skin Wound Care, 2014;27(2): p.77-80.
7. Pauli EM, Krpata DM, Novitsky YW, et al. **Negative pressure therapy for high-risk abdominal wall reconstruction incisions**. Surg Infect (Larchmt), 2013;14(3):p. 270-4.
8. Soares KC, Baltodano PA, Hicks CW, et al. **Novel wound management system reduction of surgical site morbidity after ventral hernia repairs: a critical analysis**. Am J Surg, 2015;209(2):p.324-32.
9. Grading of Recommendations Assessment, Development

and Evaluation (GRADE) Working Group. Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE). 2016 [cited 2019 october 16]; Available from: <http://www.gradeworkinggroup.org/>

10. Gregor S, Maegele M, Sauerland S, et al. **Negative pressure wound therapy: a vacuum of evidence?** Arch Surg, 2008;143(2):p.189-96.
11. Dumville JC, Owens GL, Crosbie EJ, et al. **Negative pressure wound therapy for treating surgical wounds healing by secondary intention.** Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015(6).
12. Vikatmaa P, Juutilainen V, Kuukasjarvi P, et al. **Negative pressure wound therapy: a systematic review on effectiveness and safety.** Eur J Vasc Endovasc Surg, 2008;36(4):p.438-48.
13. Janssen AH, Mommers EH, Notter J, et al. **Negative pressure wound therapy versus standard wound care on quality of life: a systematic review.** J Wound Care, 2016;25(3):p.154, 156-9.
14. Leon de JM, Barnes S, Nagel M, et al. **Cost-effectiveness of negative pressure wound therapy for postsurgical patients in long-term acute care.** Adv Skin Wound Care, 2009;22(3):p.122-7.
15. Driver VR, Eckert KA, Carter MJ, et al. **Cost-effectiveness of negative pressure wound therapy in patients with many comorbidities and severe wounds of various etiology.** Wound Repair Regen, 2016;24(6):p.1041-1058.

Met dank aan dr. S.W. Nienhuijs voor input voor de tekst in deze inleiding. Zie ook het artikel gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Heelkunde - jaargang 28 - nummer 3 - mei 2019 (1).

\* Sandra Janssen, verpleegkundig specialist Wondzorg,  
MSc Health & Social Care, Elkerliek Ziekenhuis