

Abdominale heelkunde

# Liesbreuk



# Beste patiënt,

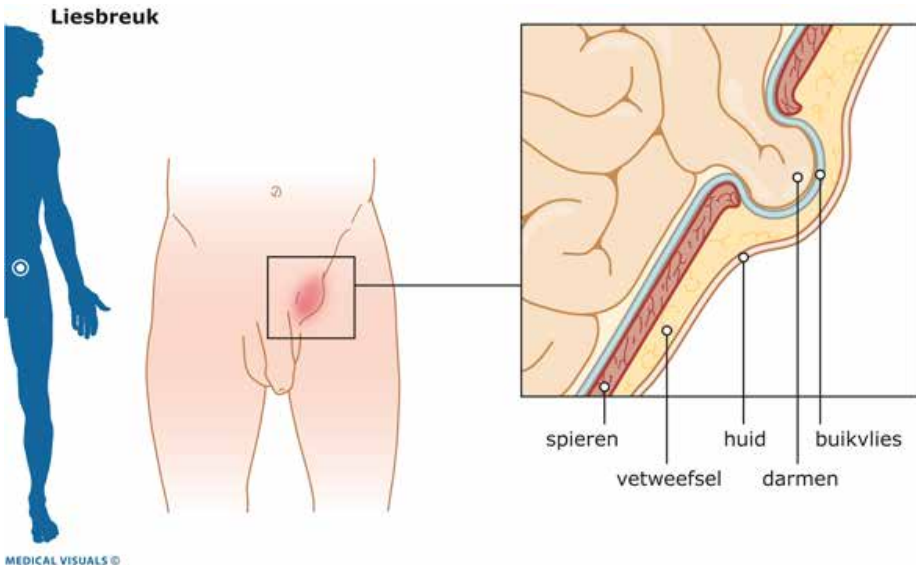
## Wat is een liesbreuk?

Een liesbreuk is een uitstulping van het buikvlies die via een zwakke plek in de buikwand ter hoogte van de liesstreek onder de huid verschijnt. Deze uitstulping (breukzak) kan groter worden door zwaar heffen, persen bij moeilijke stoelgang, chronisch hoesten, overgewicht of gewoon de leeftijd.

In de breukzak is er in de meeste gevallen enkel vetweefsel aanwezig, maar soms ook een stukje darm, dit noemen we de breukinhoud.

Afhankelijk van de precieze inhoud, kan er een moeilijke stoelgang zijn of last bij het plassen. Als deze breukinhoud niet meer kan teruggliden of worden weggeduwd, spreken we over een ingeklemde breuk of klembreuk.

De typische klacht bij een liesbreuk is een zeurend of branderig gevoel in de liesstreek dat erger wordt bij inspanning. Indien deze uitstulping pijnlijk of rood wordt van kleur, is er een dringende ingreep nodig.



## Hoe wordt de diagnose gesteld?

Meestal kan de diagnose gewoon op de consultatie worden gesteld via lichamelijk onderzoek door de huisarts of chirurg. Soms kan een echografisch onderzoek van de liezen of - in uitzonderlijke gevallen - een CT-scan nuttig zijn.

## Is een operatie nodig?

Een liesbreuk geneest nooit vanzelf en wordt meestal geleidelijk aan groter. Wanneer een liesbreuk klachten veroorzaakt, zeer groot is of wanneer er gevaar voor inklemming bestaat, kan er best een operatieve behandeling worden uitgevoerd. Het operatief herstellen van een liesbreuk is geen zware operatie, ook voor patiënten die bijkomende risicofactoren hebben.

Er bestaan twee soorten operaties: **de kijkoperatie en de klassieke operatie**. Beide technieken worden in ons ziekenhuis uitgevoerd. Op de consultatie bij de chirurg wordt er met jou besproken welke techniek er wordt toegepast, ook een eventuele voorkeur kan dan besproken worden.

Soms wordt de techniek bepaald op basis van het breukvolume of eventuele vroegere ingrepen of behandelingen (bv. bestraling) die je hebt ondergaan.

## De kijkoperatie

De kijkoperatie gebeurt steeds onder **volledige verdooving**. Er worden 3 kleine insnedes gemaakt in de buikwand voor het inbrengen van de buisjes voor de camera en werkinstrumenten. Vervolgens wordt er gas geblazen tussen de spieren en het buikvlies of in de buik zelf, zodat er een ruimte ontstaat die zichtbaar wordt op een televisiescherm. Met behulp van dit beeld wordt de breukinhoud terug op zijn plaats gebracht en wordt er een netje ingebracht tussen de buikspieren en het buikvlies om zo de zwakke plek(ken) te bedekken.

## De klassieke operatie

De klassieke operatie kan onder **volledige of epidurale verdoving** uitgevoerd worden. Hierbij wordt slechts één insnede gemaakt in de lies of de onderbuik. De breukzak wordt terug op zijn plaats geduwd en er wordt ter hoogte van de zwakke plek een netje ingebracht tussen de buikspieren en het buikvlies of tussen de buikspieren zelf om zo de zwakke plek(ken) te bedekken.

## Het verschil

Beide operaties zijn evenwaardig, ook betreft het ongemak na de ingreep of de duur van het herstel. Belangrijk is dat je chirurg de techniek kiest waarin hij/zij zelf het meest bedreven is en de techniek die het meest geschikt is voor jouw breuk.

De kans dat een liesbreuk opnieuw optreedt na de ingreep is kleiner dan 1%. Vroegere ingrepen kunnen hier invloed op hebben en zorgt voor een iets grotere kans op herval.

## De opname

**Lees vooraf grondig het chirurgisch patiëntenboekje door en vul dit zo correct en volledig mogelijk in, eventueel met hulp van jouw huisarts.**

Op de afgesproken opnamedag meld je je aan in het ziekenhuis. Tenzij anders afgesproken, word je opgenomen op de dag van de ingreep en kom je **nuchter**. Vergeet het ingevulde en getekende formulier thuismedicatie, de preoperatieve vragenlijst en eventueel op voorhand uitgevoerde onderzoeken niet mee te nemen en af te geven aan de verpleegkundige. Je hoeft je op voorhand niet te scheren.

Eens op de kamer zal een verpleegkundige je voorbereiden en uitleg geven over pijnstilling, medicatie bij misselijkheid, .... Je zal met een stift een pijltje moeten plaatsen aan de kant van je operatie. Denk er aan zo kort mogelijk voor de ingreep nog eens te **plassen**.

In het operatiekwartier wordt er een **infuus** geplaatst en zullen er nog enkele vragen gesteld worden. Sommige vragen worden meermaals gesteld door verschillende personen, dit is bedoeld om jouw veiligheid maximaal te garanderen.

Vervolgens wordt de **verdooving** ingespoten waardoor je in slaap valt en de ingreep kan beginnen. De duur van de ingreep kan variëren, dit heeft geen invloed op je herstel achteraf.

Op het einde van de ingreep wordt er eventueel een **drainagebuisje** geplaatst in de wonde om mogelijk bloed op te vangen. Je blijft nog een tijdje in de ontwaakruimte in het operatiekwartier.

Eens terug op de kamer word je opgevangen door de verpleegkundige. Heb je pijn, voel je je misselijk of ondervind je enig ander ongemak, mag je altijd het belletje gebruiken.

Bij een dagopname wordt het drainagebuisje al na enkele uren verwijderd. Als er met jou een opname werd besproken, wordt het drainagebuisje pas de ochtend na de ingreep verwijderd.

2 uur na de ingreep krijg je iets te drinken en te eten. Kan je comfortabel stappen? Dan mag je naar huis. Je mag in geen geval zelf met de wagen naar huis rijden.

**Vraag op tijd aan de arts die jouw ontslag regelt de nodige papieren voor jouw werk of verzekering.**

## Thuis: en nu?

Verwittig steeds jouw **huisarts** zodra je terug thuis bent. Overhandig jouw huisarts de ontslagbrief als je deze heeft meegekregen. Meestal is er ook reeds een digitale versie in zijn/haar bezit.

Je kan het best de **pijnstillers** nemen zoals aangegeven op het verpleegkundig ontslagblad dat je bij ontslag uit het ziekenhuis meekreeg.

Je mag thuis meteen rondstappen, ook op de trap. Als je je goed voelt, mag je de eerste dagen al een kleine wandeling maken en zelf met de wagen rijden. Wees wel **voorzichtig met de buikspieren** bij het in- en uitstappen en gebruik hiervoor zeker ook jouw armen - ook als je uit bed of uit de zetel komt.

**De eerste 3 weken na de ingreep mag je niets zwaar tillen, niet sporten noch fietsen.**

Ontsmet zelf om de 2 dagen de **wondjes** van de ingreep en breng nadien een nieuw verband aan. Indien nodig kan je ook een beroep doen op thuisverpleging.

Heb je zichtbare hechtingen, dan mogen deze 10 à 12 dagen na de ingreep door jouw huisarts worden verwijderd. Douchen mag vanaf de tweede dag na de ingreep, een bad pas na 2 weken.

Let er op om **veel te drinken** om een vlotte stoelgang mogelijk te maken.

**Het is belangrijk dat je deze instructies volgt, anders loop je het risico op complicaties of een nieuwe liesbreuk.**

## **Mogelijke complicaties**

Zoals bij iedere ingreep kan er wel eens een **bloed- of vochtuitstorting** ontstaan, of zelfs een bloeding die operatief gestelpt moet worden. Dit laatste komt echter zelden voor. Een bloed- of vochtuitstorting verdwijnt meestal spontaan, soms wel traag. Regelmatig treedt er een **blauwe verkleuring van de genitaliën** op, die

vanzelf verdwijnt zoals een andere blauwe plek.

Een wondontsteking, kwetsuren van naburige organen, thrombose of longontsteking kunnen voorkomen, maar zijn eveneens zeer zeldzaam. Soms kun je **kort na de ingreep moeite hebben met plassen**. Dit komt deels doordat de prothese tegen de blaas drukt. Dit gevoel verdwijnt meestal binnen 24 uur. Als spontaan plassen niet lukt, kan het nodig zijn om je blaas éénmalig te ledigen met een sonde via de plasbuis. Als je in het dagziekenhuis geopereerd wordt, mag je pas naar huis gaan als je normaal hebt kunnen plassen.

De eerste twee tot drie weken na de operatie is het **normaal om pijn te hebben bij de sneetjes en in de lies**. Deze pijn zal geleidelijk verdwijnen. Bij mannen kan de zaadstreng of de teelbal zeer gevoelig zijn door de manipulatie tijdens de operatie. In sommige gevallen kan er chronische pijn ontstaan. Dan kan een infiltratie van het pijnpunt, een behandeling via het pijncentrum of eventueel een tweede operatie nodig zijn.

Zijn er symptomen die afwijken van bovenstaande, neem je contact op met je huisarts of chirurg om een eventuele complicatie vast te stellen.



# AZ Rivierenland is als dynamisch ziekenhuis jouw partner in de zorg

Samen met ons netwerk van zorgverleners garanderen onze medewerkers kwaliteitsvolle en veilige zorg voor elke patiënt dicht bij huis.

## CAMPUS RUMST

's Herenbaan 172 | 2840 Rumst

03 880 90 11

spoedgevallen: 03 880 95 20

## CAMPUS BORNEM

Kasteelstraat 23 | 2880 Bornem

03 880 90 11

spoedgevallen: 03 890 16 03

ref.: 50006048 - 50120673

versie: 02/08/2024

eigenaar: dr. Hugo Bontinck, arts algemene heekkunde

v.u.: Sofie Vermeulen, communicatieverantwoordelijke

Maatschappelijke zetel:

vzw AZ Rivierenland | 's Herenbaan 172 | 2840 Rumst

RPR 0416 851 659 | Erkenningsnummer 104 | Bevoegde rechtbank: Antwerpen

[www.azrivierenland.be](http://www.azrivierenland.be) | [info@azr.be](mailto:info@azr.be)

