

# Het liesbreukrecidiefprobleem

DOOR DR. W. C. ALSEMGEEST, CHIRURG TE CULEMBORG

Ook bij leken is het bekend, dat breuklijden door een operatie verholpen, in vele gevallen weer door breuklijden wordt gevolgd. Veel liesbreukpatiënten ondergaan in de loop der jaren verschillende operaties, vaak zonder blijvend succes. Het behoeft geen betoog dat het voor patiënten een onaangename ervaring is te merken, dat de breuk waarvoor zij een operatie hebben ondergaan weer is teruggekomen, zeker als dit het geval is na een tweede, derde of volgende behandeling. Ook voor de chirurg is het niet prettig te vernemen dat zijn operatie niet tot het gewenste resultaat heeft geleid. Iedere chirurg weet uit ervaring dat verschillende van zijn patiënten een recidief zullen krijgen, maar hoevelen dat zijn kan pas uit een naonderzoek duidelijk worden.

Brücke (1963) vermeldt dat het aantal recidieven meestal hoger is dan door de operateur wordt geschat. *Koopmans* en *Van der Slikke* (1960) kwamen door een onderzoek tot dezelfde conclusie. Hoogstwaarschijnlijk is het zo, dat het liesbreukrecidiefpercentage door iedere chirurg bij eigen patiënten te optimistisch wordt geschat. Slechts de huisartsen en de controlerende geneesheren die hun patiënten regelmatig terug laten komen voor controle, weten hoevelen een recidief krijgen (*Van de Wetering* 1960). Tweederde van het totale aantal recidieven ontstaat volgens Van de Wetering binnen het eerste jaar na de operatie. *Baryschnikow* (1961) vond een dergelijk tijdsinterval bij ruim viervijfde van het aantal recidieven. In het tweede jaar na de operatie is dus reeds met voldoende zekerheid te bepalen hoe de uiteindelijke resultaten van de behandelde liesbreuken zullen zijn en iedere chirurg zal dit, zonder dat een en ander buitensporige werkzaamheden vergt, bij zijn patiënten kunnen nagaan.

De literatuur betreffende de behandeling van liesbreuken is zo enorm uitgebreid, dat het voor de chirurg ondoenlijk is een weg te vinden in de talrijke behandelingsmethoden. De ruim 70 variaties op enige standaardmethoden, waarvan de Bassini-plastiek de belangrijkste en de bekendste is, bewijzen echter wel dat er steeds een streven is geweest naar verbetering van de resultaten, dat wil zeggen naar verkleining van het recidiefpercentage. Hoewel een herniotomie niet tot de „stratosfeer”-chirurgie behoort, dient deze toch niet te worden opgevat als een onbetekenende operatie. Al is het operatierisico gering, het aantal recidiefoperaties (2500-3000 per jaar in Nederland) bewijst, dat het niet „maar een breukoperatie” is.

Hierop wijst ook de uitspraak van Ogilvie: „I know more than a hundred surgeons whom I should cheerfully allow to remove my gallbladder, but only

one to whom I should like to expose my inguinal canal.”

Vast staat dat zeer veel patiënten die een recidief hebben gekregen niet overgaan tot een heroperatie, of dat zij pas na vijf, tien en nog meer jaren hiertoe besluiten, vaak eerst na jarenlang breukbanden te hebben gedragen.

*Monasch* (1964) stelt dat, aangezien vrijwel alle auteurs opgeven dat zij tot tien procent recidiefbreuken opereren (*Van de Wetering* en *Monasch* respectievelijk dertien en twaalf procent van alle manlijke patiënten, *Alsemgeest* (1964) elf procent van de manlijke patiënten ouder dan 22 jaar), het recidiefpercentage moet liggen om en nabij de 30 procent. Hij komt tot dit percentage omdat ten eerste een aantal patiënten niet weet dat een recidief is ontstaan en ten tweede omdat een groot aantal patiënten met een recidiefbreuk niet tot heroperatie overgaat.

*Scheibe* (1963) vermeldt dat tweederde van zijn patiënten met een recidiefbreuk niet tot heroperatie overging. Van de 99 patiënten die na een primaire operatie door Scheibe verricht, een recidief kregen gingen er 33 tot heroperatie over. Twintig van hen werden door Scheibe zelf opnieuw geopereerd waarna weer vijf recidieven optraden. Dertien patiënten werden door anderen opnieuw geopereerd, bij hen ontstonden negen recidieven. Er ontstonden dus totaal veertien recidieven en hiervan werden er vijf verschillende malen opnieuw geopereerd, met slechts in een geval een blijvend succes. Van de 33 patiënten die twee of meer operaties ondergingen hielden er dus dertien een recidief, dat wil zeggen 40 procent. Omdat zij niet tot heroperatie overgingen hielden 66 patiënten na de eerste operatie een recidief. Van de 99 patiënten met een recidief hielden er tenslotte dus 79 patiënten een recidief.

\* \* \*

Aangezien het aantal liesbreukoperaties per jaar in Nederland wordt geschat op 25000 en het aantal liesbreukrecidiefoperaties per jaar op 2500 tot 3000 (*Van de Wetering*) zou dit, indien de cijfers van Scheibe overeenkomen met die van Nederland, betekenen dat er in Nederland per jaar ongeveer 350 patiënten bijkomen, die na herhaalde operaties niet meer van hun breuklijden afkomen. Bovendien zou dit betekenen dat het totale aantal dergelijke patiënten in Nederland is te schatten op verscheidene duizenden, terwijl het aantal patiënten dat met een

onbehandelde recidiefbreuk, al dan niet met een breukband, blijft rondlopen een veelvoud moet be- dragen van dit laatste cijfer.

Gezien de door verschillende auteurs vermelde recidiefpercentages, moet een recidiefpercentage van 10 procent onafhankelijk van de toegepaste methode, tot een goed resultaat worden gerekend. Door mij werden in een betrekkelijk korte periode, namelijk ruim twee jaar, 477 manlijke patiënten, ouder dan 22 jaar, behandeld. Dezen hadden in totaal 528 liesbreuken, waaronder 58 recidiefbreuken. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 52 jaar. 159 patiënten waren ouder dan 60 jaar, van wie 42 ouder dan 70 jaar. 24 patiënten hadden breukbanden gedragen, van wie acht patiënten langer dan tien jaar. Vijf patiënten werden voor de derde maal eenzijdig geopereerd. Twee patiënten werden voor de derde maal dubbelzijdig behandeld. Een patiënt, 41 jaar oud, was reeds viermaal zowel rechts als links behandeld, hij kreeg weer een dubbelzijdig recidief.

Bij de behandeling van deze 528 liesbreuken werd door mij toegepast:

de Bassiniplastiek met matrasnaden volgens Landman, Kondrai 134 maal;

de Kirschnerfascie (aponeurose)-plastiek bij 357 patiënten;

de versterking van de Bassiniplastiek met matrasnaden met Crinoplaque (een nylonplaat) 37 maal.

*De Bassiniplastiek met matrasnaden.* Dit is een modificatie van de oorspronkelijke Bassiniplastiek. Bij deze laatste wordt de musculus abdominis internus aan het ligament van Poupart gehecht met geknoopte linnen hechtingen. Het bezwaar hiervan is dat het weefsel dat binnen de knoop ligt afsterft en dat tenslotte de verbinding uit littekenweefsel bestaat. Bij de Bassiniplastiek met matrasnaden blijft er door het aanleggen van 1 tot 1½ cm brede matrasnaden tussen het ligament van Poupart en de musculus abdominis internus, die zo dik mogelijk moet worden meegepakt, een functionerende spierbundel bestaan, welke varieert in dikte, afhankelijk van de ontwikkeling van de musculus abdominis internus, maar waarvan de levensvatbaarheid is verzekerd, aangezien noch de spiervezels, noch de tussen de spiervezels gelegen bloedvaten en zenuwen worden gestranguleerd. De matrasnaden mogen niet snoerend, maar moeten „vast adapterend” worden aangelegd. Kondrai (1963) beschrijft deze modificatie op de Bassiniplastiek als een nieuwe en betere behandelingswijze van liesbreuken. Landman past deze methode echter al sedert 1940 toe. Kondrai vermeldt een recidiefpercentage van slechts vijf procent, hetgeen overeenkomt met de resultaten bij de door mij sedert 1952 volgens deze methode behandelde patiënten.

*De Kirschnerfascie (aponeurose)-plastiek.* Hierbij wordt na de achterwandsplastiek de aponeurose van de musculus obliquus abdominis externus onder

de funiculus door gehecht. Deze fascie-plastiek werd toegepast in de veronderstelling daarmede de resultaten van de Bassiniplastiek met matrasnaden nog te verbeteren. De Kirschnerfascieplastiek was bij mijn patiënten echter aanleiding tot een recidiefpercentage van bijna elf procent.

*De versterking van de Bassiniplastiek met matrasnaden met Crinoplaque.* Hoewel in de chirurgie algemeen gebruik wordt gemaakt van lichaamsvreemd materiaal bij de behandeling van fracturen en dit in de vaatchirurgie eveneens geschiedt, is het eigenlijk merkwaardig, dat maar enkele chirurgen gebruik maken van lichaamsvreemd materiaal bij de behandeling van liesbreuken. In Franse publikaties wordt het gebruik van lichaamsvreemd materiaal regelmatig vermeld en aanbevolen (Zagdoun 1959). Mijns inziens moet van lichaamsvreemd materiaal gebruik worden gemaakt als de toestand van de weefsels dat vereist. Bij grote scrotaalbreuken die reeds jarenlang bestaan, bij grote directe breuken en bij vele recidiefbreuken, kortom in alle gevallen waar de spierplaat door overrekking, atrofie, vetting of verbindweefseling in een slechte toestand verkeert en de aponeurose van de musculus obliquus abdominis externus, evenals het ligament van Poupart, dun en gespleten is, kan geen enkele plastiek, ook niet de Bassiniplastiek met matrasnaden, een recidief voorkomen of uitsluiten, evenmin als de fascie (aponeurose) plastieken dat kunnen. Dit geldt eveneens indien er een hoge insertie van de musculus abdominis internus bestaat. Van de Wetering keurt de methode van Hackenbruch af op naar mijn mening gefundeerde gronden en hij veroordeelt het al dan niet in zijn schede transplanteren van de musculus rectus abdominis.

\* \* \*

Naar mijn mening is de recidiefkans in bovengenoemde gevallen slechts te verminderen door het versterken van de aangebrachte plastiek met bijvoorbeeld Crinoplaque, een nylonplaat vervaardigd door Laboratoires Fandres te Nancy of volgens de methode Leacock-Rowley-Moloney (1960), waarbij met een dikke nyloodraad een „traliwerk” wordt aangelegd tussen de „conjoined muscle” en het ligament van Poupart, ter versterking van de achterwand. Deze methode werd door mij thans ongeveer 60 maal toegepast. De Crinoplaque moet glad over de Bassiniplastiek worden aangelegd en mag in geen geval „bollen”, aangezien dit ingroei en verbindweefseling belemmert hetgeen er toe kan leiden dat het vreemde materiaal weer moet worden verwijderd. De Crinoplaque verandert tenslotte in een enkele millimeters dikke bindweefselplaat en is dus te beschouwen als een „inwendig corset”. De Crinoplaque moet worden gemodelleerd en gefixeerd aan „vaste steunpunten” namelijk het tuberculum pubicum en zonodig de spina iliaca anterior en de linea alba. Als „vrij vast steunpunt” wordt door mij beschouwd en altijd gebruikt het ligament van Pou-

part en de bovenlap van de aponeurose van de musculus obliquus abdominis externus.

Indien men het „recidiefprobleem” wil oplossen, zal men moeten beginnen met te streven naar een zo afdoend mogelijke behandeling van de primaire breuk. Natuurlijk speelt daarbij behalve de gebruikte methode, de techniek en ervaring van de chirurg en de toestand van de weefsels, die gebruikt moeten worden voor de achterwandsplastiek, een belangrijke rol. Het spreekt vanzelf dat de toestand van de weefsels bij een recidiefbreuk in het algemeen ongunstiger is, dan bij een primaire breuk. De recidiefkansen na behandeling van een recidiefbreuk zijn daarom reeds aanzienlijk hoger dan die na behandeling van een primaire breuk.

Het naonderzoek leverde de volgende resultaten op (zie tabel 1).

Tabel 1. Resultaten van verschillende breukoperatietechnieken bij naonderzoek, uitgedrukt in het percentage recidieven.

Operatiemethode	Aantal breuken	Aantal recidieven	Recidiefpercentage
Bassini (matrasnaden)	134	7	5
Kirschnerplastiek . . .	357	39	11
Crinoplaque . . . . .	37	1	3

De 37 Crinoplaque implantaties werden verricht bij grote en zeer grote scrotaalbreuken, grote enkel- en dubbelzijdige directe breuken en bij zeven recidiefbreuken. Een patiënt, 69 jaar oud, kreeg een recidief naast de Crinoplaque. De duur van de operatie heeft geen invloed op het recidiefpercentage. Op de 295 enkelzijdige breuken waren 40 „moeilijke breuken” gezien de operatieduur, die langer dan 40 minuten was. Van deze 40 recidiveerden er twee. De methode van anesthesie heeft geen invloed op het recidiefpercentage. Lokaalanesthesie beïnvloedt dit percentage niet in ongunstige zin. Van de 431 breuken die onder plaatselijke verdoving werden behandeld recidiveerden er 33. Kondrai opereert onder lokaal- of onder periduraalanesthe-

sie, Scheibe onder lokaalanesthesie, met gunstig resultaat.

*Samenvatting.* Vele patiënten ondergaan vaak zonder resultaat verscheidene liesbreukoperaties. Terwijl zich verschillende duizenden patiënten in Nederland moeten bevinden die niet meer van hun breuklijden afkomen, komen er per jaar waarschijnlijk 350 patiënten bij. Het aantal patiënten dat met een niet behandelde recidiefbreuk, al dan niet met een breukband, door het leven gaat bedraagt een veelvoud van het laatste getal.

De Bassiniplastiek met matrasnaden is een eenvoudige, effectieve methode van achterwandsversterking met een recidiefpercentage van slechts vijf tot zes).

Dit recidiefpercentage wordt groter bij toepassing van de fascieplastiek volgens Kirschner. De duur van de operatie heeft geen ongunstige invloed op het recidiefpercentage, evenmin de plaatselijke verdoving. Afhankelijk van de toestand van de weefsels is toepassing van lichaamsvreemd materiaal aan te bevelen ter versterking van de plastiek. Het recidiefpercentage wordt hierdoor kleiner. De behaalde resultaten met Crinoplaque, een nylonplaat, wijzen daarop.

*Summary.* The inguinal hernia relapse problem. Many patients submit to several operations for inguinal hernia, often without success. In the Netherlands there must be several thousands of patients with a refractory inguinal hernia, and some 350 new cases are added to this number every year. The number of patients with an untreated hernia relapse, using or not using a truss, must be several times as large.

The Bassini procedure with mattress sutures is a simple, effective technique of reinforcing the posterior wall, with a rate of relapse not exceeding 5-6%. This rate of relapse is unfavourably influenced by the fascia repair procedure according to Kirschner. The duration of the intervention has no unfavourable effect on the rate of relapse, nor has local anaesthesia. Dependent on the condition of the tissues, application of alloplastic material to strengthen the repair is advisable. It favourably affects the rate of relapse, as indicated by the results obtained with a nylon plate called Crinoplaque.

Alsemgeest, W. C. (1964) De Bassiniplastiek met matrasnaden en het gebruik van lichaamsvreemd materiaal bij de behandeling van liesbreuken. Academisch proefschrift, Amsterdam. Schotanus en Jens, Utrecht.

Baryschnikow, A. I. (1961) Zbl. Chir. 20, 1275.

Koopmans, F. A. en W. van de Slikke, (1960) Arch. Chir. Neerl. 12, Fasc. 1.

Kondrai, G. (1963) . Zbl. Chir. 22, 850.

Leacock, A. G. en R. K. Rowley (1960) Lancet, I, 18.

Monasch, S. (1964) Breuken in het liesgebied. Academisch proefschrift, Amsterdam. Universitaire Pers, Rotterdam.

Scheibe, W. (1963) Zbl. Chir. 45, 1778.

Wetering van de H. (1960) Over de behandeling van liesbreuken. Academisch proefschrift, Leiden. Roelants, Schiedam.

Zagdoun, J. (1959) Mém. Acad. Chir. 85, no. 28.