

Complicaties van liesbreukoperatie en Pfannenstiel-incisie onvoldoende herkend

Chronische liespijn onderschat probleem

dr. Maarten Loos, aios chirurgie
dr. Marc Scheltinga, chirurg
dr. Rudi Roumen, chirurg

Máxima Medisch Centrum,
Veldhoven

Maarten Loos promoveerde op 29 september op dit onderwerp. Het proefschrift is op aanvraag bij hem verkrijgbaar en in te zien op www.liespijn.nl.

Correspondentieadres:
loosmaarten@hotmail.com;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Chronische pijnklachten na een liesbreukoperatie of Pfannenstiel-incisie komen vaak voor. Artsen plakken daar geregeld het stempel 'psychisch' op, terwijl de klachten met een neurectomie blijvend verholpen kunnen worden.

Een 43-jarige vrachtwagenchauffeur onderging een open liesbreukcorrectie met kunststof mat. Direct na de operatie klaagde de patiënt over ernstige pijn in de liesregio uitstralend naar de binnenzijde van het bovenbeen en schaamstreek. Zijn dagelijks functioneren werd fors beperkt. De geconsulteerde chirurg kon geen oorzaak vinden en stelde voor om af te wachten. Omdat de chauffeur drie maanden later nog steeds niet in staat was om te werken, stelde de bedrijfsarts aangepast werk voor. Inmiddels begon zijn gezinsleven eronder te lijden. Spelen met zijn kinderen kon hij niet meer en er traden relatieproblemen op. Bovendien voelde hij tijdens seksuele activiteiten ernstige pijscheuten in zijn scrotum.

Psychosociale hulp

De patiënt werd door zijn huisarts naar het pijnteam verwezen. Onder verdenking van neuralgie werd hij enkele malen behandeld met plaatselijke lidocaïne-injecties, met slechts kortdurend resultaat. Hoewel behandeling met *transcutaneous electrical nerve stimulation* (TENS) enige verlichting bood, vond hij de apparatuur uiterst onhandig. Een zenuwblokkade op rugniveau had weinig effect. In dit stadium was hij volledig arbeidsongeschikt geworden en werd hem geadviseerd psychosociale hulp te zoeken. Hij moest leren omgaan met zijn pijn. Aan de pijnmedicatie werd gabapentine toegevoegd, met alleen duizeligheid en concentratiestoornissen tot gevolg.

Patiënt bezocht ruim twee jaar na zijn initiële liesbreukoperatie ons liespijnspreekuur. Onder de diagnose 'zenuwbeklemming samenhangend met de liesbreukcorrectie' werd een beknelde lieszenuw (de nervus ilioinguinalis) verwijderd.

Vrijwel direct postoperatief voelde hij zich opgelucht. De initiële pijn was verdwenen en had plaatsgemaakt voor 'gewone' wondpijn. Na een paar weken functioneerde hij weer normaal en uiteindelijk kon hij zijn beroep als vrachtwagenchauffeur weer volledig uitoefenen. Ook de pijnklachten bij ejaculatie verdwenen. Drie jaar na dato vergaat het de man, blijkens een door ons uitgevoerde follow-up enquête, nog steeds goed.

Keizersnede

Helaas staat deze casus niet op zichzelf. Jaarlijks worden er in Nederland ongeveer 30 duizend liesbreukoperaties verricht.¹ Diverse studies tonen aan dat deze routine-ingreep bij ongeveer één op de tien patiënten tot chronische pijn leidt.² Bij 2 procent van de patiënten (600 nieuwe casussen per jaar) gaat het om ernstige pijn met forse beperkingen op sociaal en professioneel vlak. Veelal betreft dit jonge mannen die nog een groot deel van hun arbeidzame leven voor zich hebben. Ongeveer een kwart van de totale groep pijnpatiënten ervaart een onaangenaam gevoel tijdens seksuele activiteiten (vooral pijn tijdens of na de ejaculatie). Hier wordt in de dagelijkse praktijk amper aandacht aan geschonken.

Na een paar weken waren de pijnklachten verdwenen

De beschreven casus zou ook – mutatis mutandis – op een patiënte na een keizersnede betrekking kunnen hebben. De zogenaamde Pfannenstiel-incisie wordt zeer vaak gebruikt als toegangsweg voor obstetrische en gynaecologische procedures (het meest frequent bij sectio caesarea: 28 duizend per jaar), en tegenwoordig ook steeds vaker bij bijvoorbeeld laparoscopische (colon)chirurgie om het vrijgeprepareerde orgaan uit de buik te verwijderen. Hoewel deze

incisie over het algemeen met een fraai cosmetisch resultaat en weinig littekenbreuken gepaard gaat, kan ze eveneens leiden tot chronisch pijn in onderbuik of liesregio.³ Na twee jaar blijkt dat bij één op

de twaalf vrouwen pijnklachten ter plaatse van het litteken resterend. Ongeveer 1 tot 2 procent ervaart ernstige pijn met functionele beperkingen. Net als bij mannen na liesbreukchirurgie kan dit bij vrouwen gepaard gaan met dyspareunie en seksuele klachten (postorgasmepijn).

Beknelling

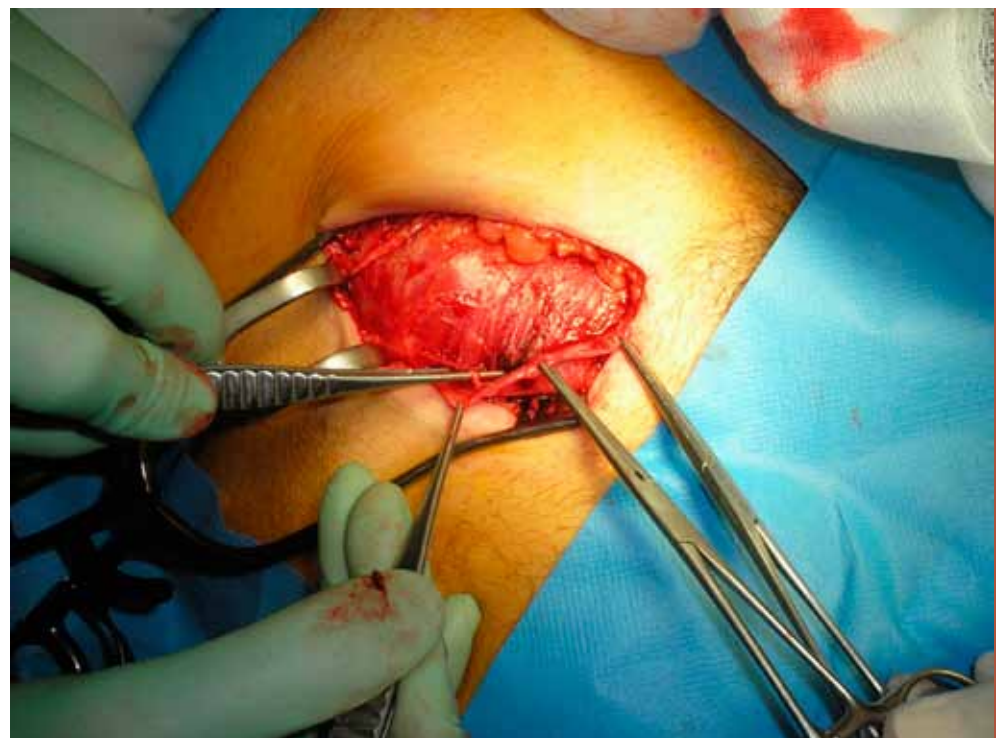
Over het algemeen lijkt er onder behandelaars weinig kennis te bestaan over de oorzaken van chronische pijn na liesbreukchirurgie of een Pfannenstiel-incisie. Het belangrijkste is om na te gaan of de pijn oorzaak primair samenhangt

met een van de lieszenuwen (nervus ilioinguinalis, iliohypogastricus of genitofemoralis).⁴ In meer dan de helft van de gevallen is er namelijk sprake van zenuwpijn door beknelling of beschadiging van een of meerdere gevoelszenuwen in de lies.

Bij liesbreukchirurgie kan dit ontstaan door een hechting of littekenvorming rond de ingebrachte kunststof mat. Op de lange termijn kan hier een neuroom ontstaan. Na een Pfannenstiel-incisie kan dezelfde zenuw als bij liesbreukchirurgie in de hoeken van het litteken bekneld raken door hechtmateriaal of littekenweefsel.³ Bij niet-zenuwgerelateerde oorzaken moet men denken aan een recidief liesbreuk of pijnklachten in het bewegingsapparaat, endometriose in het Pfannenstiel-litteken of andere oorzaken van nociceptieve pijn. Ook kan de patiënt simpelweg last ondervinden van de aanwezige mat.

De verschillende oorzaken gaan met een specifiek klachtenpatroon gepaard. Zenuwpijn wordt vaak als scherp en stekend omschreven met somatosensorische afwijkingen bij lichamelijke onderzoek (dof, overgevoelig, vervelend, veranderde sensatie voor koude/warmte).

Daarnaast straalt de pijn meestal uit naar de schaamstreek en/of binnenzijde van het bovenbeen. Bij niet-zenuwgerelateerde oorzaken rapporteren patiënten meestal een zeurende of trekkende, houdingsafhankelijke pijn, waarbij



Zenuw (n. iliohypogastricus) loopt vast in liesbreukmat.

beeld: auteurs

SAMENVATTING

- Chronische pijn na liesbreukchirurgie en Pfannenstiel-incisies komt frequent voor en kan ernstige beperkingen veroorzaken.
- Patiënten met deze klachten worden vaak inadequaet behandeld.
- Beklemming van lieszenuw(en) vormt een belangrijke oorzaak.
- Verwijdering van de aangedane zenuw (neurectomie) is een effectieve behandeling.
- Chirurgen en gynaecologen moeten hun kennis van deze pijnklachten vergroten en de neurectomie in hun behandelingspalet opnemen.

evidente somatosensibele afwijkingen veelal ontbreken. Bij neuropathische pijn vindt men bij lichamelijk onderzoek vaak een triggerpunt in het verloop van de betrokken zenuw. Na liesbreukchirurgie zit dit vaak in het midden of lateraal van het litteken. Bij vrouwen met een Pfannenstiel-litteken bevindt zich de pijn vrijwel altijd in de laterale hoek van het litteken. Een eenvoudige (diagnostische) injectie kan de patiënt vrijwel direct (tijdelijk) pijnvrij maken. Dit draagt in belangrijke mate bij aan de diagnostiek en is voor de patiënt vaak een enorme opluchting. Bij sommige patiënten is een dergelijke injectie zelfs langdurig therapeutisch.

Voorlichting vooraf

Wat kan er gedaan worden om te voorkomen dat patiënten dergelijke chronische pijnklachten ontwikkelen? Allereerst geldt dat de indicatie tot opereren voor een liesbreuk weloverwogen moet zijn. Bij een patiënt met een asymptomatische breuk kan afgewacht worden en hij/zij moet in ieder geval voorgelicht worden over de geringe kans op inklemming enerzijds (1/1000 patiëntjaren), en het ontstaan van eventuele latere klachten en de veel grotere kans op chronische postoperatieve pijn anderzijds.⁵

Aangezien een Pfannenstiel-incisie vaak een noodzakelijke toegangsweg voor de partus vormt, gaat dit argument voor de gynaecoloog in veel mindere mate op. De patiënt dient echter wel preoperatief goed te worden voorgelicht over de mogelijkheid van het ontstaan van dergelijke postoperatieve pijn. Zowel voor liesbreukchirurgie als een Pfannenstiel-incisie geldt dat er 'zenuwbewust' geopereerd moet worden. Identificatie en sparen van zenuwen vormen de leidraad. Echter, indien blijkt dat

een zenuw getraumatiseerd achterblijft, kan deze beter preventief verwijderd worden (neurectomie).

Neurectomie

Hoewel uit onze cijfers blijkt dat er in absolute zin ieder jaar een behoorlijk aantal patiënten na hun liesbreukcorrectie of Pfannenstiel-incisie chronische pijn overhoudt, bestaat er verbazingwekkend weinig literatuur over behandeling van deze pijnsyndromen. Patiënten met ernstige chronische pijn worden veelal doorverwezen naar een anesthesioloog/pijnspecialist. Deze heeft een arsenaal aan weinig invasieve behandelingen tot zijn beschikking, zoals orale analgetica en zenuwblokkades.


Hoewel er beperkt bewijs voor de effectiviteit van deze therapieën bestaat, laat onderzoek zien dat hiermee een kwart van deze patiënten langdurig pijnvrij wordt.⁶

Een alternatief vormt een operatieve verwijdering van de aangedane lieszenuw(en). Uit eigen onderzoek blijkt dat dit succespercentages oplevert van 50 tot 75 procent.^{6,7} In dit verband loopt bij ons een gerandomiseerde trial om het effect van de neurectomie versus injectiestrategie uit te zoeken.⁸

Bij pijnspecialisten is de optie van neurectomie slechts beperkt bekend. Om onduidelijke redenen heeft het idee postgevat dat een neurectomie altijd maar kortdurend effect heeft en zeer frequent aanleiding geeft tot recidief – onbehandelbare – postdissectiepijn. Uit onze data blijkt dat dit onterecht is.

Tijdig herkennen

Primaire behandelaars (chirurgen en gynaecologen, evenals huisartsen) dienen op de hoogte te zijn van deze relatief vaak voorkomende problematiek, zodat vroege herkenning mogelijk is. Niet zelden krijgen patiënten het advies maar eens na te denken over psychosociale begeleiding.

Sinds enkele jaren heeft onze heelkundige afdeling een zogenaamde liespijnpoli. Voor de betrokken senior chirurgen is dit aandachtsgebied ontstaan door verdieping in de pathofysiologie en is dit nu een 'uit de hand gelopen hobby'. Het betreft hier echter geen ingewikkelde problematiek die alleen in dergelijke gespecialiseerde poli's kan worden herkend. Alle primaire behandelaars zouden deze complicaties tijdig moeten herkennen en patiënten naar de juiste specialist moeten verwijzen. Ook zouden veel meer chirurgen de therapeutische neurectomie in hun palet van behandelingsmogelijkheden moeten opnemen. 



De voethoten vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl.

In het Máxima Medisch Centrum in Veldhoven worden patiënten met chronische liespijn na een liesbreukoperatie geholpen door middel van een neurectomie. In MCtv uitgelicht vertelt chirurg Maarten Loos dat veel meer van zijn collega's zich deze simpele ingreep eigen zouden moeten maken. Bekijk het filmpje op www.medischcontact.nl/video.

mc tv
uitgelicht



Voetnoten

1. www.kiwaprismant.nl, ziekenhuisstatistiek.
2. Loos MJA, Roumen RMH, Scheltinga MRM. Chronic sequelae of common elective groin hernia repair. *Hernia* 2007; 11:169-73.
3. Loos MJA, Mulders LGM, Scheltinga MRM, Roumen RMH. The Pfannenstiel approach as a source of chronic pain. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 839-46.
4. Loos MJA, Roumen RMH, Scheltinga MRM. Classifying postherniorrhaphy pain syndromes following elective groin hernia repair. *World J Surg* 2007; 31: 1760-5.
5. Fitzgibbons RJ Jr, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO, Dunlop DD, Reda DJ, McCarthy M Jr, Neumayer LA, Barkun JS, Hoehn JL, Murphy JT, Sarosi GA Jr, Syme WC, Thompson JS, Wang J, Jonasson O. Watchful waiting vs. repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men, a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 295: 285-92.
6. Loos MJA, Scheltinga MRM, Roumen RMH. Tailored neurectomy for treatment of postherniorrhaphy inguinal neuralgia. *Surgery* 2010; 147: 275-81.
7. Loos MJA, Scheltinga MRM, Roumen RMH. Surgical management of inguinal neuralgia following a low transverse Pfannenstiel incision. *Ann Surg* 2008; 248: 880-5.
8. Loos MJA, Houterman S, Scheltinga MRM, Roumen RMH. Randomized controlled trial of neurectomy versus injection with lidocain, corticosteroids and hyaluronic acid for postherniorrhaphy inguinal neuralgia. *Hernia* 2010; 14: 593-7.