

## Oudere vrouwen met buikpijn door een beklemd ‘dijbreuk’

R.van de Langenberg, M.R.M.Scheltinga, S.A.F.Streukens, O.Boelens en R.M.H.Roumen

Dames en Heren,

Een beklemd liesbreuk of hernia inguinalis wordt meestal door de patiënt zelf vermoed en kan door een arts eenvoudig worden bevestigd. Echter, de anamnese en het lichamenlijk onderzoek bij een ingeklemd hernia femoralis (‘dijbreuk’) zijn minder karakteristiek. Bij dit ziektebeeld is een darmlis of omentum ingeklemd in de lies- en bovenbeenregio. De patiënten zijn meestal oudere vrouwen die zich presenteren met algemene klachten als misselijkheid en braken. Hoewel onderzoek van de buik en de lies bij een staande patiënt tot een voorlopige diagnose kan leiden, moet aanvullend onderzoek door middel van echografie of CT de diagnose bevestigen. De volgende casussen illustreren het verraderlijke karakter van ingeklemd dijbreuken, die soms tot ernstige morbiditeit en zelfs sterfte kunnen leiden.

Patiënt A, een 72-jarige vrouw, presenteerde zich op de Spoedeisende Hulp (SEH) met sinds 3 dagen wisselend zeurende bovenbuikpijn, misselijkheid en braken zonder bewegingsdrang. De ontlasting was normaal. Haar voorgeschiedenis vermeldde verwijdering van de baarmoeder en de blindedarm, beide via de abdominale toegang. Bij lichamenlijk onderzoek zagen wij een niet-zieke vrouw met een soepele, adipeuze buik. Zij had drukpijn in de bovenbuik. De peristaltiek was spaarzaam, maar niet afwijkend en er werden geen pathologische weerstanden gevoeld. Het rectale toucher toonde geen afwijkingen. Er werd geen liesonderzoek uitgevoerd, noch werd patiënte staande onderzocht.

Laboratoriumonderzoek gaf de volgende afwijkende uitslagen (referentiewaarden tussen haakjes): leukocytengetal:  $11,0 \times 10^9/l$  (4-10); C-reactieve proteïne (CRP, een maat voor acute ontsteking): 102 mg/l (< 8); BSE: 47 mm/1e h (< 15); ureum: 16,1 mmol/l (3-7); creatinine: 381  $\mu\text{mol/l}$  (65-110); bilirubine: 43  $\mu\text{mol/l}$  (3-19); alkalische fosfatase: 269 U/l (30-100);  $\gamma\text{GT}$ : 138 U/l (0-50); aspartaataminotransferase (ASAT): 294 U/l (5-40). De serumwaarden van elektrolyten en amylase waren niet afwijkend. Een buikoverzichtsfoto liet veel darmgas en vloeistofspiegels zien met uitzetting van de dunne darm, passend bij een ileus.

Patiënte werd door de internist onder de diagnose ‘maag- of pancreasproblematiek’ ter observatie opgenomen en kreeg een protonpompremmer (pantoprazol 40 mg 2 dd), intraveneuze vochttoediening en klysma’s. Echografie van de bovenbuik toonde vochtretentie in de maag en geen afwijkingen van de lever of de galblaas. De onderbuik werd echografisch niet beoordeeld. Hoewel patiënte aanvankelijk opknapte, namen de misselijkheid en de pijn op dag 4 na opname toe, waarna een maagsonde werd geplaatst. Een geconsulteerde chirurg vermoedde een strengileus. In de daaropvolgende 24 uur nam de productie van maagsap fors toe. Omdat de ileus niet verdween onder maximaal conservatieve behandeling ging men over tot een exploratieve laparotomie. Toen de onderbuik geopend was, bleek een ileumlis in de linker canalis femoralis beklemd te zijn. Deze lis werd vrijgemaakt, waarbij 10 cm necrotisch ileum werd gereceerd (figuur 1). De breukpoort werd primair gesloten. Na anastomosering van de darm was het herstel voor spoedig; patiënte verliet 10 dagen postoperatief in acceptabele conditie het ziekenhuis.

Patiënt B, een 83-jarige vrouw, meldde zich op de SEH wegens pijn in de rechter onderbuik met bewegingsdrang, misselijkheid en braken; deze symptomen traden sinds enige jaren maandelijks op. Deze keer had zij in de voorafgaande dagen nauwelijks ontlasting gehad, ondanks het gebruik van laxantia. Haar voorgeschiedenis vermeldde de ziekte van Parkinson, asymptomatische cholelithiasis, chronische obstipatie en een op jeugdige leeftijd operatief gecorrigeerde hernia inguinalis rechts. Mogelijk als gevolg van een vetvrij dieet in verband met cholelithiasis was zij het afgelopen jaar 12 kg afgevallen.

Wij zagen een niet-zieke, magere vrouw met een soepele buik en een spaarzame, niet-afwijkende peristaltiek. Er waren geen pathologische weerstanden palpabel; wel was er drukpijn in de gehele onderbuik. Bij het rectaal toucher werden harde feces in de ampulla gevoeld. De liesregio werd niet onderzocht.

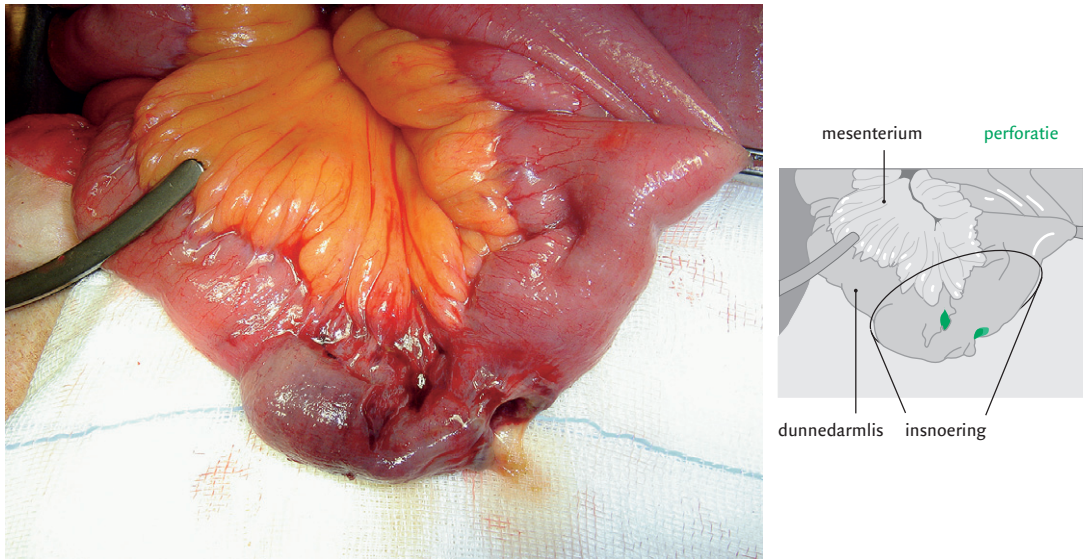
Laboratoriumonderzoek liet een leukocytose zien ( $11,5 \times 10^9/l$ ) zonder verdere afwijkingen. Een buikoverzichtsfoto toonde distensie van dunnedarmlissen met vloeistofspiegels, passend bij een dunnedarmileus (figuur 2). Onder de diagnose ‘coprostase bij ziekte van Parkinson’ werd patiënte door de internist opgenomen en met hoog opgaande klysma’s gelaxeerd. Er werd geen echo verricht.

Een coloninloopfoto liet geen afwijkingen van de dikke darm zien. Patiënte kreeg hierop ontlasting, maar begon

Máxima Medisch Centrum, locatie Veldhoven, afd. Heelkunde, Postbus 7777, 5500 MB Veldhoven.

Hr.dr.s.R.van de Langenberg en hr.dr.s.S.A.F.Streukens, co-assistenten; hr.dr.M.R.M.Scheltinga en hr.dr.R.M.H.Roumen, chirurgen; hr.dr.s.O.Boelens, arts in opleiding tot chirurg.

Correspondentieadres: hr.dr.M.R.M.Scheltinga (m.scheltinga@mmc.nl).



FIGUUR 1. Dunnedarmis van patiënt A, met een hernia femoralis, vrijgeprepareerd uit de breukpoort. In het deel dat beklemd zat, zijn twee perforaties zichtbaar.

opnieuw te braken op dag 4 na opname; op advies van de geconsulteerde chirurg kreeg zij vervolgens een maagsonde. Lichamelijk onderzoek van patiënte in liggende positie, inclusief onderzoek van de liezen, liet een toename van de ileus zien, maar een breuk werd niet vastgesteld. Ook bij herhaling van de buikoverzichtsfoto werd het beeld van een toegenomen ileus gezien.

Ook bij deze patiënte verdween de dunnedarmileus niet onder maximaal conservatieve therapie. Daarom werd op dag 5 besloten tot een exploratieve laparotomie. Een gedeelte van de wand van een dunnedarmis bleek vast te zitten in de rechter canalis femoralis (darmwandbreuk of hernia van Richter). Na het vrijprepareren van de darmis bleek deze vitaal te zijn, zodat resectie onnodig was. De breukpoort werd van binnenuit gesloten. Postoperatief herstelde patiënte voorspoedig; zij verliet na 2 weken in redelijke conditie het ziekenhuis.

Patiënt C, een 68-jarige vrouw, had sinds 3 dagen continu klachten van krampende pijn in de gehele onderbuik, misselijkheid, braken en obstipatie. De laatste ontlasting was dun, lichtgeel en bevatte wat rood bloed. Zij werd sinds enige weken door de internist palliatief behandeld voor een naar het skelet gemetastaseerd mammacarcinoom. Een week tevoren was zij op de chirurgische polikliniek onderzocht in verband met een asymptomatische zwelling in de rechter lies. Het beeld paste volgens de betrokken chirurg bij een liesbreuk, maar gezien de medische situatie werd in overleg met patiënte voor een afwachtend beleid gekozen. Zij kreeg wel instructies hoe te handelen bij alarmtekens

van inklemming (pijn, braken, ontstekingsverschijnselen in de lies). Enige dagen later presenteerde zij zich inderdaad met misselijkheid en braken.

Bij lichamelijk onderzoek zagen wij een zieke vrouw met een opgezette acute buik en een niet-pijnlijke zwelling in de rechter lies. Het laboratoriumonderzoek toonde een verhoogde CRP-concentratie (215 mg/l). Onder de diagnose ‘beklemd femoraalbreuk’ werd zij geopereerd via de lies, waarbij een zwelling werd aangetroffen die troebel vocht en vetweefsel bevatte. Het beeld paste het meest bij een spontaan gereponeerde hernia femoralis; de repositie was mogelijk een gevolg van de spierverslapping tijdens de narcose.

Bij een aanvullende onderbuiklaparotomie werd 30 cm necrotisch ileum aangetroffen, dat in de rechter femorale breukpoort beklemd had gezeten. De poort werd met hechtingen gesloten, het necrotische darmdeel werd verwijderd en de continuïteit werd primair hersteld. Postoperatief ontstond bij patiënte een progressief septisch beeld, maar zij weigerde, mede gezien de matige prognose op basis van het gemetastaseerde mammacarcinoom, om opnieuw een operatie te ondergaan. Zij overleed op de 4e dag na de operatie.

#### HERNIA FEMORALIS: ACHTERGROND EN ANAMNESE

Een hernia femoralis of ‘dijbreuk’ is relatief zeldzaam en maakt 2-8% uit van alle lieshernia’s (figuur 3).<sup>2</sup> Predisponerende factoren zijn veroudering, zwangerschap, obesitas (zoals bij patiënt A), obstipatie en een eerdere operatief gecorrigeerde liesbreuk (zoals bij patiënt B).<sup>3</sup> Een hernia femoralis wordt vooral gezien bij oudere vrouwen.<sup>4-6</sup> Het

grote gevaar bij deze hernia is darminklemming door de smalle breukpoort, dit in tegenstelling tot bij een liesbreuk, waarbij inklemming slechts uiterst zelden voorkomt. Een hernia femoralis presenteert zich vaak als een spoedgeval waarbij een darmresectie moet plaatsvinden; dat heeft aanzienlijke morbiditeit en zelfs sterfte tot gevolg.<sup>2 4-6</sup>

De anamnese van een dijbreuk is weinig specifiek. Patiënten blijken zich zelden bewust te zijn van de zwelling in de lies, die soms wisselend aanwezig is.<sup>7</sup> Patiënten melden wel eens een onprettig gevoel in de buik, maar zelden buikpijn. Als een darmsegment over de volledige omtrek is ingeklemd, kunnen patiënten zich presenteren met koliekpijnen, misselijkheid, braken en progressief ziek-zijn.<sup>7 8</sup> Geen van onze drie patiënten gaf pijn in de lies aan. Wel voldeden zij aan het risicoprofiel en rapporteerden zij symptomen passend bij een mechanische ileus (buikpijn, misselijkheid, braken).

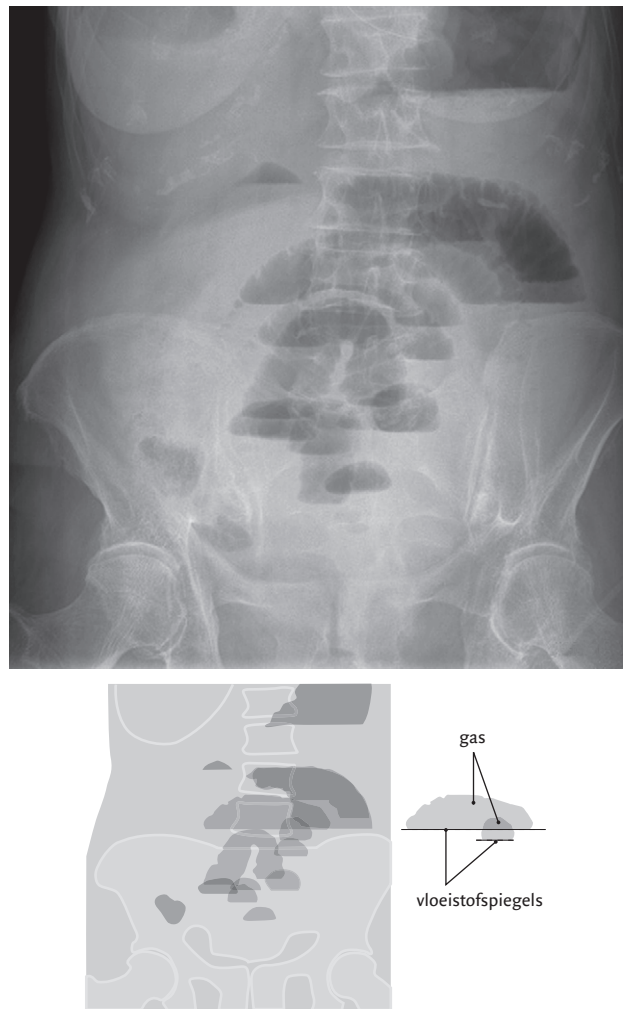
#### LICHAMELIJK ONDERZOEK

Patiënten met een langer bestaande ileus door darmafklemming hebben veelal een snelle polsslag en een lage bloeddruk. Bij auscultatie kan men abnormale darmgeruisen horen, passend bij een mechanische obstructie. Percussie en palpatie van de buik kunnen in geval van langer bestaande inklemming pijnlijk zijn. Soms is een zwelling in de onderbuik of de lies zichtbaar. Meestal echter is er geen acute buik, maar zijn lichamelijke verschijnselen subtiel of afwezig. Bij zwaarlijvige patiënten is inspectie onbetrouwbaar en leveren auscultatie, percussie en palpatie weinig op.

Het lichamenlijk onderzoek wordt meestal uitgevoerd met de patiënt in liggende en zelden in staande houding. Een dijbreuk wordt echter beter zichtbaar bij een staande patiënt. Een massa die onder het ligamentum inguinale (ligament van Poupart) verschijnt, past bij een hernia femoralis, terwijl een liesbreuk altijd boven dit ligament zit.<sup>4</sup> Bij inklemming kan de huid tekenen van infectie vertonen, passend bij infarcting van breukinhoud.<sup>9</sup> Hoe moeilijk het vaststellen van een dijbreuk is, blijkt uit onderzoek waarin gevonden werd dat men aan de hand van de anamnese en het lichamenlijk onderzoek bij slechts 22% van de patiënten de correcte diagnose stelde.<sup>4</sup>

#### BEELDVORMEND ONDERZOEK EN DIFFERENTIAALDIAGNOSE

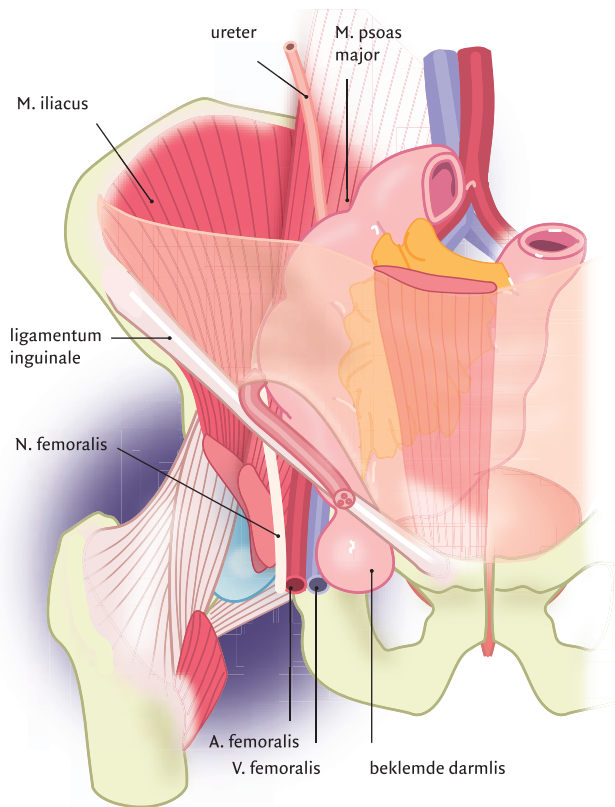
Bij iedere patiënt bij wie aan een hernia femoralis wordt gedacht, moet beeldvormend onderzoek plaatsvinden. Overigens wordt routinematig radiologisch onderzoek niet aanbevolen bij patiënten met een duidelijke hernia inguinalis.<sup>10</sup> Bij een niet al te zwaarlijvige patiënt kan echografie laten zien of er reponibele darm aanwezig is. Volgens de richtlijn 'Behandeling van de liesbreuk', die in 2003 is opgesteld



FIGUUR 2. Buikoverzichtsfoto van patiënt B in staande positie. De dunnedarmobstructie is herkenbaar aan de gas-vloeistofspiegels.

door de Nederlandse Vereniging van Heelkunde, heeft MRI door zijn hoge sensitiviteit en specificiteit een rol in het visualiseren van de liesregio en omliggende structuren.<sup>11</sup> Ook op CT-scans kan men een hernia femoralis detecteren (figuur 4). Afbeeldingen met en zonder valsvalmanoeuvre kunnen de sensitiviteit verhogen. Herniografie, een invasieve methode, is grotendeels verdrongen door de genoemde technieken.<sup>12</sup>

Welke ziektebeelden kan men verwarren met hernia femoralis? In de eerste plaats lymfadenitis, waarbij ook een pijnlijke zwelling net distaal van het ligamentum inguinale optreedt. Om infectie of huidtumoren als oorzaak van gezwollen inguinale lymfeklieren uit te sluiten, is uitgebreide inspectie nodig van de benen tot en met de voetzolen, met inbegrip van de billen, de anus en het perineum. Echografie leidt hierbij meestal tot de juiste diagnose. Verder kan een



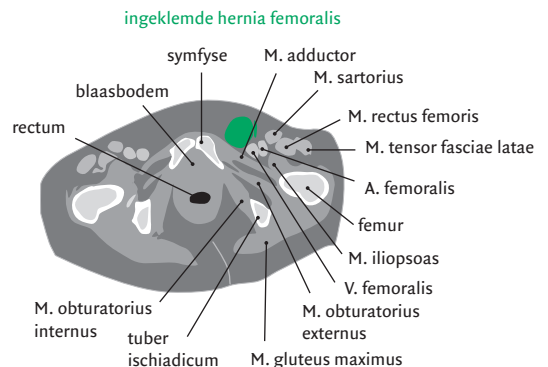
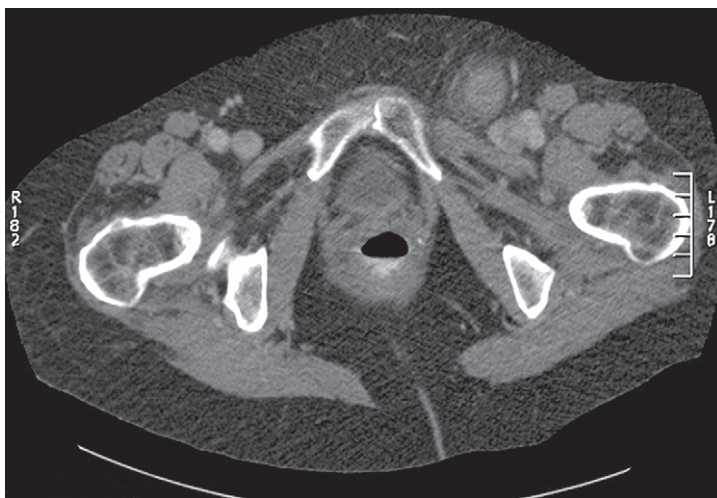
FIGUUR 3. Schematische weergave van de breukpoort bij een hernia femoralis, distaal van het ligamentum inguinale gelegen (bewerkt).<sup>1</sup>

varix van de V. saphena magna zich ledigen wanneer men ligt en zich vullen wanneer men staat. De varix kan aangetoond worden met duplexechografie. Ook kunnen andere huidafwijkingen en subcutane afwijkingen, zoals cysten en lipomen, een zwelling in de lies veroorzaken.

#### CHIRURGISCHE BEHANDELING

Iedere hernia femoralis moet worden geopereerd vanwege het risico van inklemming.<sup>13 14</sup> Diverse vormen van open en laparoscopische benaderingen zijn beschreven.<sup>13 15-19</sup> Een aparte categorie vormt de spoedoperatie. Deze behandeling blijkt, vergeleken met de behandeling van de hernia inguinalis, veel vaker gepaard te gaan met complicaties.<sup>5 7</sup> Hoe gevaarlijk een beklemd dijbreuk kan zijn, blijkt uit een retrospectief onderzoek in ons ziekenhuis over de periode 1991-2007. Bij 14% van de patiënten met een dijbreuk (22/157) bleek tijdens de spoedoperatie dat de darm beklemd was; bij 5 patiënten was een darmresectie nodig. De sterfte in de 1e week na operatie was 18% (4/22) in de groep met een ingeklemde darm; 3 van de 4 patiënten waren overleden als gevolg van een aspiratiepneumonie.

Dames en Heren, een hernia femoralis is moeilijk te herkennen, zowel voor de patiënt als voor de arts. Daardoor kan vertraging optreden in het stellen van de juiste diagnose. Onze patiënten voelden geen pijn in de lies. Internisten en geconsulteerde chirurgen lieten zich leiden door de gerapporteerde buikpijn, onderzochten de buik, maar lieten inspectie van de lies of onderzoek bij de patiënt in staande houding achterwege, of dachten aan een liesbreuk. De behandeling van patiënt A richtte zich op aandoeningen van de bovenbuik. Aangezien haar ziekteverschijnselen



FIGUUR 4. CT-scan van de lies van een patiënt met een beklemd hernia femoralis.

afnamen na medicatie en intraveneuze vochttoediening, werd er geen aanvullend onderzoek verricht. Als het echografisch onderzoek niet beperkt was gebleven tot de bovenbuik, maar ook voor de onderbuik of de lies was uitgevoerd, was de hernia femoralis mogelijk ontdekt. Ook de obstipatie van patiënt B reageerde in eerste instantie goed op conservatieve therapie, maar in verband met toenemend braken ondanks een maagsonde ging men na 24 uur over tot opereren. Beide casussen illustreren dat chirurgisch ingrijpen gerechtvaardigd is als het beloop van een dunne darmileus een ongunstige wending neemt; ook andere arts adviseert operatie.<sup>18</sup> Een CT- of MRI-scan kan onder deze omstandigheden bijdragen aan het stellen van de diagnose.

Als men een afwachtend beleid voert, dient de patiënt met een hernia femoralis instructies te krijgen over de alarmsignalen voor een mogelijke inklemming. Inklemming manifesteert zich door toenemende pijn, soms met tekenen van ileus (misselijkheid, braken). Ook als de patiënt een bult voelt die niet weg te masseren is, moet hij of zij met spoed contact opnemen met een arts, aangezien de prognose sterk afhangt van de duur van de inklemming.

De diagnose 'dijbreuk' of 'hernia femoralis' begint met een vermoeden. Dat vermoeden wordt sterker als de patiënt een oudere vrouw is met klachten van recidiverende buikpijn, misselijkheid of braken en er bij haar een aantal risicofactoren aanwezig zijn. Hiertoe behoren hoesten, een eerdere operatie wegens liesbreuk, recente vermagering en obstipatie. Lichamelijk onderzoek omvat ook bilaterale inspectie en palpatie van de liesen, zo mogelijk tevens bij de patiënt in staande positie. Echografie kan het vermoeden van een dijbreuk bevestigen; bij twijfel kan CT of MRI uitsluitsel geven. Een patiënt met een dijbreuk moet geopereerd worden wegens het gevaar van darminklemming, tenzij er een absolute contra-indicatie tegen opereren bestaat.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 5 mei 2008

#### Literatuur

- 1 Lange JF, Kleinrensink G-J. Surgical anatomy of the abdomen. Maarsse: Elsevier; 2002.
- 2 Kemler MA, Oostvogel HJ. Femoral hernia: is a conservative policy justified? Eur J Surg. 1997;163:187-90.
- 3 Mikkelsen T, Bay-Nielsen M, Kehlet H. Risk of femoral hernia after inguinal herniorrhaphy. Br J Surg. 2002;89:486-8.
- 4 Naude GP, Ocon S, Bongard F. Femoral hernia: the dire consequences of a missed diagnosis. Am J Emerg Med. 1997;15:680-2.
- 5 Koch A, Edwards A, Haapaniemi S, Nordin P, Kald A. Prospective evaluation of 6895 groin hernia repairs in women. Br J Surg. 2005;92:1553-8.
- 6 Alimoglu O, Kaya B, Okan I, Dasiran F, Guzey D, Bas G, et al. Femoral hernia: a review of 83 cases. Hernia. 2006;10:70-3.
- 7 Malek S, Torella F, Edwards PR. Emergency repair of groin herniae: outcome and implications for elective surgery waiting times. Int J Clin Pract. 2004;58:207-9.
- 8 Chamary VL. Femoral hernia: intestinal obstruction is an unrecognized source of morbidity and mortality. Br J Surg. 1993;80:230-2.
- 9 Gooszen HG, Aronson DC, Blankensteijn JD, Gouma DJ, Kroon BBR, Lange JF, et al., redacteuren. Leerboek chirurgie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2006.
- 10 Berg JC van den. Groin hernia, the role of diagnostic imaging [proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen; 2001.
- 11 Tuite MJ, DeSmet AA. MRI of selected sports injuries: muscle tears, groin pain, and osteochondritis dissecans. Semin Ultrasound CT MR. 1994;15:318-40.
- 12 Toms AP, Dixon AK, Murphy JM, Jamieson NV. Illustrated review of new imaging techniques in the diagnosis of abdominal wall hernias. Br J Surg. 1999;86:1243-9.
- 13 Yalamarathi S, Kumar S, Stapleton E, Nixon SJ. Laparoscopic totally extraperitoneal mesh repair for femoral hernia. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2004;14:358-61.
- 14 Winslow ER, Quasebarth M, Brunt LM. Perioperative outcomes and complications of open vs laparoscopic extraperitoneal inguinal hernia repair in a mature surgical practice. Surg Endosc. 2004;18:221-7.
- 15 Hernandez-Richter T, Schardey HM, Rau HG, Schildberg FW, Meyer G. The femoral hernia: an ideal approach for the transabdominal preperitoneal technique (TAPP). Surg Endosc. 2000;14:736-40.
- 16 Laparoscopic versus open repair of groin hernia: a randomised comparison. The MRC Laparoscopic Groin Hernia Trial Group. Lancet. 1999;354:185-90.
- 17 Andrews NJ. Presentation and outcome of strangulated external hernia in a district general hospital. Br J Surg. 1981;68:329-32.
- 18 Kulah B, Kulacoglu IH, Oruc MT, Duzgun AP, Moran M, Ozmen MM, et al. Presentation and outcome of incarcerated external hernias in adults. Am J Surg. 2001;181:101-4.
- 19 Oishi SN, Page CP, Schwesinger WH. Complicated presentations of groin hernias. Am J Surg. 1991;162:568-70.

#### Abstract

**Elderly women with abdominal pain due to an incarcerated 'femoral hernia'.** – Symptoms and findings during physical examination of patients with a femoral hernia are notoriously aspecific. Signs in the inguinal region tend to be overlooked, particularly in obese patients. Three women aged 72, 83 and 68, presented with abdominal pain and ileus due to incarcerated femoral hernias. A correct diagnosis was not considered prior to emergency laparotomy. One progressively septic patient with disseminated breast cancer refused reintervention after successful correction of the femoral hernia, and succumbed. The other two recovered uneventfully. Any older female patient with recurrent abdominal complaints may harbour a femoral hernia. The inguinal region should be examined, if possible in the upright position. Ultrasound, CT or MRI scans should establish the diagnosis. Open or laparoscopic intervention is required in patients fit for surgery since incarceration of a femoral hernia is associated with considerable morbidity and even mortality. Ned Tijdschr Geneesk. 2008;152:1597-601