

EXCELLEREN IN DE BUIKWANDOPERATIES DIE ANDEREN LINKS LATEN LIGGEN

Complexe buikwandbreuk verdient aandacht

Het opereren van een patiënt met een complexe buikwandhernia is een behandeling met een flink complicatierisico, waardoor de kosten hoog zijn. Dokters branden er hun vingers liever niet aan. Dat is niet terecht. Met gecentraliseerde en toegewijde zorg is veel haalbaar.

‘Dokter, ik heb enorme last van die bult bij de navel. Ik kan niet werken, het doet pijn en het blijft zweren onder de breukband. Ik durf de straat niet meer op omdat iedereen denkt dat ik zwanger ben’, aldus een 53-jarige vrouw met een grote hernia cicatricalis. Voor patiënten met een defect in de buikwand, zoals een lies-, navel-, maagkuil- of een eenvoudige littekenbreuk is de zorg in Nederland doorgaans goed geregeld. De meeste klinieken hebben hiervoor efficiënte zorgstraten ingericht. Ook onze patiënten gaan inmiddels volledig ‘lean’ door een dergelijk traject en zijn hierover meer dan tevreden (NPS 82%).¹ De directie waardeert natuurlijk dat de businesscase positief blijft en de chirurgen worden uitgedaagd door het streven naar perfectie.² Iedereen gelukkig. Maar hoe is in Nederland de zorg eigenlijk geregeld voor patiënten die geen eenvoudige littekenbreuk hebben, maar juist een grote breuk in het operatielitteken? Hoe kunnen we hun kwaliteit van leven verbeteren?

Buikoperaties

Van alle buikoperaties die plaatsvinden, houdt ruim 10 procent van de patiënten

binnen één jaar een littekenbreuk over, oplopend tot 20 procent binnen tien jaar.³⁻⁵ In Nederland vinden jaarlijks meer dan 100.000 laparotomieën plaats. Zo’n 10.000 patiënten ontwikkelen dus een littekenbreuk.⁶ Ruim driekwart van hen, 7500 patiënten, wordt in verband met symptomen geopereerd.⁷ Echter, de ene littekenbreuk is de andere niet. De omvang van de breuk, de hoeveelheid uitpuilende buikinhoud en conditie van de huid en spieren bepalen grotendeels de kans op postoperatieve complicaties als wondinfectie of breukrecidief. Daarbij is ene patiënt ook de andere niet. A priori gaat het om patiënten met een ‘rugzak’. Zij zijn vaak meerdere malen geopereerd voor ernstige aandoeningen en hebben daar meestal veel complicaties bij gehad. Verder kan comorbiditeit ertoe leiden dat potentieel levensbedreigende complicaties zoals longontsteking of ileus kunnen optreden.

Complex

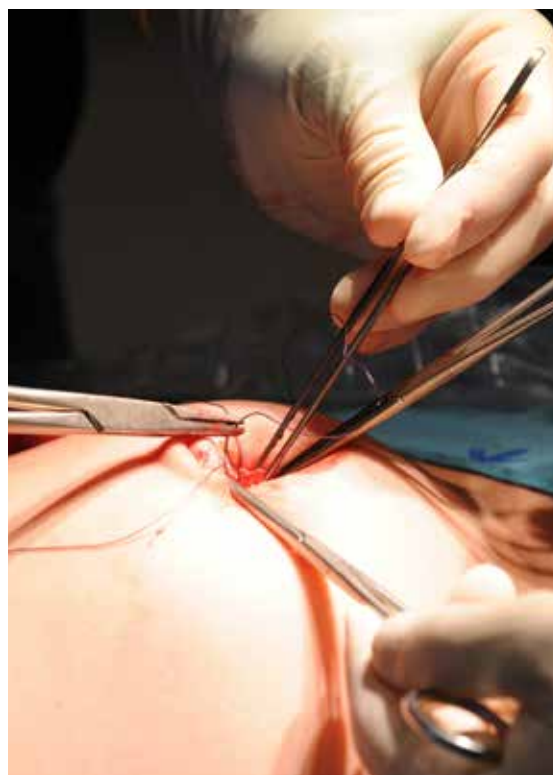
Wanneer is een breuk complex? In de literatuur is hierover geen consensus. Dit maakt het lastig om een inschatting te maken van het aantal complexe breukhersteloperaties dat in Nederland wordt uitgevoerd.⁸ Gebaseerd op onze definitie

van een complexe littekenbreuk schatten wij dat een vierde van alle littekenbreuken complex is. In Nederland zou het dus om ongeveer 2000 patiënten per jaar gaan. De combinatie van de hoge prevalentie van littekenbreukoperaties met de daarbij gepaard gaande morbiditeit, de vaak langdurige arbeidsongeschiktheid en het aanzienlijke recidiefpercentage, resulteren in hoge kosten en verklaren het enorme sociaaleconomische belang van deze aandoening.

Winstmaximalisatie

De gemiddelde complexe buikwandpatiënt met ‘rugzak’ is geen aantrekkelijke categorie voor een op winstmaximalisatie georiënteerde directie of een complicatievrezende chirurg. De kosten van de work-up (longfunctieonderzoeken, CT-scan, fysiotherapie, et cetera), operatieminuten, gebruikte materialen (dure meshes), opname op (ic-)afdeling en nabehandeling (complicaties) drijven de businesscase onmiddellijk diep de rode cijfers in. Dat er in Nederland in het tarief geen onderscheid wordt gemaakt tussen een eenvoudige en complexe buikwandbreuk, is ook niet bevorderlijk. Hierdoor is er dus geen prikkel om tot concentratie

De kosten drijven de businesscase diep de rode cijfers in



In het Elkerliek ziekenhuis zijn sinds de nieuwe aanpak meer dan 110 patiënten met complexe buikwandbreuken operatief behandeld.

van de herniachirurgie in Nederland te komen, zoals in Duitsland, Denemarken en de VS wel het geval is.

Kortom, zowel het ziekenhuis als de specialisten branden hun vingers liever niet aan deze 'lastige' groep patiënten. Het herstel van een complexe buikwandhernia heeft vaak een lage prioriteit. De ingreep wordt vervolgens vaak ook nog aan het eind van het programma gedaan, door een chirurg die er waarschijnlijk minder dan tien per jaar uitvoert. Zeer zeker zijn er *dedicated* chirurgen in Nederland die de complexe buikwandchirurgie de volle aandacht geven, maar in de praktijk is het vaak *leftover*-chirurgie.

Operatietechniek

Maar er is niet alleen een financieel probleem of een gebrek aan *Begeistering*. Er is ook nog steeds onvoldoende kennis over de beste operatietechniek. Hoe kan een primaire buikwandincisie het beste worden gesloten? In de laatste richtlijn is er slechts voor 4 van de 26 aanbevelingen

'strong evidence'.⁹ En, als er na de eerste operatie toch later een buikwandbreuk optreedt, hoe kan deze dan weer het beste worden gesloten? Dat is nog onduidelijker, enerzijds door het ontbreken van een duidelijke definitie van complex, anderzijds door de veelheid aan beschikbare technieken.

Het defect kan primair worden gesloten of worden overbrugd (*bridging*) met een mesh. Bij beide technieken moet dan meestal eerst de spanning tussen beide fascieranden worden verminderd. Oscar Ramirez beschreef hiervoor in 1990 de *anterieure componentenseparatietechniek* (CST) en Michael Rosen in 2012 de *posteriore CST*.^{10 11} In de praktijk gebruikt men echter vaak een combinatie van allerlei technieken en verschillende type meshes. Dit maakt vergelijkend onderzoek naar de beste techniek niet makkelijk.¹²

Lean-aanpak

In het Elkerliek ziekenhuis in Helmond ontstond in de zomer van 2011 het idee

om de lean-principes, die al succesvol werden toegepast voor eenvoudige buikwandhernia's en colorectale chirurgie, ook toe te passen bij de complexe buikwandchirurgie. Door lean te combineren met de aanwezige expertise vertrouwden we erop dat we winst voor patiënt én ziekenhuis zouden kunnen behalen. Indien we doelmatig, goedkoper en met steeds verbeterende kwaliteit konden werken, zou in Helmond een center of *operational excellence* voor buikwandchirurgie kunnen ontstaan.

Allereerst definieerden we wat een complexe buikwandhernia was (zie tabel op blz. 682). Vervolgens standaardiseerden we de work-up van deze patiënten. We hebben vaste maandelijkse 'slots' op het operatieprogramma gepland met telkens twee *dedicated* herniachirurgen die samen deze patiënten opereren. In november 2012 voltooiden we met de raad van bestuur de businesscase voor het Buikwandcentrum. *Conditio sine qua non* hierbij was een vaste aanvoer van patiën-

Criteria voor een complexe ventrale hernia

Hernia

- ventrale hernia, meer dan 10 cm breed
- hernia cicatricalis, groter dan 5 cm
- multipele (meer dan twee) ventrale hernia's
- hernia suprapubisch, subxyphoïdaal en/of uiterst lateraal gelegen
- recidief hernia cicatricalis (met of zonder mesh in situ)
- parastomale hernia
- geïnfecteerde mesh in situ
- wondcontaminatie type 2 of hoger (zoals bij darmresectie, wondulcus of enterocutane fistel)
- loss of domain van meer dan 5% (evisceratie van buikinhoud in de breukzak)
- loss of substance (i.e. fors veranderde buikwandanatomie, zoals bij een zeer grote dehiscentie of zeer matige kwaliteit van de m. recti en m. obliques externus, internus & transversus)
- negatieve wobble-test (overliggende huid zit vast aan onderliggend darmpakket)

Patiënt

- status na platzbauch of openbuikbehandeling
- stoma in situ
- ASA III/IV
- BMI meer dan 30 kg/m²
- Nicotineabusus
- diabetes mellitus
- COPD gold II/III/IV
- albumine minder dan 30 g/dl
- leeftijd boven 70 jr
- immunosuppressiva gebruik (bij corticosteroïden meer dan 5 mg/dag)
- collageenstoornis (zoals Ehlers-Danlossyndroom)

Er is sprake van een 'complexe ventrale herniapatiënt' als minimaal één herniafactor van toepassing is en minimaal één patiëntfactor. Bovenstaande criteria zijn mede gebaseerd op de studie van Slater.

ten vanuit de regio. Hierover werden afspraken gemaakt met het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. Zij verwijzen niet alleen complexe buikwandpatiënten naar het Elkerliek ziekenhuis, maar stellen ook een *dedicated* chirurg beschikbaar. Ook organiseren we maandelijks een multidisciplinair overleg (mdo) voor complexe buikwandherniapatiënten waaraan, naast de chirurgen, ook een longarts, een anesthesioloog, een intensivist en een fysiotherapeut deelnemen.

Resultaten

Inmiddels zijn in Helmond sinds de start begin 2013 meer dan 110 patiënten met complexe buikwandbreuken operatief behandeld. De resultaten hiervan (20% complicaties) zijn eerder gepresenteerd.¹³ Een belangrijke risicofactor op het optreden van complicaties blijkt nicotineabusus te zijn. Patiënten worden alleen nog geopereerd indien zij zijn gestopt met roken. Dit controleren we met onverwachte cotininebepaling in de urine. Tevens maken we gebruik van de zeer praktische Cedar-app (Carolinas Equation for Determining Associated Risks).¹⁴ Met deze app kunnen we patiënten wijzen op de risicofactoren en eenvoudig laten zien hoeveel deze factoren bijdragen

aan hun risico op complicaties. De verwijzingen uit de rest van Nederland nemen toe en is er een 'one-stop-shop' voor complexe buikwandbreukpatiënten van start gegaan. De patiënt wordt op één dag door de chirurg gezien, aansluitend wordt een abdominale CT-scan gemaakt en wordt een longfunctie-onderzoek verricht. Tot slot beoordelen de longarts en de anesthesioloog de patiënt. Hierna bespreken we de patiënten op het mdo en komt er een behandelplan. Ongeveer 30 procent van alle besproken patiënten wordt uiteindelijk om uiteenlopende redenen niet geïndiceerd voor een operatief herstel.

Toekomst

Patiënten denken zelf vaak dat sporten onmogelijk is met deze grote littekenbreuken. Dit is echter niet het geval. In tegendeel, fysiotherapeutische ondersteuning is cruciaal om patiënten preoperatief in een goede conditie te krijgen en ze postoperatief in goede conditie te houden. Een team van fysiotherapeuten en sportartsen richt zich specifiek op deze categorie patiënten. Er wordt niet alleen kracht- en cardiotraining gedaan, maar ook de ademhalings-musculatuur wordt getraind. Hiervoor is een speciaal trainingsprogramma

ontwikkeld. Deze begeleiding zou in de vergoeding moeten worden opgenomen. De verregerende concentratie van complexe zorg, met de oncologie voorop, heeft tot een verbeterde kwaliteit van zorg geleid in Nederland. Hetzelfde zou ook voor de complexe buikwandherniapatiënt moeten gelden. De tijd van *leftover* is voorbij. Aandacht van verzekeraars en ziekenhuisdirecties, maar ook van *dedicated* buikwandchirurgen, zal ertoe leiden dat de kwaliteit van deze zorg verbetert. Het Elkerliek ziekenhuis laat zien dat *operational excellence* voor complexe buikwandchirurgie ook goed in een regionaal ziekenhuis kan worden opgestart. Wij maken ons met plezier sterk om de kwaliteit hiervan steeds verder te verbeteren. ■

contact

jwegdam@elkerliek.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Het Elkerliek ziekenhuis ontvangt een educationeel grant van Bard voor TEP-workshops.

web

De voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.