

SAMENVATTING

De liesbreukcorrectie is een van de meest uitgevoerde operaties van de algemeen chirurg. Jaarlijks worden meer dan 20 miljoen liesbreuken wereldwijd geopereerd. In dit proefschrift worden verscheidene aspecten van het “zorgpad” liesbreuk besproken. We volgen daarbij het pad en de chronologie van de patiënt met een liesbreuk waarbij de operatie-indicatie, het lichamelijk onderzoek, de operatieve overwegingen, de methode van follow-up, de organisatie van een liesbreukenkliniek en de beschouwing van de literatuur aan bod komen.

Indien er sprake is van een symptomatische liesbreuk luidt het algemene advies om de liesbreuk chirurgisch te herstellen. De gouden standaard voor chirurgisch herstel maakt gebruik van een mat die spanningsloos over het defect in de achterwand van het lieskanaal wordt geplaatst. Deze mat kan zowel aan de anterieure zijde van het defect geplaatst worden, zoals bij de veelvoorkomende Lichtenstein plastiek, alsook aan de posterieure zijde van het defect, zoals bij de laparoscopische TEP en TAPP techniek. Het leerproces voor liesbreukchirurgie start vroeg in de chirurgische opleiding en is aanzienlijk korter voor een open anterieure procedure dan voor een laparoscopische posterieure procedure. De morbiditeit en mortaliteit na liesbreukchirurgie zijn laag. Liesbreukchirurgie wordt als betrouwbaar en veilig beschouwd. De meest voorkomende korte-termijn complicaties zijn hematoom, seroom en wondinfectie. De meest voorkomende lange-termijn complicaties betreffen pijn en recidief. De laatste jaren is er meer aandacht gekomen voor postoperatieve chronische pijn, omdat dit vaker bleek voor te komen dan initieel gedacht. Recent bleek dat ongeveer 11% van de patiënten chronische pijn heeft na een liesbreukoperatie. Tot op heden wordt geen uniforme methode toegepast om pijn te kwantificeren en registreren, waardoor het moeilijk is om duidelijke conclusies te trekken en om uitkomsten van verschillende studies met elkaar te vergelijken. Het recidiefpercentage na liesbreukchirurgie bedraagt 1-4%.

In twee derde van de patiënten betreft de symptomatologie van een liesbreuk zwelling in de lies met pijn of ongemak. Zoals eerder genoemd, luidt het behandel-adagium chirurgisch herstel. Echter, één derde van de patiënten presenteert zich met een niet pijnlijke zwelling in de lies. Omdat chirurgisch herstel niet zonder risico is en omdat kritisch gekeken wordt naar kosten in de zorg, werd het nut van liesbreukcorrectie bij patiënten met een asymptomatische liesbreuk ter discussie gesteld. Van oudsher werd geredeneerd dat een liesbreuk altijd gecorrigeerd diende te worden om zo de kans op viscerale inklemming te voorkomen. In 2006 verschenen twee gerandomiseerde studies waarin chirurgisch herstel vergeleken werd met nauwkeurige observatie bij patiënten met een asymptomatische liesbreuk. Beide studies toonden aan dat na een periode van 1 en 2

jaar, nauwkeurige observatie kosten effectief is, er geen verschil is in afname van pijn in beide groepen en dat het risico op viscerale inklemming laag is. In **hoofdstuk 2** beschouwen we de literatuur en evalueren we het nut van de chirurgische correctie van een asymptomatische liesbreuk. We komen tot de conclusie dat electief herstel kan worden aanbevolen in patiënten met een asymptomatische liesbreuk die ouder zijn dan 49 jaar, met een ASA klasse van > 2 , en waarbij de liesbreuk korter dan 3 maanden bestaat. Deze patiënten groep wordt nauwkeurige observatie ontraden omdat er een verhoogd risico op viscerale inklemming bestaat en een verhoogde morbiditeit en mortaliteit na spoedherstel in het geval van viscerale inklemming. In de patiëntengroep die een asymptomatische liesbreuk heeft langer bestaand dan 3 maanden, jonger is dan 50 jaar en een ASA klasse heeft < 3 kan een conservatief beleid gehanteerd worden. Indien er in deze groep sprake is van inklemming, kan de liesbreuk veilig met een spoedoperatie gecorrigeerd worden.

Zeer recent zijn de lange termijn uitkomsten van de twee eerder genoemde gerandomiseerde studies gepubliceerd. Daaruit blijkt dat de meeste patiënten met een asymptomatische liesbreuk uiteindelijk toch pijnklachten ontwikkelen en in aanmerking komen voor chirurgisch herstel. Nauwkeurige observatie lijkt nog steeds een veilige optie, maar de kosteneffectiviteit dient in de toekomst opnieuw bekeken te worden.

Voor het diagnosticeren van een liesbreuk kan veelal volstaan worden met een lichamenlijk onderzoek en zelden is aanvullende diagnostiek benodigd, zoals echo of MRI. Differentiatie in het type liesbreuk, te weten mediaal of lateraal, wordt als moeilijk en uitdagend beschouwd bij lichamenlijk onderzoek, maar ook bij aanvullende modaliteiten. Omdat deze wetenschap zelden iets veranderd aan de indicatie tot operatie of operatietechniek, wordt er weinig waarde toegekend aan dit pre-operatieve onderscheid. Echter, sommige chirurgen propageren indien er sprake is van een unilaterale mediale breuk bij de oudere patiënt, om gelijktijdig een profylactische mat te plaatsen aan de contralaterale zijde. Gedacht wordt dat het risico op het ontwikkelen van een tweede liesbreuk aan de contralaterale zijde verhoogd is in deze groep. Daarbij is het laparoscopisch corrigeren van een mediale breuk gezien de beperkte dissectie simpeler dan het corrigeren van een laterale breuk. Preoperatieve kennis van het type breuk draagt dan wel degelijk bij aan de preoperatieve planning en ook in trainingsverband. Om die reden hebben we een prospectieve studie opgezet om bij 200 patiënten vast te stellen of het mogelijk is om op basis van het lichamenlijk onderzoek onderscheid te maken tussen een mediale en laterale liesbreuk (**hoofdstuk 3**). Bij de eerste 100 patiënten werd de vinger-occlusie test gebruikt om preoperatief onderscheid te maken en werden deze uitkomsten vergeleken met de intra-operatieve bevindingen (gouden standaard). De vinger-occlusie test houdt manuele reductie van de liesbreuk in, met tegelijkertijd

compressie op de vermoedelijke annulus internus. Bij het uitvoeren van de Valsalva manoeuvre wordt gekeken of de breuk direct tevoorschijn komt gedurende de compressie op de annulus internus (mediale liesbreuk) of pas later bij het loslaten van de annulus internus (laterale liesbreuk). Het bleek dat middels deze methode een correctie diagnose kon worden gesteld in 86% van de patiënten wanneer het een laterale breuk betrof, maar bleek bij patiënten met een mediale liesbreuk onnauwkeurig. Bij de tweede groep van 100 patiënten werd de vinger-occlusie test uitgebreid en werd lokalisatie van de epigastrische vaten met een Doppler-apparaatje toegevoegd om zo de vermoedelijke plek van de annulus internus nauwkeuriger te bepalen. De uitkomsten verbeterde aanzienlijk en nu was de diagnose correct in 93% van de laterale breuken en in 79% van de mediale breuken. Geconcludeerd werd dat middels deze nieuwe methode accuraat gedifferentieerd kan worden tussen mediale en laterale liesbreuken.

Wanneer chirurgisch herstel van een liesbreuk geïndiceerd is, bestaan er grofweg twee chirurgische methoden. De eerste methode betreft de open methode waarbij de achterwand van het lieskanaal via een anterieure wijze benaderd en versterkt met een mat wordt. De tweede methode betreft de laparoscopische methode waarbij de achterwand van het lieskanaal via een posterieure wijze benaderd en versterkt met een mat wordt. Deze laparoscopische methode kan zowel via een pre-peritoneale route uitgevoerd worden zoals bij een TEP (total extraperitoneal repair) alsook via de intra-abdominale route zoals bij een TAPP (transabdominal preperitoneal repair). Een voordeel van de open benadering is dat deze operatie ook onder lokale verdoving uitgevoerd kan worden. Minder postoperatieve pijn, snel herstel en de mogelijkheid om direct de contralaterale zijde te inspecteren en eventuele contralaterale defecten te corrigeren zijn voordelen van een laparoscopische operatie. Een dergelijk contralateraal defect wordt ook wel een occulte breuk genoemd. Bij patiënten met een unilaterale symptomatische liesbreuk, wordt bij mogelijk 51% een occulte contralaterale breuk gevonden. Hoewel men niet zeker weet of een dergelijke breuk symptomatisch kan worden en wetenschappelijk bewijs daarvoor ontbreekt, wordt in het algemeen toch geadviseerd om een occulte breuk direct te corrigeren. Om deze reden hebben we een retrospectieve studie opgezet om de incidentie van occulte breuken vast te stellen en het natuurlijke beloop van asymptomatische occulte breuken te vervolgen (**hoofdstuk 4**). Alle patiënten die tussen 1993-2010 aan een unilaterale liesbreuk werden geopereerd werden geïnccludeerd. Geen van hen had preoperatief een zwelling aan de contralaterale zijde bij routine lichamelijk onderzoek. Indien dat wel het geval was, werd de patiënt geëxcludeerd. Tijdens de laparoscopische liesbreukcorrectie werd bij 13% van de 1681 geïnccludeerde patiënten een occulte contralaterale liesbreuk gevonden. Er werden twee soorten occulte defecten gevonden. Ten eerste was er bij 8% van de patiënten sprake van een evidente breuk,

waarbij de breukpoort zo groot was dat herniatio van intra-abdominale organen mogelijk was. Indien een dergelijke breuk werd gevonden werd deze direct gecorrigeerd. Ten tweede werd er bij 5% een zogenaamde hernia incipiens gevonden, ofwel een “dreigende” breuk. Een dreigende breuk is een beginnende breuk met een heuse breukpoort en peritoneale intrekking, maar waarbij de breukpoort te klein is om herniatio van intra-abdominale organen toe te laten. In dat geval werd er geen correctie ondernomen en werden de patiënten vervolgd. De patiënten werden postoperatief niet geïnformeerd over de aanwezigheid van de occulte hernia incipiens aan de contralaterale zijde. Na follow-up van meer dan 9 jaar had 21% van de patiënten waarbij een hernia incipiens peroperatief werd gediagnosticeerd een symptomatische breuk ontwikkeld aan diezelfde zijde.

Indien een hernia incipiens direct gecorrigeerd wordt, verlengt dit de operatie met 5-10 minuten en worden de totale operatieve kosten verhoogd met de toegenomen operatie tijd en een extra kunststof matje. Echter, directe correctie voorkomt een toekomstige operatie, met bijbehorend ziekteverzuim, preoperatieve consultatie van een chirurg en anesthesist en ziekenhuisopname, en is daarom in de meeste landen kosteneffectief, zonder verschillen in morbiditeit en mortaliteit vergeleken met unilateraal herstel. We concludeerden daarom dat in het geval van een occulte breuk aan de contralaterale zijde, directe correctie aanbeveling verdient, ongeacht de grootte. Patiënten met een unilaterale liesbreuk kunnen daarom preoperatief geïnformeerd worden over de mogelijkheid van het aantreffen van een asymptomatische breuk aan de contralaterale zijde en eventueel instemmen met directe correctie.

Een ander veelvoorkomend fenomeen bij de liesbreukchirurgie is het aantreffen van een inguinaal lipoom tijdens de preperitoneale exploratie. Een inguinaal lipoom is een lipoom in de lies dat een liesbreuk kan vergezellen, maar ook solitair kan voorkomen. De patiënt presenteert zich dan met een zwelling in de lies, maar tijdens intra-abdominale inspectie wordt geen peritoneale intrekking gevonden. Wanneer het peritoneum geopend wordt, kan een hernierend lipoom gevonden, zonder evidente breukzak. Om deze reden wordt een inguinaal lipoom als een valkuil gezien binnen de liesbreukchirurgie. Ook kunnen inguinale lipomen een recidief na liesbreukchirurgie imiteren. De incidentie van het inguinale lipoom betreft 21-26%.

Tijdens het uitbreiden van onze laparoscopische liesbreuk ervaring hebben we twee verschillende inguinale lipomen ontdekt. In de literatuur wordt tot dusver geen onderscheid gemaakt tussen de twee entiteiten, vermoedelijk omdat de origine van de twee verschillende inguinale lipomen verborgen blijft bij een open anterieure benadering van het lieskanaal. In **hoofdstuk 5** beschrijven we de origine, klinische presentatie en bijbehorende behandeling van de twee verschillende inguinale lipomen. We hebben 854 opeenvolgende laparoscopische liesbreukcorrecties geanalyseerd. In 24% van de

liesbreukcorrectie was een inguinaal lipoom aanwezig waarbij we onderscheid konden maken tussen twee entiteiten. Het meest voorkomende inguinale lipoom (68%) is het plica lipoom dat zijn oorsprong vindt aan de plica umbilicalis medialis. Dit lipoom is nauw gerelateerd aan het peritoneum en kan zich met of zonder peritoneale intrekking/breukzak presenteren. Dit lipoom kan zowel door een insufficiënte achterwand herniëren als een mediale breuk, als door de verwijde annulus internus als een laterale breuk. Met verloop van tijd, zouden deze plica lipomen zich tot echte liesbreuken kunnen ontwikkelen, vanwege de nauwe relatie met het peritoneum. De peritoneale protrusie zal geleidelijk toenemen met het herniërende lipoom, resulterend in een glijbreuk. Om die reden moet een plica lipoom zonder peritoneale intrekking als een incipient of beginnende breuk gezien worden en overeenkomstig worden behandeld.

Het tweede type lipoom in onze serie betreft het Bogros lipoom, dat zijn origine vindt in de ruimte van Bogros, lateraal van de annulus internus. Dit lipoom werd in 32% van de patiënten met een inguinaal lipoom gediagnosticeerd. Omdat deze lipomen door de annulus internus herniëren kunnen deze Bogros lipomen een laterale breuk imiteren. Bogros lipomen zijn niet gerelateerd aan het peritoneum, maar aan het pre-peritoneale vet. Een Bogros lipoom wordt om die reden niet als een ware liesbreuk beschouwd. Indien een solitair Bogros lipoom wordt gevonden zonder vergezellende peritoneale intrekking is er vanuit een medisch oogpunt geen strikte indicatie om het Bogros lipoom te behandelen. In onze serie vonden we bij 3% van de patiënten een solitair Bogros lipoom zonder vergezellende breukzak. Er is geen bewijs dat de repositie van een herniërend Bogros lipoom leidt tot risicoreductie voor het ontwikkelen van een liesbreuk of tot een verbeterde fysieke toestand. Indien een Bogros lipoom echter simultaan met een liesbreuk gevonden wordt, moet het Bogros lipoom altijd gereponeerd worden om postoperatieve verwarring te voorkomen. In Bogros lipoom dat in situ wordt gelaten kan gemakkelijk voor een recidief worden aangezien.

We stellen voor om de bovengenoemde benaming van de inguinale lipomen toe te passen. Toekomstige studies kunnen aantonen of het mogelijk is om preoperatief met beeldvormende modaliteiten een onderscheid te maken tussen de verschillende lipomen en eventuele behandelstrategie daarop aan te passen.

Bijna 10-15% van alle liesbreukoperaties betreft een correctie van een recidief liesbreuk. De correctie van een recidief liesbreuk wordt als moeilijk beschouwd. De uitkomsten van het Zweedse Liesbreuk Register tonen aan dat de kans op een recidief steeds groter wordt naarmate de liesbreuk vaker recidiveert. Na 24 maanden is de kans op een recidief 4.6% na correctie van een recidief liesbreuk, vergeleken met 1.7% na een primaire liesbreukoperatie. Er is tot dusver geen definitieve techniek gevonden om te voorkomen dat 1 op de 20 chirurgische recidiefcorrecties faalt.

Tot nu toe is het onduidelijk welke techniek gebruikt dient te worden in het geval van een recidief na een eerdere laparoscopische liesbreukcorrectie. De richtlijn van de European Hernia Society adviseert om een recidief na een posterieure correctie te corrigeren met een anterieure correctie en vice versa, gebaseerd op consensus van experts. Een tweede laparoscopische correctie wordt beschouwd als moeilijk vanwege het littekenweefsel door de eerdere operatie en de daardoor verwachte toegenomen kans op complicaties. In **hoofdstuk 6** beschrijven we een retrospectieve studie waarin we de haalbaarheid, veiligheid en betrouwbaarheid vaststellen van een tweede laparoscopische liesbreukcorrectie in het geval van een recidief na eerdere laparoscopisch herstel. In 51 patiënten werden in totaal 53 correcties uitgevoerd na een eerdere laparoscopische correctie. In twee derde van de patiënten betrof het een recidief dat zich aan de mediale of caudale zijde van de eerder geplaatste mat bevond. Twee laparoscopische pogingen werden geconverteerd naar een open anterieure procedure wegens uitgebreide adhesies. In één geval werd het vas deferens peroperatief gelaedeerd. In 9 patiënten trad een postoperatieve complicatie op zoals seroom of hematoom. Er waren geen matinfecties. Bij een follow-up duur van 70 maanden was er sprake van een trocarpoort-hernia bij 4 patiënten. Vier patiënten hadden klachten van pijn postoperatief en werden door die pijn beperkt in de dagelijkse activiteiten. De gemiddelde VAS-score was 5.7 (range 0-61). Er werden geen recidieven gevonden gedurende follow-up middels lichamelijk onderzoek. Er werd daarom geconcludeerd dat een herhaalde laparoscopische correctie een definitieve methode biedt bij de behandeling van een recidief liesbreuk na eerder laparoscopisch herstel. De procedure is haalbaar, veilig en betrouwbaar. Wel zijn we van mening dat de herhaalde laparoscopische correctie van een recidief liesbreuk een moeilijke procedure is en dat het vereiste aantal ingrepen om competentie te bereiken hoger ligt dan bij het laparoscopische herstel van een primaire liesbreuk. In een gespecialiseerd liesbreuk of hoog volume centrum kan deze techniek mogelijk makkelijker aangeleerd en toegepast worden.

Met de introductie van de liesbreukcorrectie middels spanningsloze mat worden tal van nieuwe producten en fixatie technieken ontwikkeld en op de markt gebracht door de medische industrie. Het is daarom van het grootste belang dat een chirurg feedback krijgt over het gebruikte materiaal en de gebruikte techniek door adequate follow-up. Het lichamelijk onderzoek wordt als de gouden standaard voor follow-up na liesbreuk chirurgie beschouwd. Deze methode is tijdrovend en arbeidsintensief, waarbij de meeste patiënten zullen afzien van participatie indien klachten afwezig zijn. De schriftelijke vragenlijst is een alternatieve methode van follow-up. Deze methode is minder tijdrovend en arbeidsintensief, maar ook minder betrouwbaar. Er is een hoge rapportage van fout-positieven en asymptomatische recidieven worden niet opgemerkt. In de zoektocht naar

een simpele, praktische en betrouwbare methode van follow-up na liesbreukchirurgie ontwikkelden wij een nieuwe methode, de “Post-INGuinal hernia repair Questionnaire by telePHONE” (PINQ-PHONE) die wij beschrijven in **hoofdstuk 7**. We ontwikkelden een telefonische vragenlijst die 4 elementen omvat; drie vragen over de geopereerde lies en instructies voor het uitvoeren van een zelfonderzoek middels een do-it-yourself Valsalva manoeuvre. We voerden een prospectieve studie uit met 300 patiënten om de PINQ-PHONE te valideren door deze te vergelijken met poliklinisch lichamelijk onderzoek als gouden standaard. In totaal werden 5 recidieven gevonden waarvan drie recidieven symptomatisch waren en 2 asymptomatisch. Geen van deze vijf patiënten was bij een arts geweest wegens het recidief. Alle vijf patiënten scoorden op één van de elementen van de PINQ-PHONE positief. Tweehonderd-en-twee-en-vijftig patiënten scoorden negatief op alle vier de elementen van de PINQ-PHONE en geen van hen had een recidief bij lichamelijk onderzoek. De overall sensitiviteit van de PINQ-PHONE was 1.00, wat betekent dat alle recidieven zowel symptomatisch als asymptomatisch werden gedetecteerd door de PINQ-PHONE. De uitkomsten tonen aan dat indien een patiënt negatief scoort op alle vier de elementen van de PINQ-PHONE een recidief met 100% zekerheid uitgesloten kan worden. Indien een patiënt positief scoort op een van de elementen van de PINQ-PHONE kan een recidief niet uitgesloten worden en dient de patiënt uitgenodigd te worden voor een poliklinisch bezoek. In onze serie betrof dit 48 patiënten waarvan 5 patiënten een recidief hadden, en 43 patiënten niet. Dit houdt in dat 14% van de totale patiëntengroep uitgenodigd wordt om naar de polikliniek te komen om een recidief uit te sluiten. Deze uitkomst kan grote invloed op de dagelijkse praktijk van een liesbreukchirurg hebben. Follow-up na liesbreukchirurgie kan nu betrouwbaar uitgevoerd worden door eerst de PINQ-PHONE af te nemen, en indien een patiënt positief scoort op één van de elementen vervolgens uit te nodigen voor een poliklinisch bezoek. Indien deze methode toegepast wordt, weerhoudt men 84% van de patiënten een onnodig bezoek naar de polikliniek. Geen enkel recidief wordt gemist, of deze nu symptomatische of asymptomatisch is. We concluderen daarom dat de PINQ-PHONE een betrouwbare, praktische en simpele methode van follow-up na liesbreukchirurgie is om recidieven op te sporen.

In electieve chirurgische zorg, zoals liesbreukchirurgie, zijn wachttijden een belangrijk punt van aandacht. Omdat met de jaren de zorgconsumptie toeneemt, worden wachttijden langer. In Canada werd een onderzoek verricht door de overheid waaruit bleek dat twee derde van de patiënten die wachten op electieve chirurgie angst, zorgen en stress ervaren vanwege het wachten. Eén derde van de patiënten heeft zelfs problemen met het uitvoeren van de dagelijkse activiteiten vanwege het wachten. Om de toegang naar herniachirurgie, zoals lies-, navel- en epigastrische breuken te verbeteren, werd in 2006 in het Queen Elizabeth Health Science Centre in Halifax, Nova Scotia, Canada de “Hernia

Clinic” opgericht. Tot die tijd werden patiënten met een breuk naar één van de hernia-chirurgen verwezen door de huisarts. Op de polikliniek werd de patiënt door de desbetreffende chirurg gezien en werd de indicatie tot operatie gesteld. De patiënt werd op de wachtlijst gezet van de desbetreffende chirurg met zijn specifieke operatie-capaciteit/ mogelijkheid. De wachttijden van het eerste poliklinisch bezoek tot aan operatie varieerden tussen de verschillende chirurgen, afhankelijk van de grootte van de praktijk van de desbetreffende individuele chirurg. Sommige patiënten wachtten 18 maanden voor een liesbreukoperatie.

De nieuw opgezette “Hernia Clinic” is een gezamenlijke praktijk van chirurgen, chirurgen in opleiding, medische studenten, verpleegkundigen, data managers en administratieve medewerkers. Wanneer een patiënt met een breuk naar deze praktijk wordt verwezen, wordt die patiënt door de eerstvolgende beschikbare chirurg op de polikliniek gezien en op een gemeenschappelijke wachtlijst geplaatst. De eerstvolgende beschikbare chirurg zal de patiënt opereren. De patiënt maakt op de dag van de operatie kennis met de opererende chirurg. Op verzoek van de patiënt kan de operatie ook door een specifieke chirurg uitgevoerd worden, met als consequentie dat de wachttijd mogelijk langer is. Met de oprichting van de “Hernia Clinic” werd de wachttijd van verwijzing tot poliklinische bezoek gereduceerd van 208 dagen in 2007 naar 59 dagen in 2009.

Eén van de zorgen in Canada omtrent een dergelijke groepspraktijk is patiënttevredenheid. We hebben daarom een enquête ontwikkeld om de patiënttevredenheid met de “Hernia Clinic” te evalueren. In **hoofdstuk 8** beschrijven we de resultaten van deze schriftelijke enquête. Deze bestond uit 19 vragen die betrekking hadden op de tevredenheid van de patiënt met de “Hernia Clinic” en hun ervaring met verschillende chirurgen die betrokken waren bij hun zorg. Twee derde van de patiënten voelden zich op hun gemak om kennis te maken met de opererende chirurg op de dag van de operatie. Het vertrouwen in de opererende chirurg was groot (86%), ondanks dat de patiënten de opererende chirurg pas op de dag van de operatie leerden kennen. Deze resultaten tonen de publieke steun aan het model van een groepspraktijk. De resultaten stimuleren om dit model uit te breiden om zo de wachttijden te reduceren en de beschikbare zorg beter te benutten.

De laatste twee decennia zijn twee richtlijnen omtrent liesbreukchirurgie opgesteld door twee internationale chirurgische verenigingen; de European Hernia Society (EHS) Guidelines in 2009 en de International EndoHernia Society (IEHS) Guidelines in 2011. Beide richtlijnen zijn opgesteld door een groep hernia chirurgen gebaseerd op het beste wetenschappelijke bewijs voorhanden en meningen van de experts. Beide richtlijnen voorzien de liesbreukchirurg met praktische handvatten voor de dagelijkse liesbreukpraktijk. In 2012 nam de European Association of Endoscopic Surgery (EAES) een initiatief om een consensus bijeenkomst te organiseren voor alle leden van deze

internationale chirurgische vereniging, met als doelstelling om een richtlijn te ontwikkelen die niet alleen gebaseerd is op wetenschappelijk bewijs en expertise van een select gezelschap, maar ook op de mate van consensus van de leden van de EAES. Een internationale geselecteerd panel van de EAES evalueerde de bestaande literatuur kritisch en formuleerde stellingen over verschillende aspecten van laparoscopische liesbreukchirurgie voorafgaand aan de bijeenkomst van alle leden van de EAES. Gedurende deze bijeenkomst die plaatsvond in Brussel, konden alle leden aangeven in welke mate zij het eens waren met de verschillende stellingen. De mate van consensus werd berekend per stelling. Een manuscript werd geschreven (hoofdstuk 9) waarin een overzicht wordt gegeven van het best beschikbaar wetenschappelijk bewijs, de opinie van de experts en de mate van consensus van de leden van de EAES. Opvallend was dat de mate van consensus van de leden van de EAES niet per definitie overeenkomt met de mate van het wetenschappelijke bewijs. Wetenschappelijk bewijs wordt dikwijls beoordeeld op de kwaliteit van de gebruikte methodologie, zoals bij de veel gebruikte Oxford Classification. De gebruikte methodologie zegt echter niets over de gebruikte chirurgische techniek en de toepasbaarheid ervan. De consensus van de chirurgische verenigingen kan daarom verschillen van de wetenschappelijke bewijsvoering en is om die reden van additionele waarde in het opstellen van richtlijnen voor de liesbreuk chirurg.