

ENTEROCUTANE FISTELS NA ONCOLOGISCHE HEELKUNDE: EEN VERPLEEGKUNDIGE UITDAGING

F. Meuleneire*

Een fistel is een abnormale verbinding tussen een hol orgaan en een ander hol orgaan of de huid. Gastro-intestinale fistels worden ingedeeld naar hun anatomische ligging, het debiet van de output en de vraag of ze in- of uitwendig zijn⁸.

Een enterocutane fistel of een externe fistel is een abnormale verbinding tussen het digestieve traject en de huid. Deze fistels kunnen ontstaan ten gevolge van gastro-intestinale heelkunde, in een wonddehiscentie, bij abcedaties, doorheen bestraalde weefsels, als complicatie van een inflammatoire darmziekte (bvb: Crohn), bij maligniteiten en bij obstructies van de dundarm^{4,22}.

Dit artikel wil de taak van de verpleegkundige binnen een multidisciplinair team in het licht stellen.

INLEIDING

Het blijven bestaan van een fistel wordt meestal veroorzaakt door een drukverval tussen beide organen waardoor de inhoud van het ene orgaan continu of regelmatig in het andere overloopt en zo de verbinding open houdt¹⁶. Bij oncologische oorzaken zien we dat tumorgroei de fistel kan onderhouden. Ook bij een distale vernauwing op het darmtraject zal het darmvocht de weg van de minste weerstand volgen en dus de fistel onderhouden.

Irving en Beadle²⁶ catalogeerden de fistels in vier categorieën volgens de toestand van de huid. Hierbij werd rekening gehouden met de plaats van de fistelopening ten overstaan van wonden of botstructuren, nabijgelegen littekens en wonden. Hoe hoger de categorie, hoe complexer de problematiek en de verzorging ervan.

Andere classificaties¹¹ delen de fistels in als eenvoudige of complexe fistels, waarbij de complexe fistels nogmaals verdeeld worden in type 1 en 2.

Het fistelbeleid richt zich naar het stabiliseren van sepsis, het herstellen van vocht, elektrolyten en zuur-base evenwicht, het onder controle krijgen van de fistel en het streven naar het herstel van de integriteit van het

maagdarmkanaal^{8,11}. De verpleegkundige taak situeert zich vooral in het beschermen van de perifistulaire huid. De enzymatische samenstelling van de output bepaalt, veel meer dan het debiet van de output, de schadelijkheid voor de huid (Zie foto 1).

Fistels kunnen spontaan sluiten maar zolang zij aanwezig zijn, kunnen zij de huid eroderen. Het heelkundig sluiten van een fistel wordt overwogen als de fistel na zes⁴ tot acht²⁵ weken niet dicht is of bij high-output, waarbij meer dan 500 ml vocht per 24 uur geproduceerd wordt. Bij onderliggende maligniteiten mag men niet hopen op spontaan sluiten van de fistel¹¹. Het operatief ingrijpen is in die situatie soms niet meer mogelijk, en hierdoor zal het fistelbeleid vaak een emotionele, fysische en financiële uitdaging²³ betekenen voor de patiënt. Andere redenen waarom een fistel niet sluit zijn een distale obstructie¹¹, een fisteltraject korter dan twee centimeter en een darmwanddefect met een diameter groter dan één centimeter. Als verpleegkundige hebben we binnen een multidisciplinair team de taak om zorgvuldig en geduldig de fistel te verzorgen en op zoek te gaan naar de beste behandelingsmethode.

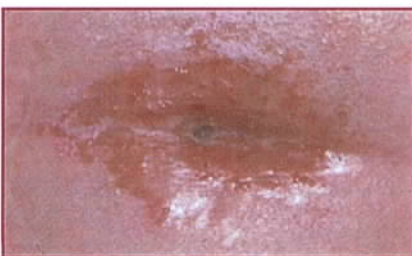
/ 24 uur) en high-output fistels (meer dan 500 ml / 24 uur). Naargelang de fistel zijn oorsprong vindt op een bepaald niveau van het gastro-intestinaal traject, zal het wondvocht verschillende karakteristieken vertonen. Observaties van geur, kleur, consistentie, hoeveelheid en corrosiviteit, zijn richtinggevend om de oorsprong van de fistel te helpen bepalen.

Actieve proteolytische enzymen veroorzaken een chemische irritatie op de perifistulaire huid, waardoor pijnlijke erosies en rampzalige huidletsels kunnen ontstaan (Zie foto 2). Verzorgingsproblemen zullen veelal afhangen van de lokalisatie van de fistel. De nabijheid van huidplooiën, beenderige structuren of littekens, zal een probleem vormen bij het beschermen van de omliggende huid.

Soms ligt sepsis ten grondslag van de fistel. Toch kan ook omgekeerd een infectie en mogelijk sepsis ontstaan via het fisteltraject.

Indien de fistel uitmondt in een open wond zal dit aanleiding geven tot vertraagde wondheling.

Door het verlies aan vocht kan dehydratie, elektrolytenstoornissen en malnutritie ontstaan⁸.



ALGEMENE PROBLEMATIEK

Bij enterocutane fistels dienen we rekening te houden met een continue vochtproductie. We onderscheiden de fistels volgens drie categorieën²¹ fistels die weinig exsudaat produceren (10-50 ml / 24 uur), fistels die veel exsudaat produceren (50-500 ml



Tot slot moeten we weten dat bij enterocutane fistels een mortaliteit van 6,5 à 21 % beschreven wordt^{11,25,28}. Hoe proximaler de fistel, hoe hoger de mortaliteit. Bovendien hebben fistels, geassocieerd met maligniteit de hoogste mortaliteitscijfers²⁸. Soeters et al²⁹ toonde in een studie aan dat de mortaliteitscijfers lager zijn bij een multidisciplinaire aanpak. De cijfers hangen vooral af van het type fistel, de etiologie en de individuele gezondheidstoestand van de patiënt.

Het fistelvocht zal vaak een weerzinwekkende geur verspreiden. Afhankelijk van de oorsprong van de fistel, zoals het niveau in het darmkanaal of de aanwezigheid van een abcedatie, zal de geur verschillen in intensiteit en samenstelling.

PERIFISTULAIRE HUIDPROBLEMEN

Huidletsels kunnen veroorzaakt worden door mechanisch trauma. Bij het verwijderen van adhesieve huidbeschermers of bij druk door drains of tubes, kan de huid beschadigd worden. Hoe vaker de verbandwisseling, hoe meer kans op mechanische letsels. Frequentier zien we chemische irritaties door enzymerijk fistelvocht of door lage pH bij gastrische fistels. Ook agressieve antiseptica en verzorgingsproducten als Dakin, azijnzuur en benzoëtinctor, kunnen huiderosies in de hand werken³⁰. Door een brandend pijngevoel veroorzaken deze huiderosies een ernstig discomfort bij de patiënt. Meestal zijn frequente verbandwissels nodig, waardoor extra pijn en ongemak veroorzaakt worden.

Door de continue fisteloutput zijn de verbanden bijna continu oververzadigd. Hierdoor kan de huid gemacereerd worden.

De huidbeschermingsproducten kunnen soms erytheem veroorzaken. De geïrriteerde huid kan geïnfecteerd geraken, waardoor meer pijn veroorzaakt wordt en waardoor we beperkt worden in het gebruik van een aantal beschermingsproducten. Door het gebruik van opvangzakjes ontstaat vaak een vochtige huidomgeving, waardoor Candida infecties kunnen optreden.

FISTELBELEID: EEN BREDE AANPAK

Naast de stabilisatie van de patiënt door het in evenwicht brengen van vocht- en elektrolytenproblemen, heeft het fistelbeleid tot doel een milieu te creëren waarbij een fistel zo snel mogelijk spontaan sluit en waarbij de neveneffecten van de fistel efficiënt bestreden worden. Als de fistel niet spontaan sluit en heelkundig sluiten niet mogelijk is, moeten we ons toespitsen op een ondersteunende zorg, waarbij de kwaliteit van leven bij de betrokken patiënt verbeterd wordt.

In eerste instantie moet de septische fase behandeld worden. In deze periode zullen breed spectrum antibiotica toegediend worden. Niet septische patiënten met een eenvoudig fisteltraject hoeven geen antibiotische of antimicrobiële behandeling¹¹. Abcedatie moet zo mogelijk chirurgisch gedraineerd worden. Een totale darmrust is noodzakelijk om de fistel te trachten droog te leggen. De patiënt krijgt niets per os. Het toedienen van somatostatine heeft als doel de gastroïntestinale secreties te verminderen door het inhiberen van gastrine, maagzuur, galsecretie, pancreasenzymen en intestinale secreties¹¹. Een totaal parenterale voeding (TPN) wordt via een centrale katheeter toegediend.

Soms wordt geadviseerd een nasogastrische sonde te plaatsen¹ om het maagvocht te draineren en aldus de fisteloutput te verminderen.

Andere studies²⁹ zijn het niet eens met het plaatsen van een maagsonde.

Het toedienen van een H2 antagonist heeft tot doel de maagsecreties te voorkomen en stress erosies te verminderen.

Niet alleen elke fistel is anders, maar evenzeer elke patiënt is uniek, en heeft nood aan een geïndividualiseerde benadering. Bij het starten van de zorg moet de patiënt zorgvuldig ingelicht worden over het hoe en waarom van de behandeling.

De accommodatie en de beschikbaarheid van materiaal binnen een ziekenhuis is totaal verschillend dan in de thuisomgeving. In elke situatie moeten we echter zorgen dat alle nodige materiaal in handbereik is, waardoor de zorg vlot en ongestoord

kan afgewerkt worden.

Hoewel de doeltreffendheid van de behandeling primeert boven de kostprijs, moeten we rekening houden met het financiële aspect in het fistelbeleid. Langdurige hospitalisaties en dure behandelingen wegen zwaar op het budget van de patiënt en zijn gezin. Verpleegkundigen met een brede productenkennis kunnen efficiëntere zorg bieden aan fistelpatiënten. De duurste methode voor fistelzorg is het gebruik van katoenen gaasverbanden^{11,32}. Het draineren van een wond is iets minder duur en het gebruik van wond- of stomaopvangzakjes kost slechts 1/5 van het drainagesysteem³².

Bij het verzorgen van een enterocutane fistel is technische vaardigheid een cruciale meerwaarde. Bovendien is het belangrijk de nodige verzorgingstijd te voorzien om te voorkomen dat opvangmateriaal en verbanden vroegtijdig moeten gewisseld worden⁶. Met de nodige creativiteit kunnen we ideeën, verzorgingsmethodes en verbandmiddelen combineren om tot verrassend goede oplossingen te komen. Tijdens de zorg is het meestal raadzaam om in een paar extra handen te voorzien van een collega, een familielid of zelfs beroep te doen op hulp van de patiënt zelf.

De continuïteit van de zorg kan pas gegarandeerd worden als een degelijke verslaggeving bijgehouden wordt. Zo zal iedereen binnen het team dezelfde behandelingsprocedure kunnen volgen met dezelfde graad van succes.

EEN VERPLEEGKUNDIGE UITDAGING: DE HUIDPROTECTIE 1. DOELSTELLINGEN

Door bescherming van de perifistulaire huid moet de integriteit van de huid bewaard blijven. Een goede beheersing van de output heeft tot doel het vocht gescheiden te houden van de omliggende huid. Hierdoor zijn we bovendien in staat het debiet van het fistelvocht te meten, wat nodig is om een vocht- en elektrolytenbalans te kunnen bijhouden. Afhankelijk van oorzaak, verwachting voor spontaan sluiten en mogelijkheid tot chirurgisch sluiten, moeten we de patiënt en onszelf voorbe-

reiden op een lange-termijnbehandeling.

Door het verzekeren van de mobiliteit, het esthetisch afwerken vanverbanden en camoufleren van verbandmateriaal beogen we het verhogen van het patiëntencomfort.

De geurcontrole heeft een belangrijke impact op het sociale leven van de patiënt en is daarom een heel belangrijke uitdaging bij het verpleegkundig fistelbeleid.

De open wond of fistel betekent een toegangspoort voor pathogene kiemen. Als verpleegkundige moeten we het risico op kruisinfecties verminderen.

We kunnen veelal beschikken over hightech opvangmateriaal en verzorgingsproducten. Het verantwoord economisch om te gaan met deze producten is een belangrijke factor in het beleid.

2. METHODOLOGIE

Het zal er op aan komen om bij het ontstaan van een fistel vroegtijdig in te grijpen om huiderosies te voorkomen. Zolang de perifistulaire huid intact blijft, is er minder kans voor problemen met fixatie van huidbeschermingsmateriaal⁶.

Voor het starten maar ook tijdens de zorg, lichten we de patiënt goed in over de stappen die ondernomen worden om het fistelbeleid in goede banen te leiden. De medewerking van de patiënt is vaak doorslaggevend voor het welslagen van de behandeling.

Initieel doorloopt een fistelmanagement vaak een trial & error periode. Dit wil niet zeggen dat we telkens het warm water moeten uitvinden.

We beschikken over een aantal richtlijnen die ons helpen het beleid in goede banen te leiden. Door bij elke verbandwissel te re-evalueren en de nodige aanpassingen te doen, kunnen we tot een geïndividualiseerde

verzorgingsmethode komen.

De materiaalkeuze is vooral afhankelijk van de hoeveelheid wondexsudaat. Indien de fistel weinig exsuderend is (10 à 50 ml/24 uur) kan het volstaan een gewoon absorberend verband te gebruiken in combinatie met een goede huidbescherming. Bij hogere output (50 tot 500 ml/24 uur) waarbij de fistelopening niet te groot is of in een wond ligt, kan men best een eendelig mini drainagezakje of een mini ileo- of urostomazakje gebruiken²¹⁻²⁴. Bij grotere fistelopeningen kan men grotere drainagezakjes of eendelige uro- of ileostomiezakjes gebruiken. Men kan deze systemen aansluiten op een nachtc collector of eventueel op een dijszakje, wat zowel de opvangcapaciteit als de mobiliteit verhoogt. Het debiet van het fistelvocht kan hierbij nauwkeurig gemeten worden.

Irrang en Bryant²⁴ raden aan om opvangzakjes te gebruiken zodra verbandwissel om de 4 uur of frequenter moet gewisseld worden. Hierbij is het belangrijk dat opvangzakjes langer dan 24 uur kunnen ter plaatse blijven.

Bij het plaatsen van een opvangzakje zorgen we voor een propere, effen en droge huidoppervlakte. De huid kan voorzichtig en heel zorgvuldig gereinigd worden met vochtige doekjes of zelfs met warm water en een zachte zeep. Voor het plaatsen van huidbeschermingsmateriaal, wordt de huid lauw drooggeföhnt.

De peri-fistulaire huid wordt geschoren om te voorkomen dat beharing in het beschermmateriaal zou kleven. Bovendien voorkomt dit ontsteking van de haarfollikels⁶.

Sommige patiënten hebben een olieachtige huid waardoor het opvangmateriaal snel los komt. Om dit probleem op te lossen kan de huid aangestipt worden met benzoëtinctor, waardoor de adhesie zal versterken⁶.

Tijdens de verzorging is het raadzaam het exsudaat continu te aspireren (Zie foto 3). Indien ook maar een paar druppels onder de huidbescherming terecht komen, zal de huid verder eroderen en zal het opvangmateriaal vroegtijdig loskomen.

Om het vocht van de geërodeerde huid te absorberen kan een hydrocolloïdpoeder gebruikt worden. Dit maakt het mogelijk om een stomaplaat te kleven op de huid.

Om plooiën en geultjes te overbruggen wordt pasta in combinatie met stukjes hydrocolloïd gebruikt om een dammetje te bouwen dat het irriterende exsudaat verhindert om met de huid in aanraking te komen. Wanneer de fistelopening in een wond gelegen is, kan vaak geen opvangzakje geplaatst worden. In dit geval is het raadzaam een laagvacuümdrainage¹⁵⁻²⁰ aan te leggen, waarbij het agressieve fistelvocht actief weggezogen wordt en niet in contact kan blijven met de omgevende huid. Het is raadzaam een katheter met voldoende openingen in het diepste gedeelte van de wond te plaatsen om te voorkomen dat wondvocht zich zou opstapelen. Het lumen van de katheter wordt aangepast naargelang de viscositeit van het fistelvocht. Op de wondbodem kan een alginaat of een hydrofiber verband geplaatst worden om een gunstig wondhelingsmilieu te creëren (Zie foto 4).

Vaak produceren darmfistels gassen die een zeer onaangename geur verspreiden. Het geurprobleem wordt best opgelost door het plaatsen van een geurdicht opvangzakje, zelfs bij een lage output. We kunnen bv ileostomiezakjes met ingebouwde koolstoffilter gebruiken om het geurprobleem op te lossen (Zie foto 5). Bij een laag fisteldebiet, waarbij geen opvangzakje gebruikt wordt, kan



ook een absorberend koolstofverband gebruikt worden. We moeten ermee rekening houden dat vochtcontact de actieve kool zal inactiveren. Bovendien is het raadzaam na de verzorging een goede kamerverluchting en een discrete kamerontgeuring te gebruiken. Een bos geurende rozen of een potje hyacinten zijn niet alleen een frisse blikvanger, maar kunnen bovendien heel wat onaangename geuren camoufleren. Het verzorgen van een fistel veronderstelt een doorgedreven handhygiëne. Gezien de complexe handelingen, is het dragen van handschoenen nodig. Het opvangmateriaal hoeft niet steriel te zijn¹¹.

Bij het op zoek gaan naar oplossingen is het belangrijk om als één team achter een goed bestudeerd fistelbeleid te staan. Hierbij moeten huisarts, internist, chirurg, verpleegkundigen, stomaverpleegkundigen, diëtisten en fysiotherapeuten vermijden om tegenstrijdige berichten naar de patiënt te brengen. Het is soms nuttig eens raad vragen bij ervaren collega's uit andere centra, om een bevestiging te horen of om ideeën op te doen betreffende het verzorgingsprobleem. De beslissingen moeten duidelijk naar de patiënt over gebracht worden, zodat hij ze begrijpt en er ook akkoord mee gaat. Eens het opvangsysteem geplaatst, zal de patiënt best nog een uurtje rustig op bed blijven liggen om een betere hechting van het huidbeschermingsmateriaal te verzekeren⁸.

Tussen twee verzorgingen in zal het opvangmateriaal regelmatig gecontroleerd worden op mogelijke lekkage en overvulling. Wanneer er plots pijn optreedt of het materiaal los komt van de huid, moet het probleem onmiddellijk opgelost worden. Door heel intensief en strikt bij het minste lek het materiaal te vervangen, zien we dat de tijd tussen twee lekkages steeds langer wordt. De applicatietechniek is even belangrijk als de keuze van het opvangmateriaal. Door re-evaluatie kunnen we de effectiviteit van het systeem telkens verfijnen.

Het is belangrijk de patiënt te informeren om bij braken, hoesten, niezen of voorover buigen, het opvangmateriaal te ondersteunen door er

met de hand op te drukken.

Om huidirritatie te voorkomen is het bij elke lekkage nodig om een volledig nieuwe verbandwisseling te doen. Het bijkleven van kleefpleisters en polyurethaanfolies zal het probleem van lekkage niet oplossen, en zelfs aanleiding zijn tot verdere erosies en discomfort ter hoogte van de peri-fistulaire huid.

Wanneer door het vochtig klimaat onder opvangzakjes een Candidainfectie is ontstaan, trachten we deze te behandelen door de huid zo droog mogelijk te houden, en door gebruik van opvangzakjes welke voorzien zijn van een goede luchtdoorlatende non-wovenlaag. De geïnfecteerde huid wordt zo mogelijk bloot gesteld aan de lucht en bovendien kunnen anti-schimmelproducten gebruikt worden.

3. HUIDBESCHERMENDE PRODUCTEN

De keuze van de huidbeschermende producten is afhankelijk van de lokalisatie, de grootte, de output en de perifistulaire huidomgeving. Bij een vochtige omgeving kunnen we een vochtresorberende protector gebruiken. Oneffenheden door wondnaden, littekens en huidplooiën kunnen we overbruggen door gebruik te maken van huidpasta. Indien de huid een vochtige irritatie vertoont, is het aangeraden een hydrocolloidplaat te gebruiken. Deze is in staat om meer vocht te absorberen dan de kleefplaten voor stomaten fistelzakjes.

Is de huid nog niet geïrriteerd, dan gebruiken we een huidbeschermende spray of stick om stripping letsels te voorkomen tijdens het frequent wisselen van opvangzakjes.

Enkel bij lage output, wanneer dus geen opvangzakje dient geplaatst te worden, kunnen we gebruik maken van zalven en crèmes.

ENTEROCUTANE FISTEL IN EEN WOND

Het irriterende fistelvocht in een open wond verhindert de granulatie van het wonddefect en zal de wond eroderen, waardoor diepe cavitaire wonden ontstaan (Zie foto 5). Het wondbeleid wordt daarom toegespitst op het actief verwijderen van de fistel output uit het wondgebied².

Met een aspiratiesonde draineren we het vocht met een continue of intermittente suctie van 60 à 80 mm Hg onder een occlusieve wondfolie. Als de fisteloutput geïsoleerd is, wordt een routine protocol voor vochtige wondheling aanbevolen¹¹. Op de wondbodem kan een alginaat, een hydrofiber of een foamverband geplaatst worden. We vermijden het gebruik van antiseptica^{11,31,32}, debrideren zo nodig, vullen ondermijnende holtes en beschermen de omliggende huid. Bij elke verbandwissel wordt de wond grondig gespoeld en gereinigd met fysiologische oplossing. Enkel bij klinische tekenen van wondinfectie gebruiken we een antisepticum en wordt volgens het antibiogram van een wondkweek een antibioticum voorgeschreven. Deze techniek houdt rekening met de principes van vochtige wondheling en beschermt bovendien de omliggende huid. Het aspireren van het wondvocht laat een goede controle van het fisteldebiet toe. Door het occlusief afsluiten van wond en fistel, zorgen we voor een efficiënte geurcontrole. De wondfolie laat een visuele controle toe, waarbij we tijdig kunnen vaststellen wanneer een verbandwissel moet gebeuren. Het verband hoeft slechts gewisseld te worden wanneer we merken dat fistelvocht onvoldoende geaspireerd wordt. Het is aldus mogelijk het verband gedurende een paar dagen ter plaatse te houden. Door de beperkte verbandwissels, verhogen we het comfort van de patiënt en werken we economisch door minder verbruik van verbandmaterialen en een lagere tijdsinvestering.

De open wond wordt voortdurend gecontamineerd door het fistelvocht. Omdat het gecontamineerde wondvocht uit het wondgebied geaspireerd wordt, verlagen we de kans op bacteriële wondinfecties. De complexiteit van deze techniek vergt enige vaardigheid bij de verpleegkundige om de aspiratie goed aan te leggen. Het tijdrovende werk moet op een rustige maar zelfverzekerde wijze uitgevoerd worden. In de thuiszorg beschikken we niet steeds over het nodige materiaal en observatiemogelijkheden. Deze intensieve behandeling vergt daarom

meestal een hospitalisatie. Mits een intensieve ononderbroken aandacht kan de hospitalisatieduur tot een minimum herleid worden. Zodra een opvangzakje probleemloos gedurende 24 uren kan ter plaatse blijven, kan de patiënt ontslagen worden.

PSYCHOSOCIALE IMPLICATIES

Naast de technische ondersteuning hebben fistelpatiënten en hun omgeving nood aan informatie en emotionele ondersteuning¹¹. Bij problemen met enterocutane fistels wordt de patiënt voortdurend geconfronteerd met de behandeling en de complicaties die de fistel met zich meebrengt. Een patiënt die met een fistel geconfronteerd wordt zal meestal heel verbijsterd en angstig zijn omdat hij helemaal geen kennis bezit over de problematiek van enterocutane fistels. Mede door het sterk veranderd lichaamsbeeld, de consequenties op vlak van voeding en de verminderde mobiliteitsmogelijkheden zal de patiënt voortdurend op het spoor van angst en depressie en soms zelfs agressie leven.

Het verzorgen van een fistel is vaak een onaangenaam, langdurig en pijnlijk gebeuren, waar zowel patiënt als zorgverlener tegen opzien. Zeker in de beginfase, waar meestal weinig

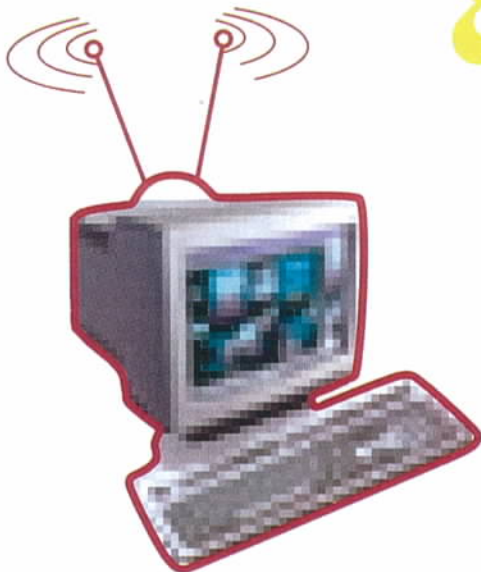
verbetering zichtbaar is, zal de patiënt het psychologisch zeer moeilijk hebben. Het onverwacht lekken van het opvangmateriaal met bijhorende geurhinder, zorgt voor extra spanningen. Daarom moet de eerste stap in de psychologische opvang gericht zijn naar zekerheid in de opvang van de fisteloutput. Hoe langer het materiaal kan ter plaatse blijven, hoe minder de patiënt geconfronteerd wordt met zijn fistelprobleem. Daarna kunnen we ons toespitsen op mobiliteit en esthetische doelstellingen.

Door de intensieve medisch-verpleegkundige benadering en de onwetendheid van de omgeving over het verzorgingsprobleem, zal de patiënt stilaan in sociale isolatie gebracht worden.

Het zal belangrijk zijn om in multidisciplinair team de patiënt op een censgezinde wijze te benaderen en te behandelen. Door het geven van tegenstrijdige gegevens wordt de onrust slechts groter, waardoor het vertrouwen zoek gaat en de patiënt nog dieper geïsoleerd geraakt.

Het belang van een emotionele ondersteuning wordt vaak onderschat of zelfs genegeerd. Psychologen beschrijven drie factoren waarbij kan voorkomen worden dat een moeilij-

ke situatie escaleert tot een crisissituatie: een realistische aanvaarding van het gebeuren, een adequate ondersteuning en een vakkundige benadering van het probleem¹³. Als verpleegkundige kunnen we aan deze drie factoren tegemoet komen. Het is belangrijk de patiënt gerust te stellen en moreel te steunen. Door de patiënt te informeren dat het genezen van een fistel lang kan duren⁴, leren we hem mee geduld te oefenen en vooral niet te wanhopen. Tijdens de langdurige zorgperiode kunnen we stilaan contact opbouwen en het vertrouwen winnen bij de patiënt en zijn partner. Door stap voor stap het wondbeleid uit te leggen, zal de patiënt inzicht krijgen in de zorg en zal hij minder angstig zijn tijdens de moeilijke periode van trial & error. Bovendien betrekken en stimuleren we de patiënt en zijn partner in het verzorgingsgebeuren. Het is immers de enige betrokkene die bij elke wondzorg aanwezig is¹⁵. Door bv eenvoudigweg de patiënt te feliciteren bij zijn opmerking betreffende een detail dat we over het hoofd zien bij de zorg, voelt hij zich onbewust betrokken en belangrijk bij het verzorgen van zijn fistel. De partner kan bv aangeleerd worden om tijdens de verzorging de fis-



**VOOR MEER INFO
ZIE ONZE WEBSITE**

WWW.WCS-NEDERLAND.NL

telopening droog te deppen of het fistelvocht te aspireren tot de huidbescherming en het opvangmateriaal geplaatst is. Ook kan hen aangeleerd worden het zakje te ledigen als het ongeveer 1/3 gevuld is. Het aanleren van zelfzorg leidt tot een hogere vorm van onafhankelijkheid, wat een belangrijke psychische stimulans kan betekenen.

Tenslotte moeten we beseffen dat het fistelprobleem slechts een deelaspect is van het gezondheidsprobleem van de patiënt. Zijn vragen rond de toekomst blijven vaak onbeantwoord en leiden naar angst, onzekerheid en isolatie.

BESLUIT

Door vocht en elektrolytenverlies wordt de patiënt voortdurend geconfronteerd met de mogelijkheid van metabole ontregeling.

Een goed enterocutaan fistelbeleid moet een meerwaarde betekenen wat betreft de zorg en de kwaliteit van leven van de patiënt, waarbij hij zijn waardigheid doorheen een moeilijke periode weet terug te vinden. De professioneel verpleegkundige zorg moet de patiënt in staat stellen zijn sterk aangetaste zelfbeeld gemakkelijker te aanvaarden.

Het management voor enterocutane fistels vergt een teambenadering, waarbij we door onze theoretische kennis van het fistelbeleid en de beschikbare verzorgingsproducten samen met een ruim improvisatievermogen en praktijkervaring de kwaliteit van leven bij deze patiënten aanzienlijk kunnen verhogen.

Het correct en geduldig uitvoeren van een fistelbeleid is lonend omdat het ongetwijfeld de zorg en het welzijn van de patiënt verbetert, meer comfort biedt, het geurprobleem elimineert en de waardigheid in moeilijke tijden herstelt.

* **Frans Meuleneire, Hoofdverpleegkundige Algemene Heelkunde AZ St-Elisabeth, Zottegem België**

LITERATUUR

- Dearlove J.: 'Surgical Management of gastrointestinal fistulas' in: *Surgical Clinics of North America*, Vol 76 n° 5, oktober 1996
- Orringer J., Mendeloff E., Eckhouser F. et al.: 'Management of wounds in patients with complex enterocutaneous fistulas' in: *Surgery, Gynecology & Obstetrics*, July 1987, Vol 165
- Janssen G.: 'Oncologische wonden: Fistelvorming' in: *WCS Wondenboek*, p 1-16
- Brull H.: 'Fistels, de noodzaak van een multidisciplinaire aanpak' in: *Nursing* 1997 1 januari, p 77-79
- Cherry G., Phil D., McClatchey K.: 'Wound Drainage: Effects of Negative Pressure On Healing' in: *Infections in Surgery*, April 1983; p. 243-247
- Meuleneire F.: 'Oncologische wondzorg' in: *Oncologie in de thuisverpleging* p 55-99, 1999
- Montandon S., Guyot M., Degarat F.: 'Application des soins techniques de stomathérapie au cas de fistules digestives' in: *La Stomathérapie, une compétence pour l'approche globale des soins aux stomisés* 1986; p. 156-161
- Forbes A., Myers C.: 'Enterocutaneous fistulae and their management' in: *Stoma Care Nursing, a patient-centred approach* 1996, p.63-77
- Janssen G., Van Den Akker. et al: 'Open buik/Darmfistel' in: *Woundcare Consultant Society Wondenboek*, 1991
- Pederzoli P., Bassi C., Vesentini S.: *Pancreatic Fistulas*, Italy 1992
- Wong D.W., Buie W.D.: 'Management of intestinal fistulas' in: *Intestinal Stomas, principles, techniques and management*, p 278-328, 1993
- De Man H.: 'Fistelzorg: verpleegkundige zorgen bij gastro-intestinale fistels' in: *VLAS, contactblad Vlaamse Stomaverpleegkundigen*, jaargang 3 1997, p 32-41.
- Hampton B.G., Bryant R.A.: 'Ostomies and continent diversions', p 350-353; 1992
- Brull H.: 'Fistels. De noodzaak van een multidisciplinaire aanpak' in: *Nursing*, Jaargang 4, nr 1, p 77-79
- Van Duynen J.: 'De rol van een stomaverpleegkundige bij verzorging van een wond met fistels' in: *WCS-Nieuwsbrief* jaargang 9-1993, nr 4, p 52-53
- Kuijpers JHC: 'Fistels van het maag-darmkanaal' in: *WCS-Nieuwsbrief* jaargang 11-1995, nr 1, p 4-6
- Arjaans W.: 'Voeding bij fistels: een multidisciplinaire aanpak' in: *WCS-Nieuwsbrief* jaargang 11-1995, nr 1, p 7-9
- Hönen L.: 'De patiënt en de psychosociale aspecten rondom de wondverzorging' in: *WCS-Nieuwsbrief* jaargang 11-1995, nr 1, p 14-15
- Brull H., Gelissen L.: 'Fistels en 'Platzbauch' in: *WCS-Nieuwsbrief* jaargang 11-1995, nr 1, p 16-19
- Nanninck G.: 'Chirurgie bij colo-rectale kanker' in: *Nursing*, jaargang 4, nr 2, p. 56-59, 1997
- Brull H.: 'Wondverzorgingsmaterialen: Creativiteit' in: *WCS-Nieuwsbrief* jaargang 11 -1995, nr 1, p 42-43
- Hess C.: 'Assesing an external fistula' in: *Nursing Library*, jan 1999
- Hess C.: 'Managing a fistula' in: *Nursing Library*, march 1999
- Irrang S., Bryant R.: 'Management of the enterocutaneous fistula' in: *Journal of Enterostomal therapy* 11: 211-225, 1984
- Rinsema W.: 'Gastro-Intestinal Fistulas: Management and Results of Treatment', 1992
- Irving M., Beadle C.: 'External Intestinal Fistulas: Nursing care and surgical procedures' in: *Clinics in gastroenterology* Vol 11 N° 2: 327-336, May 1982
- Yoshiko A.: 'Drainage management in gastro intestinal fistula' in: *Poster presentation on 12th WCET congress Brighton*, 1998
- Rose D., Yarborough MF et al: 'One hundred and fourteen fistulas of the gastrointestinal tract treated with total parenteral nutrition' in: *Surg. Gynecol. Obstet.* 163: 345-350, 1986
- Soeters PB., Ebeid AM et al: 'Review of 404 patients with gastrointestinal fistulas' in: *Ann. Surg.* 190: 189-202, 1979
- Doughty DB.: 'Principles of wound healing and wound management' in: *Bryant: Acute and Chronic Wounds: Nursing Management*, p 31-68, 1992
- Rodeheaver G.: 'Controversies in topical wound management' in: *Wounds* 1: 19-34, 1989
- Bryant R.: 'Management of drain sites and fistulas' in: *Bryant R. Acute and Chronic Wounds: Nursing management*, 248-287, 1992
- Blower A., Irving M.: 'Enterocutaneous fistulas' in: *The Medicine Group (Journals) Ltd, Surgery*, p 27 - 31, 1992
- Frost S.: 'Managing high-output fistulas' in: *Nursing Standard*, sept 11 / Vol 5 / nr 51, 1991