

PARALLELSESSIE ONCOLOGISCHE WONDEN EN ULCERA

ZAAL 718

09.30 – 10.30	Als het water uit de (w)(m)ond loopt. Oorzaak, behandeling en verzorging van speekselfistels	Drs. W.W. Braunius, KNO arts oncologisch hoofd-halschirurg Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht F.W.J. Klomp, verpleegkundig specialist KNO/Kaakchirurgie, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht
10.30 – 11.00	Pauze	
11.00 – 11.30	Wondcomplicaties na liesklierdissectie	M.M. Stuiver MSc afdeling Fysiotherapie, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam
11.30 – 12.00	Het hele pakket bij een lieskliertoilet	M. van Wolfswinkel-Guijt, E. de Lange, oncologieverpleegkundigen, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam
12.00 – 12.30	Onderzoek: Preventieve oedeemtherapie bij patiënten die behandeld worden voor een vulvacarcinoom	M. Löwik, verpleegkundig specialist gynaecologie MANP, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
12.30 – 14.00	Pauze	
14.00 – 14.30	Nattende oncologische ulcera belicht vanuit de thuissituatie	L. Evers, wond- en decubitusconsulent, De Stromen Op Maat Groep, Zwijndrecht
14.30 – 15.30	Casuïstiek in groepjes. Aanbieden van "Tips en Trics"	Commissie oncologische wonden en ulcera
15.30 – 16.30	Afsluiting in Expozaal	
	Uitreiking WCS Award 2009	R.M. Baljon, voorzitter WCS
	Artiest + jubileumborrel	

09.30 – 10.30 Als het water uit de (w)(m)ond loopt. Oorzaak, behandeling en verzorging van speekselfistels

W.W. Braunius, KNO-arts oncologisch hoofd-halschirurg, F.W.J. Klomp, verpleegkundig specialist KNO/Kaakchirurgie

Speekselfistels in het hoofd-halsgebied kunnen veroorzaakt worden door ziekteprocessen zoals infecties of maligniteiten, maar ontstaan meestal secundair na een operatieve behandeling in dat gebied. Met name als patiënten in een eerder stadium bestraald zijn, kunnen postoperatieve wondgenezingsstoornissen optreden met een speekselfistel als gevolg.

Speekselfistels worden dan vooral gezien na een operatie aan het strottenhoofd (larynx) of oorspeekselklier (parotis). De behandeling is meestal conservatief: goede wondverzorging en, met name, geduld lossen het probleem meestal op. Alternatieve voeding van de patiënt is dan een punt van aandacht. Indien operatieve interventie gewenst is, komt de reconstructieve (microvasculaire) chirurgie om de hoek kijken.

Aan de hand van casuïstiek worden etiologie, behandeling en verzorging met de deelnemers besproken.

11.00 – 11.30 Wondcomplicaties na liesklierdissectie

M.M. Stuiver

Het verwijderen van de oppervlakkige lymfklieren uit de lies (inguinale lymfklierdissectie), al dan niet in combinatie met het verwijderen van de diepe klieren (iliacale lymfklierdissectie), wordt verricht bij patiënten met lymfkliermetastasen van gynaecologische en urologische tumoren, of van een melanoom van de benen of buik. De klierdissectie kan worden verricht bij macroscopisch aantoonbare tumoren, of na een positieve schildwachtklier (sentinal node) procedure. Het verwijderen van de lymfklieren uit de lies gaat gepaard met een hoog risico op complicaties. De incidentie van lymfoedeem van de benen en/of de genitaal zone bedraagt tussen de 28 en 55%. Daarnaast treden er frequent wondcomplicaties op, zoals wondinfectie, wondrandnecrose, lymphocele vorming en het openvallen van de wond. Om zicht te krijgen op deze wondcomplicaties is een retrospectieve cohortstudie verricht, waarbij de frequentie van voorkomen van complicaties en risicofactoren voor het optreden van complicaties zijn onderzocht. In de lezing zullen de opzet en de resultaten van deze studie worden besproken.

11.30 – 12.00 Het hele pakket bij een lieskliertoilet

M. van Wolfswinkel-Guijt, oncologie verpleegkundige, E. de Lange, oncologieverpleegkundige

PARALLELSESSIE ONCOLOGISCHE WONDEN EN ULCERA

ZAAL 718

Na een liesklierdissectie ontstaat er regelmatig wondproblematiek in de vorm van o.a. wondinfectie, wondrandnecrose en seroomvorming. De ingreep wordt regelmatig verricht bij lymfkliermetastasen of verdenking hierop bij melanoom, urethracarcinoom en bij peniscarcinoom.

Geschetst wordt wat de ingreep inhoud en welke problemen daarbij te verwachten zijn. Aan de hand van wat foto's wordt de wondzorg in beeld gebracht en kunnen eventueel ervaringen uitgewisseld worden.

De presentatie biedt achtergrondinformatie en adviezen voor een effectieve wondverzorging.

De psychosociale zorg aan de patiënt wordt daarbij niet vergeten.

De doelgroep is naast verpleegkundigen van een chirurgische afdeling ook zeker medewerkers in de thuiszorg. Omdat als de patiënt vanuit het ziekenhuis ontslagen wordt, de wond meestal nog niet genezen is en de zorg extramuraal kan worden overgenomen.

12.00 – 12.30 **Onderzoek: Preventieve oedeemtherapie bij patiënten die behandeld worden voor een vulvacarcinoom**

M. Löwik, verpleegkundig specialist gynaecologie

Inleiding

De primaire behandeling voor patiënten met een vulvacarcinoom is chirurgisch. De standaardbehandeling bij laagstadium tumoren (T1-2N0M0) bestaat uit een radicale verwijdering van de tumor met meenemen van de oppervlakkige en diepe lymfklieren in de lies. Deze behandeling gaat vaak gepaard met complicaties zoals wonddehiscentie, wondinfectie, lymfocèle en lymfoedeem.

Inhoud

Tijdens deze presentatie zal het onderzoek worden toegelicht dat is gedaan naar preventieve oedeemtherapie. In deze studie is onderzocht of door het toepassen van preventieve oedeemtherapie bij patiënten die een radicale vulvectomie met lymfadenectomie ondergaan het aantal complicaties kan worden verminderd en daarmee de opnameduur kan worden verkort.

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag zijn twee groepen patiënten, die behandeld werden voor een vulvacarcinoom, met elkaar vergeleken. Bij alle patiënten is een vulvectomie gedaan en zijn de oppervlakkige en diepe liesklieren volledig verwijderd. Het onderzoek is uitgevoerd op de afdeling Gynaecologie van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). De afdeling gynaecologie heeft een centrumfunctie voor de behandeling van patiënten met een gynaecologische tumor in de IKW regio. Patiënten met een vulvacarcinoom worden verwezen naar het LUMC. De interventiegroep is gevormd door de patiënten die naast de standaardbehandeling preventieve oedeemtherapie hebben gekregen. De controlegroep is gevormd door patiënten met alleen de standaardbehandeling. Onderzoeksgegevens zijn verzameld door middel van statusonderzoek.

Resultaten en conclusie

Een groep patiënten met een vulvacarcinoom die naast een radicale vulvectomie met volledige lymfadenectomie preventieve oedeemtherapie kreeg, liet een significante afname van het aantal ligdagen en lymfocèles zien ten opzichte van een historische controlegroep. Preventieve oedeemtherapie als aanvulling op de bestaande behandeling lijkt het aantal complicaties te verminderen bij patiënten die een vulvectomie met lymfadenectomie ondergaan.

14.00 – 14.30 **Nattende oncologische ulcera belicht vanuit de thuissituatie**

L. Evers, wond- en decubitusconsulent

De grootste groep cliënten met een oncologisch ulcus die je tegenkomt in de thuiszorg zijn de mensen die uitbehandeld zijn. Uit de praktijk blijkt dat de problematiek die een oncologisch ulcus met zich meebrengt, vocht- en geuroverlast in combinatie met pijn, van grote invloed is op de kwaliteit van leven van de cliënt en zijn directe omgeving. Omdat er geen 24 uur per dag een verpleegkundige aanwezig is vraagt dit ook veel van de mantelzorg. Essentieel is het vaststellen van een wondbeleid wat de problematiek zoveel mogelijk beperkt en wat de cliënt of de mantelzorger zo nodig ook zelf kan toepassen. Goede voorlichting mag hierbij niet ontbreken. Het risico bij het hebben van een oncologisch ulcus is, dat alle aandacht naar de wond gaat en het verwerkingsproces van de kanker op de tweede plaats kan komen.

14.30 – 15.30 **Casuïstiek in groepjes. Aanbieden van “Tips en Tricks”**

Commissie oncologische wonden en ulcera