

# PARALLELSESSIE DECUBITUS

## ZAAL 215

|               |   |  |
|---------------|---|--|
| 14.00 – 15.00 | Workshop decubitus, vochtletsels en smetten   | A. Leenman, verpleegkundig specialist wondzorg<br>B. den Boogert, decubitus en wondverpleegkundige Reinier de Graaf Groep, Delft |
| 15.00 – 15.30 | <b>Pauze</b>  |  |
| 15.30 – 15.45 | EBP: "Kunnen blaren aan de hielen worden voorkomen, door bedlegerige patiënten sokken aan te doen?" | A. Mooij, nurse practitioner wondzorg Slotervaart Ziekenhuis, Amsterdam  |
| 15.45 – 16.00 | EBP: "Literatuurstudie hieldecubitus bij epiduraal anesthesie"                                      | T. de Groot, transmuraal decubitusconsulent Vierstroomzorgring en 't Lange Landziekenhuis, Zoetermeer                            |
| 16.00 – 16.15 | EBP: "Wondspoeling, hoe, hoe vaak en waarmee?"  | K. van Gemeren, transmuraal wondverpleegkundige Zorgbrug, Gouda  |
| 16.15 – 16.30 | EBP: "Lokale toepassing van morfinegel bij pijnlijke ulcera"  | Drs. M. Jansen, ziekenhuisapotheker – klinisch farmacoloog, Midden Brabant en Tweesteden Ziekenhuis, Tilburg                     |
| 16.30 – 16.45 | EBP: "De zin of onzin van de zilerverbanden, een wetenschappelijke benadering"                      | Drs. M.W.F. van Leen, specialist ouderengeneeskunde, manager Advies en Behandel Centrum Avoord Zorg & Wonen, Etten-Leur          |
| 17.00         | <b>Afsluiting, borrel in Expozaal</b>   |  |

### 14.00 – 15.00 Workshop decubitus, vochtletsels en smetten

A. Leenman, verpleegkundig specialist wondzorg, B. den Boogert, decubitus en wondverpleegkundige

#### Wat is het verschil tussen vochtletsel, smetten en decubitus?

In dit uur willen we ingaan op de definities vochtletsel, smetten en decubitus. De oorzaak en de plaats van deze letsels. En niet te vergeten het combinatieletsel. Door middel van voorbeelden uit de praktijk willen we met jullie de feitelijke wondbehandeling toelichten.

### 15.30 – 15.45 EBP: "Kunnen blaren aan de hielen worden voorkomen, door bedlegerige patiënten sokken aan te doen?"

A. Mooij, nurse practitioner wondzorg

In het Slotervaartziekenhuis wordt, net als in vele andere instellingen, getracht om het ontstaan van blaren bij patiënten zoveel mogelijk te voorkomen. Daarbij wordt gebruik gemaakt van goed onderbouwde methoden en middelen, het liefst op basis van bewijs. Een van de maatregelen die daarbij ingezet wordt, is het gebruik van katoenen sokken bij bedlegerige patiënten. De experts op het gebied van decubitus zijn het er over eens dat deze maatregel effectief is. In de "Richtlijn Diabetisch Voet" (CBO, 2006), worden sokken met badstof genoemd in het rijtje van de hulpmiddelen om druk- en schuifkrachten te voorkomen.

In de literatuur is gezocht naar bewijzen die aantonen dat er een relatie is tussen het gebruik van sokken, en het ontstaan van hielblaren. Dit heeft niets opgeleverd. Er is niet wetenschappelijk aangetoond, dat het gebruik van sokken het ontstaan van blaren aan de hielen kan voorkomen.

Om meer duidelijkheid te verkrijgen over dit onderwerp is in het Slotervaart Ziekenhuis onderzoek gedaan. De methode die hier voor gebruikt werd, is een "randomized controlled trial".

Middels dit onderzoek werd het effect van een interventie (het dragen van een sok) vergeleken met dat van een controle-interventie (het niet dragen van een sok), bij patiënten die bedlegerig zijn.

Toewijzing van patiënten aan de indexgroep of de referentiegroep werd toegepast op basis van willekeur (randomisatie). De resultaten van het onderzoek lieten zien dat er een verschil was in het ontstaan van hielblaren tussen de beide groepen. Dit onderbouwt de hypothese dat een sok de wrijfkrachten opvangt. Maar ook zagen we iets dat we niet verwacht hadden, en dat interessant is om verder onderzoek naar te doen.

### 15.45 – 16.00 EBP: "Literatuurstudie hieldecubitus bij epiduraal anesthesie"

T. de Groot, transmuraal decubitusconsulent

# PARALLELSESSIE DECUBITUS

## ZAAL 215

Voor mijn opleiding tot wond- en decubitusconsulent heb ik in mei 2008 een literatuurstudie verricht. Mijn onderzoeksvraag luidde: "Is er verschil tussen het wel of niet ontstaan van hieldecubitus bij patiënten die een ingreep onder epidurale anesthesie ondergaan en/of postoperatieve epidurale analgesie toegediend kregen als men de hielen wel of niet vrij legt". Mijn deelvragen waren: "Is er een verband tussen het ontstaan van hieldecubitus en het toegediende anestheticum" en "Is de mate van motorische blokkade van invloed op het ontstaan van hieldecubitus". De aanleiding voor deze onderzoeksvraag was dat wij in ons ziekenhuis naar aanleiding van incidentieonderzoek gestart zijn met deze interventie, met goede resultaten. Door contacten met mijn medestudenten merkte ik dat deze interventie niet in alle ziekenhuizen toegepast wordt. Ik wilde weten of de interventie evidence based was zodat deze ook in andere ziekenhuizen standaard toegepast kan gaan worden. Met name werd gezocht in Medline (Pubmed), daarnaast werd gezocht in World Wide Wounds. Ik vond slechts 4 case reports en 2 beschrijvende onderzoeken die voldeden aan mijn onderzoeksvraag.

De conclusies die ik na het lezen van de artikelen kon trekken waren de volgende:

- Hieldecubitus komt ook voor bij jonge gezonde mensen tijdens en na epiduraal analgesie/anesthesie, bijvoorbeeld vrouwen na een keizersnede.
- In 5 studies wordt benoemd dat de hielen vrij gelegd moeten worden.
- In geen van de studies werden de hielen vrij gelegd, uitgezonderd in 1 studie, daar werden alleen de hielen van de patiënten die een totale heup operatie ondergingen vrij gelegd, in 2 studies werden de hielen van patiënten na inbrengen van een totale knie prothese bewust niet vrij gelegd daar dit negatieve gevolgen kon hebben voor het kniegewricht.

Ten aanzien van de 1<sup>ste</sup> deelvraag, of het anestheticum welke toegediend wordt tijdens de epidurale anesthesie/analgesie invloed heeft op het wel of niet ontstaan van hieldecubitus, is er te weinig informatie m.b.t. de toegediende medicatie beschreven om een conclusie te kunnen trekken.

De 2<sup>de</sup> deelvraag, of de mate van motorische blokkade van invloed op het wel of niet ontstaan van hieldecubitus is, de conclusie dat de duur van de motorische blokkade van belang is indien de hielen niet vrij gelegd worden (in de onderzoeken werden de hielen niet vrij gelegd). Indien de hielen wel vrij gelegd worden is de duur minder belangrijk.

### Aanbevelingen

Het verdient aanbeveling om, tijdens een ingreep onder epiduraal anesthesie en na de ingreep tijdens epiduraal analgesie, de hielen vrij te leggen van de onderlaag zolang er een motorische blokkade aanwezig is.

Ten aanzien van de toegediende medicatie: er is meer onderzoek nodig, het middel Ropivacaïne is nieuw en zou minder motorische blokkade geven.

Meer onderzoek is nodig bij een grotere populatie door middel van een gecontroleerde klinische trial. Voor de eindopdracht van de opleiding is er een onderzoeksvoorstel geschreven waar de interventie hielen vrijleggen van de onderlaag afgezet wordt tegen het niet vrijleggen van de hielen tijdens en na het ondergaan van een ingreep onder epiduraal anesthesie. Uitkomstmaat is het ontstaan van decubitus.

Ook is meer onderzoek nodig met betrekking tot het zoeken van een alternatief voor het vrijleggen van de hielen bij een totale knie operatie.

Tijdens de presentatie worden de resultaten van het eigen onderzoek in 't Lange Land ziekenhuis gepresenteerd; dit was de aanleiding voor de literatuurstudie.

Tevens worden de resultaten gepresenteerd van de in juni 2009 gehouden enquête onder V&VN leden van de afdeling wond- en decubitusconsulenten m.b.t. het vrijleggen van de hielen op de operatiekamer, de verkoevertkamer en de verpleegafdeling.

### 16.00 – 16.15 EBP: "Wondspoeling, hoe, hoe vaak en waarmee?"

*K. van Gemeren, transmuraal wondverpleegkundige*

Vanuit de traditie is het spoelen van wonden een dagelijks terugkerend ritueel. Zowel cliënten als de wondverzorgers vinden dat prettig. De overtuiging bestaat bij velen, dat het de wond ten goede komt als er regelmatig (lees dagelijks, soms meerdere malen) gespoeld wordt. Is dit echt wel zo goed voor de wondgenezing in alle stadia? Moeten wel alle "rommel" en bacteriën mechanisch uit de wond gehaald worden?

In de literatuur is over dit onderwerp veel te vinden.

De reden voor het reinigen van wonden is om optimale condities te creëren voor wondgenezing. Necrose, taai debris en "vreemde lichamen" (straatvuil etc.) horen daarom zeker uit de wond verwijderd te worden. We kunnen echter ook teveel willen schoonmaken. Het lichaam zelf heeft veel mogelijkheden in zich om wonden te reinigen. Niet alle wond-

# PARALLELSESSIE DECUBITUS

## ZAAL 215

vocht is slecht voor de wond. De normale wondgenezing heeft de bacteriële activiteit en de groeifactoren nodig die in het wondexsudaat aanwezig zijn. Bacteriën in een wond stimuleren een inflammatoire reactie, die resulteert in een vermeerderde uittreding van bloed uit de bloedbaan en daardoor de aankomst van de benodigde macrofagen in het wondbed, die niet vitaal weefsel en bacteriën kunnen vernietigen. (Davies 1999, Blunt 2001, Cunliffe 2002, Watret 2002) Deze inflammatoire reactie is nodig voor de volgende fase in de wondgenezing: de granulatiefase en later de reëpithelialisatie.

*"Hoe minder de wond wordt aangeraakt, hoe minder de kans is dat we het genezingsproces verstoren."* en *"Als een wond schoon en granulerend is, is het niet nodig om deze te reinigen"*. (citaten Watret 2002).

De frequentie van het spoelen is afhankelijk van de toestand van de wond. Bij een sterk producerende wond kan het nodig zijn om dagelijks meerdere malen te spoelen. Voor de meeste wonden is dit niet aan te bevelen. Bij elke spoeling daalt de temperatuur in de wond, waardoor de genezingsprocessen op een laag pitje komen te staan. Pas na een paar uur zijn ze weer actief.

Wondspoeling kan heel goed door middel van kraanwater. In Nederland en België is het water zo schoon, dat het absoluut niet gevaarlijk is. Uit laboratoriumstudies is gebleken dat de bacteriën die in het kraanwater aanwezig waren, niet terug te vinden waren in de wonden die met dat water gespoeld zijn.

In de praktijk gebeurt de spoeling al vaak met kraanwater door het uitspoelen onder de douche, maar in bed wordt nog heel vaak de fles NaCl gepakt. Dit is een erg dure oplossing. Met elkaar kunnen we veel geld besparen door de NaCl te vervangen door kraanwater, wat ook gemakkelijker op lichaamstemperatuur gebracht kan worden.

### Literatuur:

- Blunt J. Wound cleansing: ritualistic or research-based practice? Nursing standard 33. 2001; September: 16, 1, 33-36
- Cunliffe PJ. Clinical research. Wound cleansing: the evidence for the techniques and solutions used. Nursing times. 2002; 1 oktober
- Davies C. Cleansing rites and wrongs. Nursing Times; 1999: Oct. 27. Vol. 95. No.43
- Watret L, Armitage M. Making sense of woundcleansing. Journal of Community Nursing. 2002: April: vol. 16, issue 4, 27-34

### 16.15 – 16.30 EBP: "Lokale toepassing van morfinegel bij pijnlijke ulcera"

M. Jansen, ziekenhuisapotheker

### Inleiding

Pijnlijke ulcera aan het onderbeen komen in Europa bij ongeveer 1% van de volwassenen voor. Uit onderzoek bij in het ziekenhuis opgenomen patiënten blijkt dat 28 tot zelfs 65% ernstige pijn hebben van hun ulcus. Hetzelfde geldt voor ulcera van andere oorsprong zoals decubitus, bestralings- of maligne ulcera.

Behandeling met pijnstillers als paracetamol, NSAIDs (zoals ibuprofen, naproxen en diclofenac), zwak werkende opiaten (tramadol en codeïne) en sterk werkende opiaten (morfine, oxycodon, en fentanyl) is vaak nodig. De inzet van deze middelen vindt doorgaans plaats volgens de World Health Organisation pijnladder.

Nadeel van het gebruik van deze middelen is dat ze, zeker in het geval van NSAIDs en opiaten, bij de patiënt ook vaak bijwerkingen geven. Hierbij moet je denken aan maagbloedingen, nierfunctieproblemen, obstipatie, misselijkheid en braken en sufheid. Daarnaast is het zo dat ondanks de boven genoemde middelen de patiënt nog steeds fors pijn kan houden. Een andere vorm van behandeling, zonder deze bijwerkingen, zou daarom zeer welkom zijn.

Uit onderzoek is gebleken dat het lokaal toepassen van opiaten in pijnlijke ulcera tot pijnstilling kan leiden. De pijnstilling komt dan door een direct effect op de zenuwuiteinden in de huid die pijn geleiden. Normaal gesproken werken opiaten die je als tablet neemt of parenteraal geeft in het ruggenmerg en in de hersenen. Met deze manier van aanbrengen hoef je het opiaat dus niet in het lichaam te brengen, waar het allerlei vervelende bijwerkingen kan hebben, en kun je ook met lagere doseringen uit.

De eerste meldingen van het lokale gebruik van opiaten bij pijnlijke ulcera, in de wetenschappelijke literatuur, van het lokale gebruik van opiaten bij pijnlijke ulcera dateren uit de tweede helft van de jaren negentig. Sindsdien zijn er meerdere kleine patiëntenseries en onderzoeken geweest over het pijnstillend effect van lokaal toegepaste opiaten. Uit de beschikbare gegevens is het volgende beeld over de effectiviteit en veiligheid af te leiden:

1. Niet alle ulcera reageren waarschijnlijk even goed op lokale toepassing van morfinegel
  - a. Bij decubitus ulcera, veneuze ulcera, maligne ulcera, wordt in meerdere patiëntenseries en onderzoeken een positief effect gezien
  - b. Het effect bij brandwonden, sikkelcel ulcera, epidermolysis bullosa en sclerodermie is onduidelijk; er is maar een

# PARALLELSESSIE DECUBITUS

## ZAAL 215

enkele patiënt beschreven, weliswaar met een positief effect. Behandeling zou dus wel kans van slagen kunnen hebben.

- c. Arteriële ulcera lijken in het geheel niet te reageren. Hetzelfde geldt voor de pijn bij fotodynamische therapie.
2. Er lijkt een verband te zijn tussen het pijnstillende effect en de aanwezigheid van ontsteking in of rond het ulcus. Indien er sprake is van ontsteking, is het pijnstillend effect doorgaans veel uitgesprokener.
3. Er is geen eenduidig product dat wordt gebruikt. In de meeste gevallen is morfine in de vorm van een hydrogel gebruikt. De hoeveelheid opiaat in de gebruikte gelen wisselt tussen de 0,01 en 0,5%. (0,1 tot 5 mg per gram gel) Farmaceutisch gezien zijn de producten matig onderzocht.
4. Slechts bij patiënten waarbij er een groot wondoppervlak (brandwonden) wordt behandeld zijn systemische bijwerkingen gezien.
5. Het is nog onduidelijk of lokale toepassing van opiaten de wondgenezing beïnvloedt. Er zijn meldingen dat het de ontsteking rondom de wond vermindert, maar recentelijk zijn er enkele onderzoeken gedaan bij dieren dat lokale toepassing van morfine een vertraagde wondgenezing laat zien.
6. Lokale toepassing kan nog steeds effectief zijn als hoge doses oraal of parenteraal toegediende opiaten reeds hebben gefaald.
7. Onderzoek is moeilijk vanwege:
  - a. Vinden grote populatie (versnipperd bij huisarts, verpleeghuis, ziekenhuis)
  - b. Frequent is er sprake van een matige cognitie, dit maakt pijnscores moeilijk toepasbaar
  - c. De frequentie van applicatie van 2-3 maal daags is arbeidsintensief

### Conclusie

Met de huidige beschikbare literatuur is toepassing van morfinegel te overwegen bij patiënten die met conventionele pijnstillende maatregelen nog steeds (ernstige) pijn ondervinden van hun ulcus. Dit in het bijzonder bij die ulcera waarbij eerder positieve resultaten beschreven zijn.

Om morfinegel een grotere plaats toe te bedelen in de dagelijkse behandeling van pijnlijke ulcera is meer onderzoek nodig, met eenzelfde goed uitgezocht farmaceutisch product. Het zal echter lastig zijn dit onderzoek daadwerkelijk te realiseren.

### 16.30 – 16.45 EBP: "De zin of onzin van de zilververbanden, een wetenschappelijk benadering"

*M.W.F. van Leen, specialist ouderengeneeskunde*

### Inleiding:

Sinds 2005 is er een hype ontstaan rond het gebruik van wondbedekkers geïmpregneerd met zilver. De positieve resultaten met zilverulfadiazine liggen hieraan ten grondslag.

Probleemstelling/vraagstelling:

Is er voldoende evidence voor het gebruik van deze producten?

Zijn er redenen om ze niet te gebruiken?

### Methode:

Aan de hand van een literatuuronderzoek in Medline en Chinahl naar RCT's, meta-analyses en overige artikelen in de periode 2000 tot heden wordt gezocht naar antwoorden op de bovenstaande vragen.

### Resultaten:

Uit de literatuur blijkt dat er onvoldoende onderbouwing is voor het gebruik van zilverproducten. De bestudeerde literatuur gaf geen artikelen qua practice based evidence die de huidige inzet rechtvaardigt. De twijfel aan de effectiviteit blijkt ook uit de daling aan het gebruik van deze artikelen in Engeland in de laatste 18 maanden

### Conclusie

Na Parijs 2005 zijn er geen studies verschenen die de meerwaarde van verbanden met zilver aantonen. Dit blijkt ook uit de systemische review. De cytotoxiciteit van zilver is en blijft een probleem. Al met al lijkt het mij wenselijk om zeer terughoudend te zijn bij het inzetten van verbanden met zilver. Helaas moeten we ook constateren dat het de firma's, die wondbehandelingsproducten al dan niet met zilver produceren en er steeds meer producten met zilver in de handel komen, niet bij machte zijn gebleken om te zorgen voor goed evidence based bewijs. Hierdoor zal de discussie over wel of niet gebruiken nog lange tijd kunnen doorgaan en zal dit misschien kunnen leiden tot nadelige effecten op de wondgenezing bij onze cliënten. Ik roep dan ook de firma's op en vraag hun dringend om het opzetten van goede gerandomiseerde studies.