

# Behandeling van brandwonden in de huisartsenpraktijk. Eerst water, de rest komt later. Maar hoe?

**Auteur:** R. van der Most

**Vertaald/bijgewerkt:**

**Nieuwsbrief:** 1999

**Pagina:** 9-11

**Jaargang:** 12

**Nummer:** 1

**Toestemming:**

**Illustraties:**

**Bijzonderheden:**

**Kernwoorden:** brandwonden huisarts protocollen protocol thuiszorg eerste hulp NHG

**Literatuur:**

Ron van der Most in gesprek met Johan de Jonge, huisarts. Elk jaar gaan ongeveer 40.000 mensen met brandwonden naar hun huisarts. Dit betekent dat per praktijk 4 tot 8 maal per jaar een brandwond wordt gezien. Dat is in verhouding tot andere aandoeningen in de huisartsenpraktijk niet veel, maar de mogelijke gevolgen van brandwonden moeten niet worden onderschat. Behalve door de huisarts, worden ongeveer 12.000 slachtoffers met brandwonden in een ziekenhuis behandeld en moeten 4.000 daarvoor worden opgenomen. In de drie gespecialiseerde ziekenhuizen (Beverwijk, Groningen & Rotterdam) worden jaarlijks 400 patiënten met zeer zware brandwonden behandeld. In het kader van de huisartsopleiding in Groningen hebben een viertal artsen (Carin Dassel, Johan de Jonge, Henk Post en Marike van Wouw – Kok) onderzoek gedaan naar de diagnostiek en behandeling van brandwonden in de huisartsenpraktijk. Aanleiding voor het onderzoek was de ervaring die één van de onderzoekers in een brandwondencentrum had opgedaan, namelijk dat huisartsen vaak en ten onrechte Flammazine gebruikten. Bij veel huisartsen leken zowel de indicatie voor het gebruik evenals de bijwerkingen van dit middel onvoldoende bekend. Deze hypothese werd in het onderzoek bevestigd. Ook werd duidelijk dat er een grote behoefte bestaat aan een standaard met betrekking tot de zorg voor brandwonden, waarvoor de auteurs een voorstel hebben gemaakt.

## Weinig kennis over brandwonden in de eerste lijn

"Toen ik voor mijn opleiding tot huisarts als brandwondenarts in Groningen werkzaam was, kreeg ik al de indruk dat de kennis over de behandeling van brandwonden in de huisartsenpraktijk, maar ook in algemene ziekenhuizen, niet zo bijzonder groot was. Dat gegeven heb ik later in mijn opleiding meegenomen. Ik heb met een aantal collega's onderzoek gedaan naar wat huisartsen met brandwonden doen en wat zij ervan weten. Daar is heel weinig over bekend. Er is wel veel literatuur over hoe je een brandwond zou moeten behandelen, maar dat is doorgaans informatie over wat er in een ziekenhuis of in een

brandwondencentrum gebeurt. Niet wat er in een huisartsenpraktijk speelt. Het is niet bekend wat huisartsen in hun praktijk met brandwonden doen. Elke huisarts ziet gemiddeld vijf tot acht brandwonden per jaar. Dat zijn meestal de wat minder ernstige verwondingen. De meeste lichte brandwonden zullen niet naar de huisarts gaan. Grote brandwonden zal de huisarts ook niet vaak zien. Het merendeel van de patiënten met brandwonden die zich bij de huisarts melden, betreft oppervlakkige tweedegraads verbrandingen. Wat ik in het brandwondencentrum merkte en nu in het onderzoek bevestigd zie, is dat men heel weinig weet over brandwonden in het algemeen en ook over de behandeling. Men smeert er eigenlijk maar lukraak Flammazine op. Dat was het uitgangspunt van het onderzoek, de zogenaamde nulhypothese. Dit beeld werd in het onderzoek bevestigd. Flammazine is een mooi middel, maar het is geïndiceerd voor wat diepere brandwonden, waarbij gevaar voor infectie bestaat. Naast het therapeutische spectrum heeft Flammazine ook een aantal nadelen. Kennis over die nadelen is veelal niet aanwezig. Dat is niet zo vreemd, want tijdens je opleiding krijg je weinig over brandwonden te horen. Zelf wist ik, voordat ik in een brandwondencentrum ging werken, ook weinig van brandwonden. Ik merk dat er ook in ziekenhuizen soms nog gewoon met Flammazine wordt doorgedaan terwijl een behandeling met een transplantaat geïndiceerd is. Soms wel tien weken lang. Je ziet dan lelijke littekens ontstaan."

## Het 'verkeerde' middel

Ik heb begrepen dat huisartsen in de helft van de gevallen Flammazine smeren en voor de andere helft vaseline- of betadinegazen gebruiken. "Met het onderzoek wilden wij te weten komen welke richtlijnen er in de literatuur worden gegeven ten aanzien van diagnostiek, behandeling en verwijzingsbeleid van patiënten met brandwonden. Daarnaast wilden wij weten hoe de kennis over brandwonden bij huisartsen is en hoe zij deze behandelen en wanneer zij verwijzen. Als vooronderstelling hadden wij dat Flammazine teveel en ondoordacht gebruikt wordt. Als laatste peilden wij de behoefte aan een standaard over brandwondenzorg. We hebben in het onderzoek onder andere een aantal casuïstieken gegeven met begeleidende foto's en gevraagd hoe men dit zou behandelen. Het zijn voor de huisarts wat grotere brandwonden, zoals een heetwater verbranding van ongeveer 3% van het totale lichaamsoppervlak, bij een klein kind. Daar smeert bijna 60% van de huisartsen Flammazine op, een aantal stuurt de patiënt door en een nog kleiner aantal probeert te behandelen met een hydrocolloïd verband. Van degenen die het aandurven een hydrocolloïd verband te gebruiken, DuoDERM E of iets anders, zie je een groot aantal weer afhaken, omdat ze schrikken van de gele laag die zich onder het verband ophoopt. Zij denken dan dat zich een infectie ontwikkelt en sturen de patiënt dan alsnog door. Dit komt door de onbekendheid met het verbandmiddel. Wij vinden het juist typisch een wond die je met een hydrocolloïd verband kunt behandelen. Op blaren worden in het algemeen nog wel vaseline gazen (tule) gelegd om de blaarkap intact te houden, maar als de blaar op een belemmerende plaats zit, maak ik het toch kapot en verbind het dan met een hydrocolloïd zoals DuoDERM Extra Thin.

U bent niet verbaasd over de bevestiging van de geringe kennis van brandwonden in de huisartsenpraktijk en zelfs in de algemene ziekenhuizen. Wat gaat u met de resultaten uit het onderzoek doen?

"Je probeert natuurlijk zoveel mogelijk kennis te verspreiden. Kortgeleden heb ik voor doktersassistenten een lezing gegeven om hen eenvoudige dingen bij te brengen zoals wat te adviseren als iemand belt die zijn arm heeft verbrand.

Zo wordt er nogal eens ijskoud stromend water geadviseerd, maar dat houdt niemand lang genoeg vol. Het moet gewoon lauw stromend water zijn. Ik probeer ook de specifieke kennis aan collega huisartsen over te dragen. Er zijn plannen om dit ook in groter verband te doen

voor  
assistenten in de ziekenhuizen en andere huisartsen."

## Gebrek aan kennis

"We hebben onder 150 huisartsen geïnventariseerd wat hun beleid bij brandwonden is. Er waren 76 huisartsen die de enquête terugstuurden en 74 daarvan waren bruikbaar voor analyse. Het is sowieso niet een onderdeel van het vak dat hen bijster interesseert. Het komt ook niet zovaak voor, die vijf tot acht keer per jaar. Flammazine smeren is dan een defensieve manier van behandelen. Wat men niet wist, waren de nadelen zoals een trage wondgenezing, de verhoogde kans op littekenvorming en kleurveranderingen van de huid. Die specifieke kennis over een middel heeft men niet. Er is geen sprake van onwil, maar meer van onbekendheid. Zowel van verbandmiddelen als van topicale middelen."

Is het zinvol een nascholing over dit onderwerp op te zetten?

"We hebben in dit onderzoek ook de vraag gesteld wat men ervan zou vinden als er een (NHG) standaard zou komen. Je ziet dan dat bijna tachtig procent aangeeft dat zij dit op prijs zou stellen. Men zou het prettig vinden een leidraad te hebben. We hebben de mensen die aan het onderzoek hebben meegedaan een advieskaart gestuurd in de vorm van een standaard. Deze kaart heeft ook tot doel de mensen bewust te maken van de verschillende vormen van brandwonden. Is het een heetwater verbranding, een vetverbranding, een contactverbranding etcetera. Bij heetwater verbrandingen zie je dat de meeste fouten worden gemaakt. Dit zijn wonden die eerst oppervlakkig lijken, maar waar na een dag secundaire verdieping kan optreden door de hoog calorische waarde van water. Aan de andere kant zie je ook een 'overshoot' bij eenvoudige vetverbrandingen die door stolling er wit uit kunnen zien. Daar wordt dan een dikke laag Flammazine over gesmeerd bij een wond die je vervolgens nooit diep ziet worden. Op het hele traject, vanaf de aanmelding van een brandwond en het advies dat je dan geeft via de anamnese en onderzoek naar de soort van de brandwond met welke diepte tot de behandeling, valt nog veel te winnen wat kennis betreft. Ik heb zelf vaak het gevoel dat een brandwond in de praktijk synoniem staat voor het smeren van Flammazine."

Omdat per definitie elke wond gecontamineerd is, zou ik mij voor kunnen stellen dat je de eerste dag Flammazine op de brandwond smeert om vervolgens op een andere methode over te gaan.

"Ik ben daar niet voor. Een eenvoudige oppervlakkige brandwond op bijvoorbeeld een arm, moet je met een hydrocolloïd verbinden. Het is wat anders als iemand in een sloot heeft gelegen of dat de wond op een gecontamineerde plaats zit bijvoorbeeld in de buurt van de anus.

Dan kies ikzelf ook voor Flammazine. Flammazine heeft zeker een plaats.

Het gaat echter om de differentiatie tussen oppervlakkige en diepere brandwonden. Dat ikzelf een wat diepere brandwond ook met een hydrocolloïd behandel, komt omdat ik de wond beter dan gemiddeld kan controleren en beoordelen. Op oppervlakkige brandwonden hebben hydrocolloïden zeker de voorkeur. Het geeft een betere wondgenezing, het is vriendelijker voor de patiënt en kosteneffectief. Het scheelt je ook veel tijd. Het is bij Flammazine de bedoeling dat je dat elke dag vervangt. Niet elke patiënt heeft de capaciteit dat zelf te doen. Voor een brandwond volsta ik meestal met drie keer een hydrocolloïdplak. Een controle na een dag en drie dagen later nog een keer die tot het einde van de rit blijft zitten, zo'n dag of tien later."

# Cultuuromslag

De behandeling van brandwonden met Aquacel moet voor u dan ook interessant zijn.

"Dat is inderdaad een interessante ontwikkeling. Het feit dat je een verband laat indrogen tot een korst en daarmee een schijnbaar vergelijkbare genezing krijgt van brandwonden als die met donorhuid, is absoluut revolutionair.

In Groningen gaan ze er ook mee aan de gang. Zelf ben ik voorlopig al tevreden als men in de 1e en 2e lijn van het smeren van topicale middelen afstapt.

Op zich zal dat al een cultuuromslag zijn, die te maken heeft met meer kennis, waardoor men minder geneigd zal zijn tot defensief handelen. Er kan dan een rationelere keuze worden gemaakt.

Ik zal blij zijn wanneer men wat vaker een hydrocolloïd gaat gebruiken, dan is al heel veel gewonnen."

Moge het onderzoek van Johan de Jonge en de zijnen een ieder die het aangaat wakker schudden.

De opleiders, de nascholers, het NHG (vanwege de standaard) en niet in de laatste plaats de huisartsen zelf.

Al komt een brandwond een aantal keren per jaar voor, het is een wond die extra aandacht verdient.

R. van der Most