

COMPRESSIE TECHNIEKEN

Peter van der Wind*, Wilma Verbeek-Gijsbers **

Bij het bespreken van de compressietherapie moeten we een aantal indelingen maken: een indeling in ambulante- en niet ambulante compressietherapie ofwel een indeling in mobiele patiënten met een goede spierpompfunctie en een bewegend enkelgewricht en immobiele patiënten met een vaste enkel en geen spierpompfunctie. In deze indeling moeten we vervolgens onderscheid maken tussen de behandelingsfase en de nabehandelingsfase.

Onder de behandelingsfase van de ambulante compressie therapie wordt in de regel verstaan het bandageren met korte rek of niet elastische zwachtels. De nabehandelingsfase bestaat uit therapeutisch elastische kousen.

Niet ambulante compressie in de behandelingsfase kan bestaan uit manuele lymfedrainage met of zonder oedeemgrepen, uit pressotherapie en uit bandageren met verschillende soorten materialen. De nabehandelingsfase bestaat ook hier uit therapeutisch elastische kousen.

Het doel van de compressie is een stabilisatie verkrijgen zodat het oedeem weg is en weg blijft, het ulcus dicht is of nog maar heel klein is. Het oedeem bevindt zich vooral in de interstitiële ruimtes en in de randen van het ulcus. Als het oedeem vermindert wordt de toevoer van voedingsstoffen en zuurstof verbeterd en is granulatie mogelijk.

Compressie kan in de behandelingsfase uitgevoerd worden door middel van bandageren, manuele lymfedrainage en pressotherapie.

BEHANDELINGSFASE BANDAGEREN

Compressie met bandages komt het meeste voor. Bij het bandageren vervulde van der Molen in Nederland een pioniersrol. Om goed te kunnen zwachtelen heeft men materiaalkennis, vaardigheid en de compliance van de patiënt nodig. Vooral aan dit laatste punt wordt vaak te weinig aandacht besteed. De patiënt moet op zijn eigen niveau worden uitgelegd waarom hij moet lopen met het verband. Waarom het 's nachts mag

blijven zitten en waarom er polstermateriaal gebruikt wordt. Dan pas zal een goed eindresultaat makkelijker te bereiken zijn.

Bij het bandageren moet vooral het verschil in de begrippen elastisch en niet elastisch materiaal duidelijk zijn en de begrippen rustdruk en werkdruk.

Bij een spier in beweging spreken we van werkdruk. Gaat om de spier een niet elastische laag dan ontstaat bij beweging een hoge druk. Gaat om een spier een elastische laag dan ontstaat bij beweging een lagere druk. De weerstand is minder.

Bij een spier in rust spreken we van rustdruk. Gaat om de spier een niet elastische laag dan ontstaat in rust geen of een lage druk. Gaat om de spier een elastische laag dan ontstaat in rust een hoge druk.

Bij niet elastische materialen zal dus bij actieve beweging en oefentherapie in deze starre bandages een extremitet dunner kunnen worden. In rust is er geen druk zodat de bandages dag en nacht kunnen blijven zitten tot dat ze afzakken.

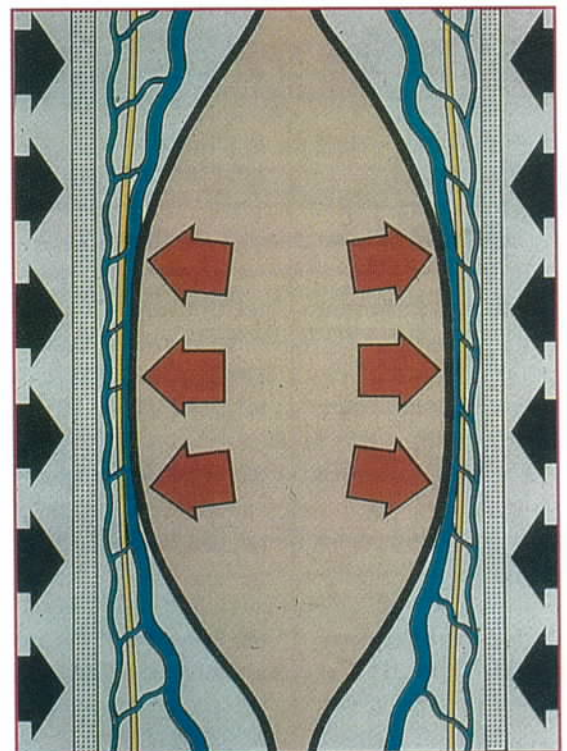
Indien geen actieve beweging mogelijk is, kan in sommige gevallen een combinatie van een korte rek bandage met hierover een lange rek zwachtel of een bestaande elastische kous. Dit kan alleen overdag een oplossing bieden. (Antitrombose kous van maximaal 17 mm/Hg druk

kan in rust gedragen worden).

Het gebruik van niet elastische of korte rekwachtels heeft als voordeel dat het een veilige manier van werken is omdat de zwachtel geen druk uitoefent in rust.

Bij compressie met zwachtels moet gebruik gemaakt worden van polstermateriaal. De doorsnede van het been geeft dit duidelijk aan. Een goede stelregel is: polster en bescherm naar behoefte en zodanig dat de schoenen nog gedragen kunnen worden.

Bekijk het been goed voor men gaat zwachtelen. Een mooi rond, dik been behoeft nauwelijks polstering. Als het been dun is moet men diverse plaatsen beschermen of opvullen:



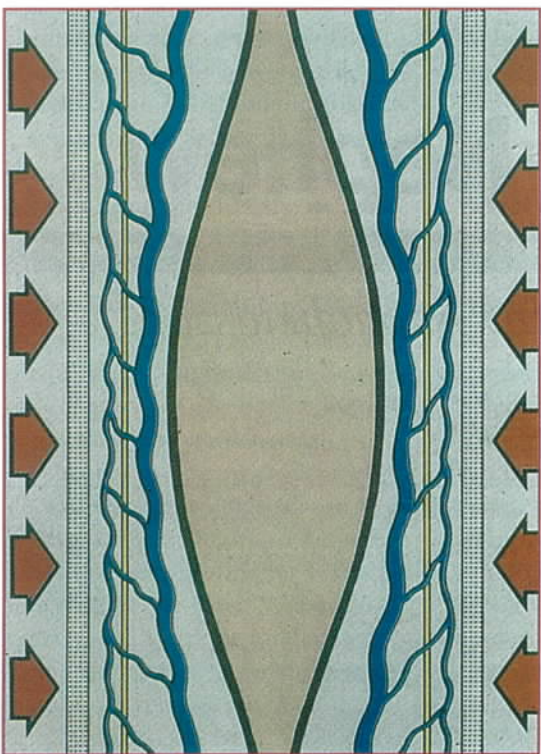
Afbeelding 1: Hoge werkdruk

het scheenbeen, de achillespees en pees op de wreef.
Een retromalleolair ulcus of een ulcus mediaal op het onderbeen moet juist extra druk krijgen om het oedeem uit de wondranden te verdrijven. Rond de Cockett perforantes vindt men vaak induraties of infiltraten die eveneens met pelotten te behandelen zijn.

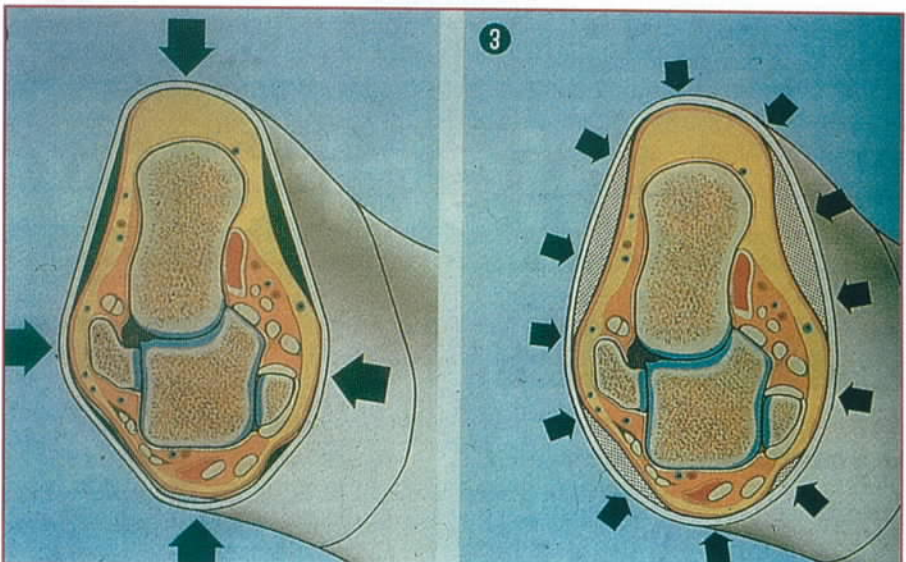
De keuze van het materiaal en de techniek hangen af van een aantal factoren. De eerste factor is de mate van oedeem. Zonder oedeem kan een verband makkelijk een week blijven zitten. Wanneer bij oedeem het verband gaat zakken moeten de zwachtels opnieuw aangebracht worden. De tweede factor is de mate van wondvocht. Tot slot speelt de kostenfactor ook een rol. Wie betaalt de kosten, wie brengt het aan, kan het materiaal vaker gebruikt worden.

MANUELE LYMFEDRAINAGE

Manuele lymfedrainage is een combinatie van massage en oedeemgrepen waarbij compressie met de handen volgens een bepaalde methode (Vodder, Földi of Feldberg) gegeven wordt. Het doel is oedeem te verplaatsen en lymfebanen vrij te



Afbeelding 2: Hoge rustdruk



Afbeelding 3: "Als het been dun is moet men diverse plaatsen beschermen of opvullen"

maken. Manuele lymfe-drainage kan gegeven worden bij patiënten met een niet werkende spierpomp (verlammingen of een vastzittend enkelgewricht) en bij patiënten met oedeem en ulcera waar naast een veneuze problematiek ook een arteriële- en lymfatisch component aanwezig zijn.

PRESSOTHERAPIE

Bij pressotherapie wordt door middel van een pomp (bijvoorbeeld lymphapress, Compriflow) lucht geblazen en verwijderd volgens een oplopend schema met lage drukken, in manchetten met liefst kamers die elkaar gedeeltelijk overlappen. Het aantal kamers kan variëren van 3 tot 11. De drukgolf die ontstaat verplaatst het oedeem door de interstitiële ruimtes van distaal naar proximaal en zet de veneuze circulatie aan tot beter functioneren.

Bij goed afgedekte ulcera kan de pressotherapie, als een artificiële kuitspierpomp, snel oedeem verdrijven en zodoende granulatie mogelijk maken. De indicaties zijn beschreven bij de manuele lymfedrainage.

NABEHANDELINGSFASE THERAPEUTISCH ELASTISCHE KOUSSEN

Therapeutisch elastische kousen worden meestal als nabehandeling gebruikt. Zij zijn echter ook bij kleine recidieven als behandeling te gebruiken. Wondbedekkers kunnen dan onder de kous gebruikt worden. Bij de nabehandeling wordt vaak een kous op maat voorgeschreven al dan niet met (ingenaaide) pelotte. Dermatologen/flebologen geven de voorkeur aan de zogenaamde vlakbreikousen. Dit zijn kousen met naad. De voordelen van deze kousen zijn de pasvorm en drukverdeling. Er zijn diverse uitvoeringen mogelijk en ze zijn makkelijker aan- en uit te trekken. Het nadeel is dat de patiënt ze niet mooi vindt vanwege de naad. De patiënt geeft de voorkeur aan de rondbreikous: de dünnere naadloze kous.

Een goede samenwerking met de bandagist is belangrijk. Inventiviteit en de juiste keuze van kousen en of panties kunnen ook een modieus resultaat geven.

- * Peter van der Wind, Adviseur flebologie en lymfologie Divisie medical N.V. Beiersdorf
- ** Wilma Verbeek-Gijsbers, Hoofdverpleegkundige poli dermatologie AZN St Radboud Nijmegen