

25 JAAR WCS, 25 JAAR WONDBEHANDELING

F. van Wijck*

Beschikken we over het ultieme hulpmiddel voor wondbehandeling? Nee, dat niet. Maar je kunt nu ook weer niet zeggen dat één bepaald product ontbreekt in het palet. En bovendien gaat het bij wondbehandeling om meer dan het wondproduct alleen. De algemene toestand van de patiënt speelt ook een rol in de wondgenezing. En de kennis van de behandelaar eveneens. Daaraan is sinds de oprichting van de WCS niets veranderd. Maar op andere fronten ziet de wereld van wondbehandeling er wel degelijk anders uit dan toen.

Wondverzorging moet zo oud zijn als de mensheid zelf. Deze observatie tekende Peter Pardoën – toen product group manager bij Beiersdorf Medical – in november 1990 op in *Medisch Nieuws* toen dat tijdschrift tien jaar bestond. Vervolgens constateerde hij dat in die tien jaar, dankzij de introductie van het hydro-actief verband, de wondbehandeling waarschijnlijk een grotere ontwikkeling had doorgemaakt dan in tien eeuwen daarvoor. Bovendien had het CBO in die tien jaar een eerste stap gezet om te komen tot consensus over preventie en behandeling van decubitus, en was de WCS opgericht. Al drie jaar later merkte Gerrie Janssen (verpleegkundige, toentertijd verbonden aan thuiszorginstituut KITZ in Groningen) in hetzelfde tijdschrift op dat de WCS veel had bereikt om de behandeling van chronische wonden tot een specifiek aandachtsgebied te maken. Bovendien had de vereniging het classificatiemodel in het leven geroepen (zwart-geel-rood) om de verpleegkundigen te helpen de wond gestructureerd te observeren en daarop de behandeling af te stemmen. Daarnaast kwamen er in de ziekenhuizen verpleegkundigen die zich specifiek met de behandeling van decubitus en ulcus cruris gingen bezighouden. Weer drie jaar later lasen we: “De tijd dat een eenvoudige wond met een pleistertje werd afgedekt en dat je met een chronische wond maar moest leren leven, ligt achter ons. Innovatieve behandelingsmiddelen hebben gezorgd voor een revolutie in wondbehandeling. Zelfs chronische wonden moeten vaak in zes tot acht weken te genezen zijn”. Het was

1996, de WCS gaf de eerste editie van haar *Wondenboek* uit. *Flash forward* naar 2003. Hydrogels, hydrocolloïden (al dan niet met calcium alginaat), foam, polyacrylaat, polyurethaan, zilver, honing, siliconen en nog veel meer hulpmiddelen hebben hun intrede gedaan in de wondbehandeling. Zowel de WCS als de CBO-richtlijn decubitus wijzen op het belang van vochtige wondbehandeling. Maar wat lezen we in (wederom) *Medisch Nieuws*? Dit: “Toch beklagen de bedrijven die deze producten leveren zich over de conservatieve wondbehandelaars en over het feit dat de acceptatie van vernieuwing zo traag verloopt”. Het pad van de wondbehandeling loopt niet altijd over rozen. Toch is in de afgelopen 25 jaar wel degelijk heel veel bereikt.

IJZEN EN FÖHNEN

Hoe groot die verandering precies is geweest, weet verpleegkundige Marja Prins (Hagaziekenhuis Den Haag) nog maar al te goed. Zij begon als zeventienjarige haar carrière als leerling-verpleegkundige. Dit jaar gaat ze als zestigjarige met de VUT. “Tot pakweg 1980 was het aantal beschikbare verbandmiddelen uiterst beperkt”, zegt ze. “pas daarna begonnen stapsgewijs meer producten ontwikkeld te worden, maar het duurde nog jaren voordat die voor de dagelijkse praktijk beschikbaar kwamen. IJzen en föhnen, Engels pluksel, betadine zalfgazen, scheurlinnen, we gebruikten het in de jaren tachtig allemaal nog. De moderne verbanden begonnen in dat decennium net te komen. Hydrocolloïden waren er al wel. Zalfgazen waren nog op

katoenbasis. Het was beperkt, maar wat je niet kende miste je ook niet. De specifieke aandacht voor wondbehandeling kwam gaandeweg op gang, nadat we meer producten tot onze beschikking kregen. Tot die tijd deed je – met gaas en bloedstelpende middelen – gewoon wat de dokter zei. Met de introductie van die nieuwe middelen kwam ook vanuit de praktijk de vraag waarvoor je die precies moest gebruiken. Daarom was het ook zo goed dat de WCS met dat classificatiemodel kwam. Er kwamen congressen en symposia en er kwamen gespecialiseerd wondverpleegkundigen. Ik was een van de eersten, in 1989.”

Dat classificatiemodel kwam trouwens nog wel ter discussie te staan. Professor Keith Harding uit Wales hield tijdens het WCS congres van 1993 een kritische lezing over dit model. Hij noemde het een goed uitgangspunt, maar stelde wel dat het niet kritiekloos kon worden toegepast. Zeker niet voor geel en rood. Zwart was niet zo’n probleem, stelde hij, want dood is dood. Maar: “Bij geel en rood is de kleur niet altijd zo’n glasheldere indicatie voor correcte wondbehandeling”. Hij pleitte ervoor behalve op de kleur van de wond ook te letten op het stadium waarin die verkeert, de vorm, de oorzaak, het weefsel dat erbij betrokken is en wie zorgdraagt voor de wondbehandeling.

ENORME COMPLEXITEIT

Precies hoe belangrijk al die andere factoren zijn, maakt Ron Legerstee, wetenschappelijk docent aan de opleiding voor wond- en decubitusconsulenten aan het Erasmus

Medisch Centrum in Rotterdam en professional education manager van Systagenix, duidelijk. 'We zijn ons steeds meer bewust van de complexiteit van wondgenezing en de mogelijkheden om dat proces te beïnvloeden', zegt hij. 'Om een voorbeeld te noemen. In stagnerende wonden treffen we een veel te hoge concentratie aan van bepaalde enzymen die we MMP's noemen. Nog in 1996 dachten we bijvoorbeeld dat diabetische voet patiënten te weinig groeifactoren aanmaakten en dat hun wonden daarom niet genazen. Maar het tegendeel bleek juist waar: door het teveel aan MMP's in de wond werden de groeifactoren juist afgebroken.'

„Hoewel het belang van zo'n ontdekking niet kan worden onderschat", voegt Legerstee er wel aan toe: 'We leven in een maatschappij die enerzijds gedreven is door geld en anderzijds door bezuinigingen. We moeten dus nog maar zien in hoeverre deze kennis tot gerichte productontwikkeling gaat leiden.' Aan de toegenomen wetenschappelijke kennis over de mens zal het in ieder geval niet liggen. Behalve de kennis over die MMP's mogen ook de gereedkoming van het menselijk genoom en de proteomics worden genoemd om te staven hoe snel de wetenschap ons helpt om op een andere manier tegen bestaande problemen aan te leren kijken. 'Het is ook nog geen vijftien jaar geleden dat ik in een boek tegenkwam dat de bacteriën tot de plantenrijk behoorden', zegt Legerstee ter illustratie. 'De gedachteontwikkeling kan snel gaan.'

SYNTHETISCHE VEZELS

Voor de directe beïnvloeding van het wondgebied hebben behandelaars dankzij groeifactoren, de beïnvloeding van de extracellulaire matrix en huidvervangers mogelijkheden tot hun beschikking gekregen waarvan ze voor die tijd alleen maar konden dromen. 'Tien jaar geleden waren we nog grof bezig met foam of gaas', zegt Legerstee. 'Het enige andere dat we hadden, sinds de jaren tachtig, waren de hydrocolloïden. Die waren gebaseerd op de gedachte dat epithelialisatie in een vochtig wondmilieu sneller gaat dan in een droog milieu.'

Zonder twijfel een van de belangrijkste ontwikkelingen. Maar de grootste basisontwikkeling was waarschijnlijk toch wel de komst van de synthetische vezels in de jaren dertig. 'Tot die tijd konden materialen alleen van dieren, planten of mineralen komen', memoreert Legerstee. 'Bij die natuurlijke materialen wist je totaal niet wat aan interactie met de wond plaatsvond, omdat de kwaliteit van die materialen sterk kon verschillen. Die synthetische vezels hadden het enorme voordeel dat ze altijd identiek waren. Al zou het nog decennia duren voordat de natuurlijke producten uitgerangeerd waren. Dat zegt wel iets over deze markt.'

AFNEMENDE KENNIS

Achter dat laatste zinnetje gaat een forse dosis kritiek schuil. Legerstee legt uit: 'Die wetenschappelijke ontwikkelingen zijn boeiend, maar we hebben wel te maken met mensen die er in de praktijk gebruik van moeten maken. En de kennis van die mensen is afgenomen. Als wereldmaatschappij zijn we steeds sneller geworden. Dit betekent dat we steeds minder tijd nemen om aan de basis kennis op te bouwen. De basisopleiding is beslist van lagere kwaliteit geworden. Aan de andere kant van het spectrum zie je juist dat we zodanig gespecialiseerd zijn geworden dat het bijna niet meer te doen is voor die specialisten om de basis kennis te behouden en up to date te blijven. Ook hebben protocollen en richtlijnen een hoge vlucht genomen. In de protocollen staan de wondtypen en wat je daarmee kunt doen. Op zich is het goed deze kennis tot je beschikking te hebben. Maar als je de lijn doortrekt van hoe de maatschappij zich ontwikkelt en welke gevolgen dit heeft voor scholing, houden we uiteindelijk alleen maar mensen over die volstrekt niet weten hoe die protocollen en richtlijnen tot stand zijn gekomen. Wie kent dan nog de achterliggende wetenschappelijke publicaties, of denkt die dan nog nodig te hebben?'

STIMULANS VOOR ONDERZOEK

Marja Prins herkent het probleem dat Legerstee schetst tot op zekere

hoogte wel. 'Er zijn artsen en verpleegkundigen die zich niet goed laten bijscholen en die onvoldoende evidence based publicaties lezen', zegt ze. 'En Nederland staat slecht bekend op het gebied van wetenschappelijk onderzoek. Er wordt weinig gedaan en het is bovendien lang niet allemaal evidence based wat er gebeurt. Misschien is er geen geld voor, of hebben de behandelaars te weinig verstand van zaken. Wat dat betreft is het een goede zaak dat de post-hbo studie voor wondbehandeling er is gekomen. Dat is weliswaar pas een ontwikkeling van de laatste jaren, maar vanuit die opleiding wordt wetenschappelijk onderzoek in ieder geval wel gestimuleerd.'

Het is de industrie geweest – verenigd in Nefemed – die samen met professor Steven Hovius, hoofd van de afdeling plastische en reconstructieve chirurgie van het Erasmus MC, het voortouw heeft genomen om tot die opleiding te komen. De gedachte hierachter was volgens Legerstee heel eenvoudig: als vochtige wondbehandeling al zo moeilijk te accepteren is voor de behandelaars in de praktijk, wat staat ons dan te wachten met volgende ontwikkelingen?

Prins erkent dat toepassing van behandelingen die eigenlijk al lang niet meer kunnen, soms moeilijk uit te roeien is. Ze zegt: 'Ik hoor nog steeds wel eens: "Laat maar aan de lucht drogen die wond". Terwijl toch echt al heel lang bekend is dat cellen in een vochtig milieu beter kunnen uitgroeien en dat de pijn voor de patiënt in een vochtig milieu aantoonbaar minder is. Heel veel artsen zijn conservatief. En in hun opleiding krijgt wondbehandeling veel te weinig aandacht. Maar gelukkig is bij de jongere artsen het belang van vochtige wondbehandeling inmiddels echt wel doorgedrongen.' Bij de industrie is de kennis overigens aan het afnemen, waarschuwt Legerstee. Op de vraag of de wetenschappelijke onderbouwing die zij geeft bij productintroducties wel goed is, zegt hij: 'Over het algemeen wel. Maar hier moet ik een kritische kanttekening bij plaatsen ten aanzien van wat in de markt gebeurt. Aan de ene kant hebben we het over farma-

cologie, aan de andere kant over medische hulpmiddelen. Is het terecht dat voor de laatste de wetgeving veel minder streng is? Misschien op zich wel, maar de stelling dat je alles wat bestemd is voor preventie of behandeling over één kam zou moeten scheren is eveneens verdedigbaar. Want het is natuurlijk krom dat een productintroductie wetenschappelijk onderbouwd moet zijn, maar dat anderzijds behandelars straffeloos honing of andere natuurlijke producten op wonden mogen smeren. Dit gegeven verklaart ook waarom grote, beursgenoteerde bedrijven veel angstiger zijn voor toepassing van natuurlijke grondstoffen dan kleinere bedrijfjes.'

HONING EN ZILVER

Over die honing is nog heel wat discussie gevoerd toen wondbedekkers met honing op de markt kwamen. Net als over zilver trouwens. 'Bij *Pseudomonas* is zilver wel van waarde, omdat het de bacteriën doodt', zegt Prins. 'Daarvoor gebruikten we vroeger azijnzuur, maar dat was etsend voor de huid.' Toch staat zilver enorm ter discussie. Volgens het ene kamp zou het inderdaad meerwaarde hebben, maar volgens het andere kamp zou het giftig zijn. 'Ik denk dat je het moet gebruiken totdat de wond laat zien dat het niet meer hoeft', zegt Legerstee. 'Maar daarvoor is wel de basiskennis nodig waarover ik het eerder had. Wondbehandeling is een dynamisch proces. Bij iedere fase hoort potentieel een ander product.' Over honing zegt hij: 'Dit wordt al duizenden jaren gebruikt, Maar dat betekent nog niet dat het al die jaren goed is toegepast of dat degenen die dit deden duizenden jaren geleden precies wisten wát ze deden. Welke van de stoffen in de honing is verantwoordelijk voor het effect dat het op de wond heeft? Daarover weten we onvoldoende. Daarnaast heb ik er hetzelfde probleem mee als met alle natuurlijke producten, namelijk de beperkte voorspelbaarheid ten opzichte van synthetische producten.' Een ander natuurlijk product dat nogal wat stof deed opwaaien, zijn maden. 'Het mooie hiervan is dat ze

uitsluitend geïnteresseerd zijn in dood weefsel, voorop gesteld dat je de juiste larve op de juiste wond zet', zegt Legerstee.

BELANGRIJKSTE PRODUCT-ONTWIKKELINGEN

Wat zijn nu de belangrijkste nieuwe producten voor de behandeling van wonden. Voor Prins is dit onbetwist de VAC-therapie. 'De meest revolutionaire behandeling die we tot onze beschikking hebben gekregen en nog steeds niet geëvenaard in kwaliteit', vindt ze. 'Direct daarna komt voor mij AquaCell van ConvaTec, het enige verband dat verticaal in de vezels vocht opneemt. Het voorkomt maceratie aan de wondrand. Bij andere verbanden moet je nog altijd een wondrandbeschermer gebruiken. Ook siliconen zijn belangrijk. Ze hebben een enorme invloed op de wondgenezing en leiden niet tot verkleving. Bovendien zie je bij toepassing ervan bijna nooit allergische reacties. Alginaten vind ik ook mooi, omdat die vuil uit de wond trekken en bloedstelpend zijn.' De hydrocolloïden zijn volgens haar op hun retour. 'Die waren toentertijd heel revolutionair, maar worden nu veel minder toegepast. Ze macereren de wondrand, blijven niet goed zitten, zijn moeilijk te verwijderen en rollen bij incontinentie helemaal op', somt ze op. 'Maar de toepassing bij stoma blijft onverminderd overeind.' Legerstee noemt nog een andere niet-ingeloste belofte: huidvervangers. 'Rond de eeuwwisseling hoorde je hier op congressen heel veel over', zegt hij. 'Ze leken de grote belofte voor de toekomst voor de behandeling van grote defecten. Maar je komt ze nu mondjesmaat tegen. Ze verdienen een grotere plaats in de markt dan ze nu hebben. Verder verwacht ik veel van proteomics: exact aan die ene wond geven wat die op dat moment nodig heeft, in ieder stadium. Dat zou een geweldige aanvulling zijn op het palet aan middelen die behandelars nu ter beschikking staan. Ook een product dat selectief is in zijn antimicrobiële activiteit zou ideaal zijn. Maar voor het ogenblik is dat nog toekomstmuziek.' Prins ziet het idee van groeifactoren

wel als mogelijk positief. Maar ze mist niet echt producten om alle voorkomende wonden te kunnen behandelen. Daarom heeft ze ook even getwijfeld over een recent verzoek van TNO om mee te denken over mogelijke nieuwe hulpmiddelen. Uiteindelijk heeft ze wel toegezegd. 'Maar ik verbaas me er wel eens over als ik zie hoeveel er op de markt komt', zegt ze. 'Niet alles heeft meerwaarde. Bovendien moeten we nooit uit het oog verliezen dat aan elke wond een patiënt vast zit. Het gaat niet om het wondproduct alleen. We hebben ook te maken met zaken als doorbloeding, voedingstoestand, algemene gezondheidstoestand en dergelijke. Iedere wond blijft dan ook een uitdaging.'

*Frank van Wijck