

OPINIE UIT DE PRAKTIJK

De redactie is niet verantwoordelijk voor de eventuele waarde-oordelen of voor de interpretatie van beschreven producten en behandelingsmethoden, zoals door de verschillende schrijvers/sters in deze rubriek naar voren worden gebracht.

De beschreven patiënten casus zijn bedoeld als discussiestuk.

Uit de praktijk

DE BEHANDELING VAN EEN ERNSTIGE HUIDINFECTIE ROND DE ANUS PRAETER NATURALIS AANGELEGD NA VERWIJDERING VAN EEN RECTUMCARCINOOM.

De patiënte, die ik met U wil bespreken, is een 78 jarige vrouw, bij wie enige tijd voor opname een rectumcarcinoom was ontdekt, $\pm$ 6 cm boven de sfincter ani. Zij was reeds vele jaren bekend met rheumatoïde arthritis, waardoor zij ernstig beperkt was in het gebruik van haar handen. Mede met het oog hierop werd gekozen voor een operatie, waarbij een blijvende anus praeter naturalis vermeden kon worden. Via een laparotomie werd een resectie van het tumor-bevattende deel van de rectum verricht; wegens fixatie van de tumor aan de uterus werd tevens en-bloc een uterusextirpatie verricht. De continuïteit van de darm werd hersteld door middel van een anastomose enige centimeters boven de sfincter ani met behulp van een stapler apparaat.

Post-operatief kwam na enige tijd de defaecatie weer normaal op gang, echter $\pm$ 4 weken na de operatie kreeg de patiënte hoge koorts en werd zij incontinent voor faeces. Bij inspectie bleek de ontlasting per vaginam te komen. Rectoscopisch onderzoek bevestigde de diagnose recto-vaginale fistel met een volledige naaddehiscentie. Wegens de ernstige verontreiniging ter plaatse van de naaddehiscentie werd het aanleggen van een permanent eindstandig colostoma uitgesteld tot een later tijdstip en werd een tijdelijk dubbelloops ileostoma rechts onder in de buik aangelegd.

Drie dagen na deze operatie ontstond een ernstige huidinfectie. De huid van de gehele rechter buikhelft, inclusief het grootste deel van de huid rond de A.P. was rood, warm en gezwollen en bij palpatie waren crepitaties voelbaar, duidend op een infectie door een gasvormende bacterie. Dezelfde dag werd onder narcose de geïnfecteerde huid ruim opengelegd en gespoeld met waterstofperoxyde; tevens werd begonnen met antibiotische therapie in de vorm van clindamycine en gentamicine.

De bacteriële kweek liet faecale flora zien met o.a. een *Clostridium perfringens*; op grond hiervan werd penicilline aan de antibiotische therapie toegevoegd. Binnen één week was de huid van de gehele rechter buikhelft necrotisch geworden. Nadat demarcatie was opgetreden werd excisie van het avitale weefsel verricht. Deze ingreep resulteerde in een groot huiddefect met in het midden een gelukkig vitaal ileostoma. Dit stoma moest echter op de een of andere manier zodanig verzorgd worden, dat de ontlasting kon worden opgevangen, zonder dat de wond gecontamineerd werd. Dit gelukte redelijk door een balloncatheter in de aanvoerende lis aan te brengen en de ballon zover op te blazen, dat geen vocht langs de catheter liep. Nadat een schone goed granulerende wond rond de A.P. was

ontstaan kon een nauwkeurig passende kaasplak worden aangebracht. Het is met name dankzij intensieve verpleging enerzijds en parenterale hyperalimentatie anderzijds, dat de algemene conditie van de patiënte geleidelijk verbeterde in de daaropvolgende weken.

Twee maanden na het aanleggen van het ileostoma kon een relaparotomie worden uitgevoerd. Hierbij werd het ileostoma opgeheven en werd een eindstandig colostomie aangelegd. De huiddefecten werden bewerkt met huidtransplantaten.

Alle transplantaten groeiden fraai in en de patiënte werd tenslotte 4 maanden na opname in goede algemene toestand ontslagen.

Concluderend kan worden gezegd, dat bij patiënte gekozen is voor een operatie zonder permanent A.P., aangezien de verwachting was, dat zij die moeilijk zou kunnen verzorgen. Dit heeft echter geleid tot ernstige complicaties, waarbij zij meerdere malen in een zeer kritische toestand heeft verkeerd. Mede dankzij de intensieve verzorging van de huidinfectie rond de A.P. is zij uiteindelijk goed hersteld.

A.J. den Outer, hoofdassistent
Afd. Oncologische Chirurgie,
Academisch Ziekenhuis, Leiden

De verpleegkundige hierover:

Met wondinfectie heeft iedere verpleegkundige wel te maken. Is het niet dagelijks, dan toch zeker zo af en toe. Wondinfectie als bovenstaand beschreven door dr. den Outer zie je zelden of nooit, en heb je dan ook geen ervaring mee.

De tijd heelt alle wonden is een bekend spreekwoord, maar voor deze wond komt er meer kijken dan alleen tijd. Geduld en goede zorg spelen ook een zeer grote rol in deze.

Zoals u kunt zien op de foto's was het huiddefect inderdaad enorm. Op de O.K. was er reeds veel pus verwijderd, maar er zat erg veel in de wond. Heel vervelend was dat de ileostoma midden in het wondgebied lag, door een folleycatheter achter te laten werd dat probleem enigszins opgelost.

De eerste dagen hebben we de wond intensief met *Eusol behandeld. Zeker 6x per dag gingen er gazen gedrenkt in Eusol op de wond. De gazen moesten kletsnat in de wond gelegd worden. Beter te veel dan te weinig ging hier zeker op. Daarna werd de wond afgedekt met meerdere absorberende verbanden. Na enkele dagen was de meeste pus verdwenen. Gazen gedrenkt in *Povidon-fysiologisch zoutoplossing namen de taak over van de Eusol.

De grootste problemen hadden wij echter met het ileostoma. Na enkele dagen moest toch de Folleycatheter eruit omdat men bang was voor druknecrose.

De wond om de ileostoma was nog erg diep en ook nog niet schoon genoeg. Zo goed en kwaad als het kon

probeerden wij de stoma af te plakken met een Combihesive systeem. Dit systeem legden wij als een brug over de wond zodat wij toch nog hieronder de wond rondom het ileostoma konden verzorgen. Desondanks konden wij niet verhinderen dat er regelmatig A.P. inhoud in de wond liep.

Het hield in dat wij wel zeer frequent de gazen moesten verschonen omdat zij anders doordrenkt waren van de A.P. inhoud in plaats van Povidon-fysiologisch zoutoplossing.

Ook de huid om de wond heen en de wondranden moesten beschermd worden, dit werd effectief gedaan door gebruik van *Sprilon spray. Doordat de patiënte in een betere voedingstoestand kwam door de parenterale-hyperalimentatie en de continue zorg voor de wond, begon die toch langzaam maar zeker te granuleren. Na ongeveer twee maanden was de wond klaar om met huidlapjes bedekt te worden en sloegen deze ook goed aan.

Twee maanden waren wij bezig geweest, meestal met goede moed, soms met wanhoop om de wond schoon te krijgen en te houden.

Door binnen het team van artsen, verpleegkundigen en fysiotherapie de wondverzorging centraal te stellen konden wij de patiënte in een goede algemene conditie ontslaan. Hierbij moet ik ook zeker de inzet en het vertrouwen van de patiënte noemen.

Wij als team waren best een beetje trots haar zo het ziekenhuis te zien verlaten.

GEBRUIKTE PRODUCTEN

* G Eusol (Edinburgh University Solution)

Wordt bij ons steeds meer gebruikt op reeds granulerende wonden en heeft een antiseptische werking (werkt niet granulerend, maar heeft een schoonhoudend effect). Eusol is een boorzuurhoudende calcium-hypochloriet oplossing. De eusolparaffine bestaat uit gelijke volumedelen, Dakin's vloeistof en paraffine met 1% witte was. Deze emulsie bevat 0,25% actief chloor. Het voordeel is dan ook dat de emulsie niet agressief is en niet irriterend werkt op de omliggende huid.

* Povidon jodium in zoutoplossing

Hiervan verwachtten wij wel een antiseptische werking. Het werkt zeker niet agressief om de omliggende huid. Het wordt veel door ons gebruikt, voor allerlei soorten wonden om deze schoon te spoelen.

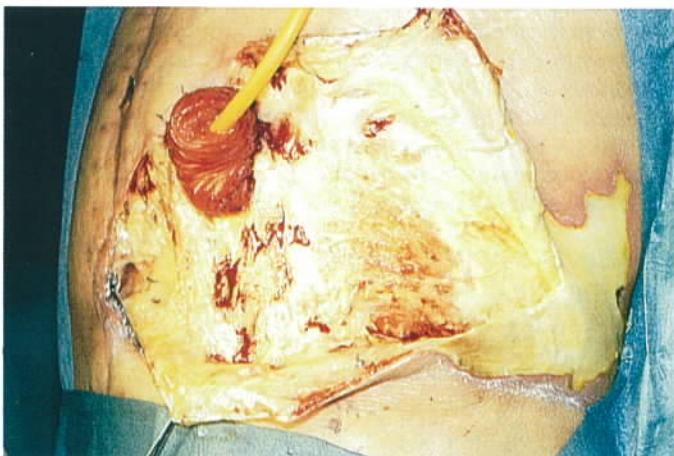
* Sprilon spray

Sprilon spray bestaat uit silicone in combinatie met zinkoxyde en vormt naar mijn ervaring een goede barrière tegen de inwerking van b.v. faeces, urine, wondvocht op de vaak toch al gevoelige huid. De omliggende huid van onze patiënte werd hierdoor goed beschermd en kon uitbreiding worden voorkomen.

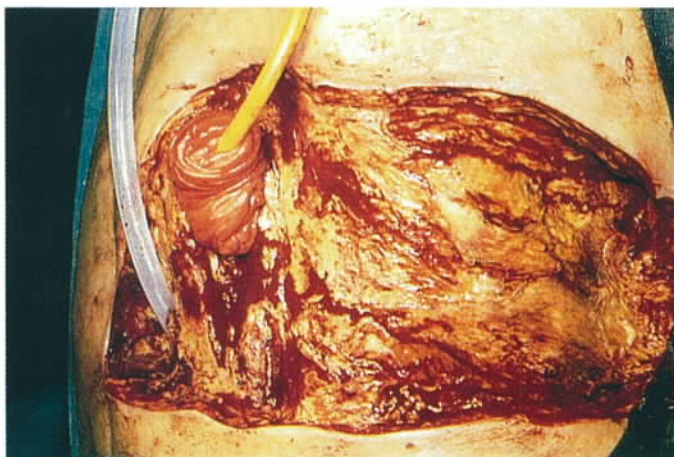
Ben de Waal
Hoofdverpleegkundige.
Oncologie/Vaatchirurgie
Academisch Ziekenhuis Leiden.



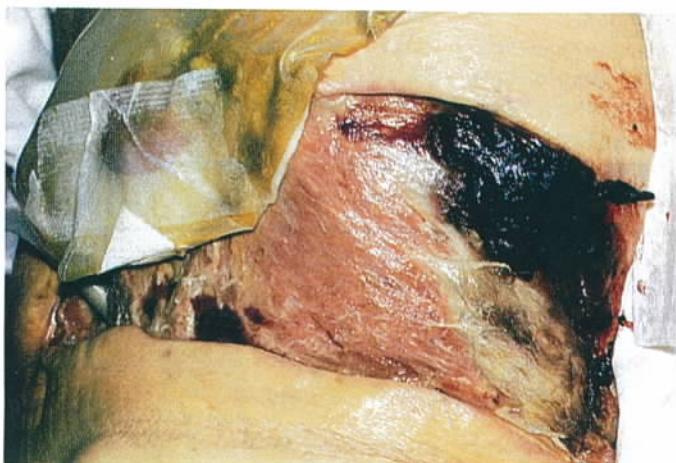
1. Geïnfecteerd fase, met een duidelijke demarcatie.



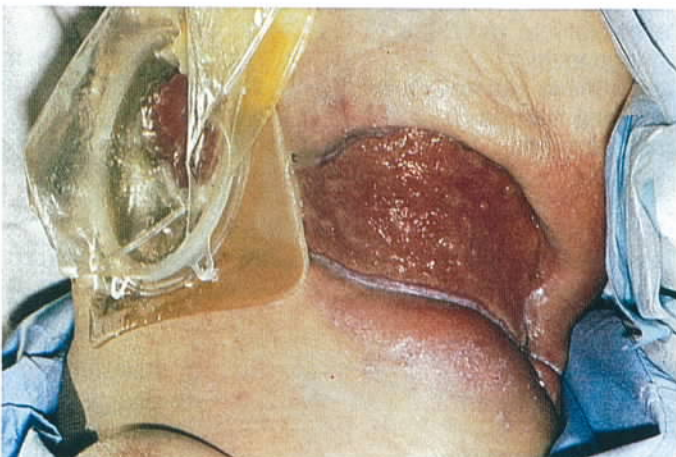
2. Operatieve fase.



3. Wond tijdens behandeling met Eusol.



4. Fase na 1 week behandeling.



5. Granulatiefase na enkele weken.



6. Wond na behandeling plastische chirurgie.