

# W.C.S. België prima gestart !

**Op 1 december en 9 februari jl. vond middels een symposium te Leuven, de officiële start plaats van de W.C.S.-België. Tijdens deze 2 druk bezochte dagen werden er aan vele belangstellenden verschillende onderwerpen gepresenteerd aangaande diverse facetten van de wondbehandeling. Hier volgen enkele lezingen:**

## Bosqué

Jan,

Bestuurslid  
W.C.S.

Licentiaat in de medisch-  
sociale weten-  
schappen en  
het ziekenhuis-  
beleid.  
Hoofdverpleeg-  
kundige  
septische  
orthopedie en  
motorische  
revalidatie;  
St.-Rafaël-  
ziekenhuis te  
Leuven.

## De verpleegkundige wondbehandeling van geïnfecteerde letsels met onderliggende botpathologie

### I: Inleiding

Op onze afdeling septische orthopedie en motorische revalidatie hebben wij verpleegkundigen, veel te maken met wondbehandeling. De meeste letsels kunnen onverdeeld worden in een drietal types:

- 1: de doorligwonde, veroorzaakt door misvormingen in de botstructuren waardoor verkeerde drukplaatsen ontstaan met doorligwonden als gevolg.
- 2: de fistel, een buisvormig absces die een ziekteproces in de dieper gelegen weefsels verbindt met een opening aan de oppervlakte van het lichaam.
- 3: de open-been-wonde, zeer dikwijls het resultaat na debridement van een met osteomyelitis aangetast bot.

Deze letsels hebben allen de neiging om zeer snel atone te worden. De wondrand verkleint niet meer, de wondbodem vertoont geen vitaliteit. Het letsel stagneert.

De verpleegkundige wondbehandeling hierbij, berust op twee principes:

- enerzijds het necrotisch en atone materiaal verwijderen en
- anderzijds de granulatie bevorderen.

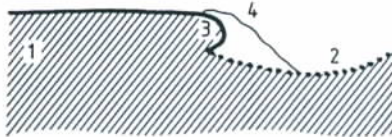
### II: De vier componenten van een atone wonde.

De verschillende stappen die achtereenvolgens dienen gevolgd te worden om tot een positief resultaat te komen worden hierna aan de hand van schematische voorstellingen weergegeven.

Een atone wonde bestaat uit een viertal componenten (fig. 1).

Figuur 1

1. de gezonde huid met weke delen
2. de wondbodem



3. de wondrand
4. de verbinding tussen deze 2 gebieden

### 1. De gezonde intacte huid, met daaronder de weke delen.

De gezonde intacte huid is het gebied dat moet beschermd worden tegen eventuele prikkelende stoffen afkomstig uit het letsel zelf. Dit kan bijvoorbeeld etter zijn. Beschermende vochtafstotende zalven zijn hier zeker op hun plaats. De massa of dikte van de weke delen is van groot belang voor de genezing van het letsel. Een wonde ter hoogte van de anterieure tibia zal minder vlot genezen dan een evengroot letsel aan de dijspieren. Vooraan op het scheenbeen liggen practisch geen onderhuidse spierlagen terwijl ter hoogte van de dijspier wel gemakkelijk granulatie kan optreden.

### 2. De wondbodem.

Dit is het zichtbare letsel. Door omstandigheden is de huid opengebroken. Deze omstandigheden kunnen van verschillende etiologie zijn. Bijvoorbeeld: een trauma, een

chirurgische ingreep, een infectieus proces, een vasculair probleem, enz.

### 3. De wondrand.

Bij een atone wonde gedraagt de wondrand zich zeer specifiek. Naargelang de atoniteit toeneemt, zal de wondrand zich meer en meer naar onder toe buigen en zich verstevigen in de richting weg van het centrum van de wonde. Hij vormt als het ware een beschermende wal rond het letsel. Dit is een verdedigingsmiddel van het lichaam om vergroting van de wonde tegen te gaan. Uitbreiding van het letsel is daardoor moeilijker, maar verkleining van de omvang zal impliceren dat deze huidzoom eerst zal moeten doorbroken worden.

### 4. Het beschermingsvliesje.

Dit zeer dun bijna doorschijnend velletje is een tweede bescherming van de wonde. Het kleeft aan de rand van de intacte huid, en spant zich over de wondrand heen om eventueel te vergroeien met de wondbodem.

### III: Het necrotisch en atoon materiaal verwijderen

Het zijn vooral de wondrand en de wondbodem die moeten behandeld worden om hen te vrijwaren van necrotisch beslag of atone gebieden. Indien er echter reeds beslag of atone gebieden aanwezig zijn, dan moeten wij, als verpleegkundigen, deze adequaat en konsekwent weten te bestrijden.

De verwijdering van het beschermend vliesje is een must. Door met de botte pincetpunt over de intacte huid, in de richting van het centrum van de wonde te glijden, wordt ter hoogte van de wondrand het dunne vliesje losgetrokken. Bloeding kan bij deze handeling optreden ter hoogte van de wondbodem, maar zelden ter hoogte van de intacte huid.

De patiënt voelt hier helemaal geen pijn.

Na deze verwijdering zien we dat de wonde eigenlijk ondermijnd is en dat van onder dit weke vliesje een hoeveelheid pus of debris tevoorschijn komt. Het wordt ook dan pas duidelijk hoe dik en eeltig de omlaaggroeiende wondrand wel is.

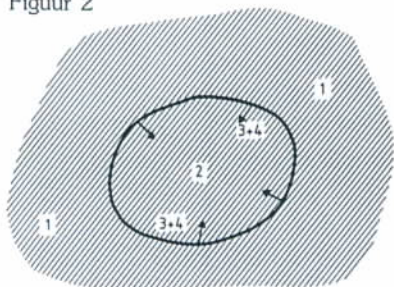
Voor het wegnemen van de huidrand, kan men gebruik maken van een pincet of een kocher.

De vraag is echter: "Hoe breed moet die wondrand weggenomen worden?"

- Neemt men teveel weg, dan zal men het letsel nutteloos vergroten en de patiënt veel pijn bezorgen.
- Neemt men te weinig weg, dan zal het genezend resultaat ook duidelijk minder zijn dan het gewenste resultaat.

De juiste stelregel luidt als volgt: Men grijpt de binnenzijde van de huidrand vast met het instrument, en trekt langzaam en geleidelijk in de richting van het centrum van het letsel (fig. 2).

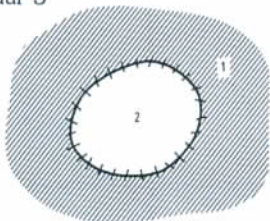
Figuur 2



wegnemen naar centrum van de wonde

Men herhaalt dit tot er bloeding optreedt in de huidrand zelf. Dit is het teken dat we de atone rand hebben verwijderd en in het gebied van de vitale weefsels zijn gekomen. Als deze handeling secuur en korrek wordt uitgevoerd komen zeer fijne filliforme reepjes atone huid los (fig. 3).

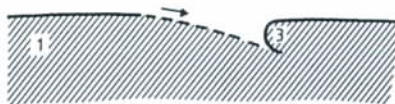
Figuur 3



scarifiëren door de wondrand

De wonde wordt als het ware iets groter, maar de obstructieve rand is doorbroken. Indien de structuur van deze wondrand niet toelaat de wondrand integraal te verwijderen, dan bestaat de mogelijkheid deze huidrand door middel van een bistouriemesje vertikaal te doorbreken. Door vooral korte kleine snijwondjes in deze huidzoom aan te brengen geeft men de vitale cellen de kans door de beperkende rand heen te groeien. Ongeveer om de 5 tot 7 mm doorkerft men met een korte en strenge beweging de wondrand (fig. 4).

Figuur 4



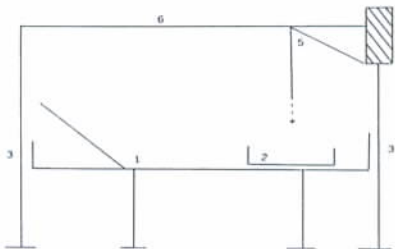
onvolledige opgroei

De patiënten verdragen dit meestal zeer goed, zeker als ze het resultaat nadien visueel kunnen aanschouwen. Namelijk het verschijnen van rood bloed in de wonde. Het is van zeer groot belang dat deze techniek over de gehele wondomtrek wordt toegepast. Dit om onvolledige genezing te voorkomen (fig. 5).

Figuur 5

Schematische voorstelling van de papineauspoeling

1. Bed
2. Opvangrecipiënt
3. Serumstaander
4. Inuusvloeistof
5. Inuusleiding
6. Dwarse steun



Voor de behandeling van de wondbodem, kan men zich baseren op het zichtbaar uiterlijk van dit gebied. We denken hierbij spontaan aan de wondklassificatie

naar kleur: zwart, geel en rood. Er zijn verschillende producten op de markt die kunnen aangewend worden om tot een zuivere wondbodem te komen. Over deze producten verschijnt in een volgend nummer een zeer uitgebreide bijdrage. In het kader van dit artikel wil ik alleen even aanstippen dat ook hier een genezend effect zal verkregen worden als men evenwijdige snijwonden in het necrotisch of atoon wondgebied aanbrengt. Ook hier wordt de diepte van de inkervingen bepaald door de graad van bloeding die optreedt.

#### IV: Granulatieweefsel bevorderen

De door op septische orthopedie gebruikte wondbehandelingsmethode is gebaseerd op wat voorafging, maar wordt aangevuld met de papineau-spoeling. Dit is een manier om snel tot een granulerende wondbodem te komen.

Dr Papineau gaat van de volgende standpunten uit.

1. De open wondbehandeling geeft een duidelijk beeld van wat er gebeurt in de weke delen. Dit in tegenstelling tot een wonde die gesloten wordt door een sutuur.
2. De mechanische reiniging teweeggebracht door een inslaande druppel.
3. De bacteriostatische werking van een granulerende wondbodem.
4. De externe, langdurige en konstante stimuli van vitale cellen zet aan tot versnelde granulatie.

Wij passen zijn model vooral toe bij patiënten met wondproblemen ten gevolge van een onderliggende botpathologie. Bijvoorbeeld bij uitgebreide debridementen.

Het principe:

De patiënt bevindt zich in een comfortabele houding met het te behandelen letsel naar boven gericht. (In ruglig voor een probleem aan de anterieure zijde van de tibia, in zijligging voor een letsel aan de laterale kant of een

mediaal letsel).

De wonde wordt gedurende een uur gespoeld met een NaCl 0,9% oplossing. De vloeistof druppelt van ongeveer 70 cm hoogte uit de infuusleiding en slaat neer in de open wondbodem. Het vocht wordt opgevangen door een recipiënt dat zich bevindt onder de betrokken wonde (fig. 5).

De praktische toepassing:

Een 82-jarige patiënte wordt gehospitaliseerd voor een wondprobleem aan de knie na revisie van een vroeger geplaatste knieprothese. De operatiestreek infecteert en er treedt necrose op van de kniepees.

De knieprothese wordt verwijderd om een arthrodese van het

gewricht mogelijk te maken. De fusie wordt gesteund door een externe fixator type Ilisarov. De krater is postoperatief volgelopen met bloed dat nadien is gestold. Na enkele dagen wordt dit stolsel met een curette verwijderd en starten we met de papineau-<sup>1</sup> spoelingen.

De granulatie komt zeer snel op gang en de krater verkleind zienderogen. De wondranden zijn vitaal en migreren over de nieuwgevormde granulatie. De wondbodem is zuiver.

Bij het einde van elke spoeling wordt de wondbodem afgedekt met een compres gedrenkt in NaCl 0,9%. Bij het begin van een spoeling wordt deze er droog weer afgetrokken. Dit heeft twee bedoelingen:

1. microtraumata te weeg brengen in de wondbodem en hierdoor het granulatieproces positief beïnvloeden,
2. de losgeslagen partikkels aantrekken en als dusdanig ook mee verwijderen.

Deze wondbehandelingsmethode werd aanvankelijk tweemaal per dag toegepast en leidde tot een volledig succes.

### **V: Besluit**

Indien deze methode correct wordt toegepast, dan is zij weinig invasief, noch mutulerend en niet pijnlijk voor de patiënt. Drie niet te versmaden pluspunten van het papineauverband.