

Verslag W.C.S. Mini-Symposium tijdens Medica 1991

Tijdens de medica heeft de WCS in samenwerking met de firma J&J een mini-symposium gehouden. Er waren deze middag 250 geïnteresseerden aanwezig. Uit reacties van bezoekers en van briefschrijvers blijkt dat de uitnodiging voor het symposium niet helemaal duidelijk was. Sommige bezoekers dachten dat ook de entreeprijs voor de medica bij dit symposiumbezoek was inbegrepen. Dit was helaas niet het geval. Hiervoor onze welgemeende excuses. Tijdens deze middag werden een aantal leuke lezingen gehouden, de samenvattingen van deze middag staan in deze Nieuwsbrief.

Koos van Rossum

Basisprincipes wondbehandeling

ELKE WOND IS UNIEK EN IEDERE WOND HEEFT RECHT OP INDIVIDUELE ZORG!

Wondverzorging is zo oud als de mensheid. „De juiste wondbehandeling is het kenmerk van de ware chirurg”, zei ooit eens een groot Weens chirurg (Theodor Billroth 1829-1894). Een geaccepteerde uitspraak tot medio tachtiger jaren. Wondbehandeling is nu echter meer gebaat met een multidisciplinaire aanpak. Met name de verpleegkundige speelt hierbij een essentiële rol. Om te komen tot een effectieve wondbehandeling zijn er een aantal aspecten belangrijk. Zoals bij ieder specialisme spelen ook bij de wondbehandeling definities, oorzaken en gevolgen ofwel kennis van zaken een rol.

Ik definieer een wond doorgaans als volgt: zichtbaar bewijs van **individuele celdood** en kan gekwalificeerd worden naar plaats, grootte, diepte, uiterlijk en oorzaak. De oorzaken van weefselbeschadiging zijn:

- Hypoxia (bloedstolling; afknelling door druk; breuk of scheur; circulatiestoornissen).
- Fysische oorzaken (hitte; bevriezing).
- Chemische middelen (cytostatica; zuren etc.).
- Micro-organisme (parasieten; bacteriën).
- Bestraling (o.a. radiotherapie).

In de huidige wondgenezing zijn de drie R's, te weten: **Reactie, Regeneratie en Remodelering**, niet meer weg te denken.

Verregaande kennis en inzichten in deze materie hebben geleid tot de huidige innovatie's op het gebied van wondbehandelingsprodukten. Iedere systematische aanpak vereist uiteraard een duidelijke doelstelling. Tevens maken deze inzichten ook in toenemende mate een methodische aanpak van de wondbehandeling mogelijk. Het ontwikkelen van de juiste doelstelling van de behandeling van deze of gene wond behoort dus meer tot de mogelijkheden. Binnen wondbehandeling zijn vele factoren belangrijk, maar een vaak onderschat item is de conditie van de patiënt. De belangrijkste conditie bepalende factoren zijn mijns inziens: leeftijd, gewicht, mobiliteit, psychische gesteldheid, vascularisatie, bloeddruk en leefgewoonten (voeding, roken en medicijnen).

De moeilijkheidsgraad binnen de wondbehandeling concentreert zich met name op de groep wonden die genezen 'per secundam intentionem'. Het door de WCS ontworpen classificatiemodel, de zogenaamde WCS-code, is een praktisch gericht model waarmee men structuur kan aanbrengen in de behandeling. Het duidelijk kunnen herkennen van fases in het wondgenezingsproces, maakt een meer gerichte keuze van wondbehandelingsprodukten mogelijk. Daarmee ook een belangrijke kwaliteitsverbetering in de wondbehandeling.

De huidige methodische inzichten en het groot scala aan wondbehandelingsprodukten maakt de juiste afstemming op het individu mogelijk en onderstreept mijn uitgangspunt: **ELKE WOND IS UNIEK EN IEDERE WOND HEEFT RECHT OP INDIVIDUELE ZORG!**

Heerlen, d.d. 06-03-1991
Bert Gelissen

DE GESCHIEDENIS VAN HUIDTRANSPLANTATIE

Als begin voor de huidtransplantatie wordt het jaar 1869 aangehouden. Toen lukte het de zwitserse student Reverdin om in Parijs een stukje huid met de grootte van enkele mm² te transplanteren. Het huidtransplantaat bestond uit epidermis en een laagje corium van de patiënt zelf, dat op een granulerende wond werd aangebracht. In korte tijd bracht huidtransplantatie een geweldige verandering teweeg op het gebied van wondbehandeling. Voordien liet men alle wonden secundair genezen, d.w.z. door epitheelvorming vanuit de wondranden en schrompeling. Het is dan ook niet vreemd dat huidtransplantatie een grote vlucht nam en in vele landen werd toegepast. In enkele jaren boette de methode sterk in aan populariteit en na 1875 werd er nauwelijks meer over geschreven. Daarbij speelden verscheidene factoren een rol. Er werd zowel huid van andere mensen als van dieren gebruikt, alle soorten huiddefecten werden getransplanteerd, onder andere tuberculeuze ulcera en maligne ontaarde wonden; er bestonden nauwelijks regels voor nabehandeling. In 1886 zorgde Thiersch voor een opleving van de belangstelling. Hij gaf adviezen op welke wijze transplantaten afgenomen moesten worden, hoe dik ze moesten zijn, hoe de

wonden voorbereid moesten worden, welke wonden getransplanteerd konden worden en hoe de transplantaten moesten worden aangebracht om een optimaal rendement te verkrijgen. Thiersch gebruikte transplantaten die aanmerkelijk groter waren dan voordien gebruikelijk was (10 bij 2 cm.). De transplantaten werden afgenomen met een scheermes. Het gehele wondoppervlak, waarvan het granulatieweefsel was verwijderd, werd met transplantaten bedekt. Bedacht moet worden dat transplantaten werden afgenomen zonder enige vorm van verdoving. Ook toen kreeg huidtransplantatie nog geen vaste plaats, omdat de resultaten teleurstellend bleven. Nog steeds werden homo- en allo-transplantaten gebruikt en hield men zich niet aan de strenge indicaties voor huidtransplantatie. Huidtransplantatie werd frequent toegepast bij het ulcus cruris. Het lukte wel het ulcus te genezen, maar als de patiënt werd gemobiliseerd recidiveerde het ulcus, omdat het onderliggend lijden niet werd behandeld. Na 1910 modificeerde Davis, de vader van de Amerikaanse plastische chirurgie, de methode van Reverdin. De kansen op genezing bleken dan groter dan met grote transplantaten. De transplantaten werden 'pinch grafts' genoemd. De donorplaatsen veroorzaakten lelijke littekens. De cosmetische resultaten van het getransplanteerde gebied waren slecht, de kwaliteit van de littekens was alleszins redelijk. Er ontstond geleidelijk een duidelijk indicatiegebied voor huidtransplantatie: traumatisch huidverlies, brandwonden en huiddefecten bij reconstructieve ingrepen. Door wetenschappelijk onderzoek werd het duidelijk waarom homo- en allo-transplantatie mislukte en deze vorm van transplantatie bleef verder achterwege. Er werd steeds meer zorg aan het instrumentarium besteed en rond de 2e wereldoorlog was de huidtransplantatie een standaard-techniek geworden. Steeds grotere wondoppervlakten moesten worden gesloten en de behoefte

aan transplantaten met een groot oppervlak nam daarom toe. Een belangrijke rol bij de ontwikkeling daarvan, speelden Tanner en Vandeput, die de 'mesh grafts' (netvormig implantaat) ontwikkelden. Wel moet daarbij worden vastgesteld dat zij hun techniek baseerden op oude principes, die al 60 jaar daarvoor waren beschreven. Zij konden het principe van oppervlaktevergroting toepassen, omdat het met de dermatomen (o.a. het Brownse dermatoom) mogelijk was geworden transplantaten te snijden van egale dikte. Inmiddels heeft de huidtransplantatie een vast indicatiegebied gekregen. Nog steeds is de prijs van het huidtransplantaat voor de patiënt hoog. De cosmetische resultaten van de 'mesh grafts' zijn weinig bevredigend en men zoekt nog steeds naar een huidbedekking die voor de patiënt weinig belastend is en een goed cosmetisch en functioneel resultaat geeft.

H.J. Klasen

DE OPTIMALE BEHANDELING VAN DONORPLAATSEN

Donorplaatsen van vrije huidtransplantaten van gedeeltelijke dikte zijn „standaard wonden” die zich goed lenen voor het verrichten van onderzoek naar de toepasbaarheid van verschillende wondbedekkers.

In het brandwondencentrum in Groningen wordt gebruik gemaakt van een niet-klevend wondverband (Tulle). In overleg met Johnson en Johnson hebben we een proef gedaan waarbij de gebruikte Tulle werd vergeleken met Adaptic.

Het doel van ons onderzoek was na te gaan of donorplaatsen sneller en met minder klachten voor de patiënt genezen als Adaptic als wondbedekker wordt gebruikt.

Onze onderzoeksmethode bestond uit regelmatige wondinspecties, het meten van de verdamping van vocht uit de

wonden en het inventariseren van de mening van de betrokken patiënten en van het personeel. Bij de inspecties bleek dat het verwijderen de Adaptic minder weefselschade geeft dan de tot nu toe gebruikte Tulle. Bij het meten van de verdamping bleek de Adaptic iets minder vocht door te laten; het is niet duidelijk of dit veroorzaakt wordt door snellere epithelialisatie danwel door betere afdekking.

De betrokken patiënten gaven aan minder pijnklachten te ervaren bij de met Adaptic verbonden gedeeltes, zowel direct postoperatief als bij het verwijderen van het materiaal. Ook het personeel vindt Adaptic een prettiger middel om mee te werken, al is het aanbrengen wel wat lastiger doordat het minder aan de wond kleeft.

Conclusie.

Adaptic en Tulle zijn twee niet klevende wondverbanden. Het is ons inziens niet zo dat een wond verbonden met Adaptic sneller geneest. Wel is Adaptic gemakkelijker en met minder defecten te verwijderen en geeft het minder pijnklachten bij de patiënten. Gezien onze ervaringen denken wij dat Adaptic méér voor- dan nadelen heeft ten opzichte van de tot nu toe gebruikte Tulle.

M.C. Broerse,
Brandwondencentrum Martini
Ziekenhuis Groningen.

Preventie en verzorging van decubituswonden.

Decubitus is een veel voorkomend probleem in de intra- en extramurale gezondheidszorg. Als verpleegkundige ben ik van mening en velen met mij, dat de kwaliteit van de decubitus preventie, behandeling en verzorging voor een belangrijk deel ligt bij de verpleegkundigen in samenwerking met artsen, fysiotherapeuten en voedingsdeskundigen.

Een veel voorkomende uitspraak „decubitus is een verpleegfout en altijd te voorkomen”, bestaat uit uitersten en zoals met vele dingen

in deze wereld ligt de waarheid ergens in het midden.

In deze tijd met hoogwaardige technische apparatuur en daardoor ernstig zieke patiënten is het ontstaan van decubitus soms niet te voorkomen.

U kent net als ik de patiënten waar letterlijk de gaten invallen. Met nadruk stel ik „soms”, omdat in vele gevallen door een goed preventie- en behandelingsbeleid en een kwalitatieve hoge verpleegkundige zorgverlening het decubitusprobleem beperkt kan blijven.

De preventie van decubitus is een taak voor verpleegkundigen en verzorgenden.

Deze taak moeten U en ik heel serieus nemen en het vraagt een constante alertheid en aandacht tijdens de zorgverlening die wij aan de individuele patiënt geven. Het is daarom ook van belang dat U en ik als verpleegkundigen en verzorgenden de handen in elkaar slaan en zelf het initiatief nemen om de decubituspreventie vorm te geven zowel individueel als op instellingsniveau.

Als belangenbehartiger van de patiënt bent U als verpleegkundigen en verzorgenden nauw betrokken bij de patiënt en zowel in de preventie als de verzorging van decubitus is dat een voorwaarde om de decubitusproblematiek beperkt te houden. Als WVC hebben wij getracht door het klassificeren van wonden enige uniformiteit te krijgen in de analyse van de mechanische wonden waar de decubituswond een onderdeel van vormt. Juist door deze kennis is het mogelijk op een eenvoudige praktische wijze vorm te geven aan de analyse, verzorging en behandeling van decubituswonden. Lokale wondbehandeling is één deel van de wondverzorging, aandacht voor andere aspecten zoals voedingstoestand, medicijngebruik, psychisch welzijn, onderliggende ziekten en preventieve maatregelen zijn bij decubitusbehandeling net zo belangrijk.

Kortom, decubituspreventie en verzorging vormt een onderdeel van het verpleegplan en dient als zodanig ook een belangrijke plaats te krijgen in het totale

verpleegkundige zorgverleningsproces.

Gerry Janssen

Plastisch-chirurgische behandeling van decubitus

Decubitus is een verpleegkundig probleem. Ondanks uitgebreide protocollen, informatie en pogingen tot preventie heeft 10 tot 15% van de patiënten in Nederlandse ziekenhuizen een of andere vorm van decubitus en 15 tot 20% van de patiënten in verpleeghuizen. Dr. J. Haalboom (Deventer) schatte in 1990 dat per jaar wel f 300 miljoen wordt uitgegeven aan de behandeling van decubitus.

Wanneer eenmaal een decubitusdefekt bestaat tot op het onderliggende skelet, is als regel chirurgische behandeling geïndiceerd. Conservatieve behandeling zal zo lang duren voor het defekt dicht is, dat de risico's, kosten en inspanningen van een operatie daar ruimschoots tegen opwegen. Bovendien is het litteken dat na (maandenlange) conservatieve behandeling resteert dikwijls instabiel en kwetsbaar. De operatie beoogt excisie van het ulcus inclusief ontstoken bot. Het defekt dat na deze excisie overblijft, kan op verschillende wijzen worden gesloten. Daarbij wordt gestreefd naar een bedekking van het onderliggend skelet met een dikke laag weke delen. Pogingen om het bedreigde gebied sensibel te maken met getransponeerde of getransplanteerde zenuwen staan nog in de kinderschoenen. De spier-huidlappen die de afgelopen 15 jaar zijn ontwikkeld, zijn voor het sluiten van decubitus-defecten een goede keuze:

- decubitus trochanter major: myocutane fascia lata-lap
- decubitus tuber ischiadicum: myocutane gracilislap
- decubitus sacrum: myocutane gluteus maximus-lap

Recidieven van decubitus ontstaan gemakkelijk bij patiënten die geen sensibeleit in het

operatie-gebied hebben en onvoldoende "liften"; dat wil zeggen ongeveer één minuut per tien minuten het bedreigde gebied niet belasten of tenminste zó opheffen, dat een ongestoorde bloedsomloop mogelijk is. Dit vereist aanzienlijke zelf-discipline. De behandeling van decubitus is dan ook een goed voorbeeld van teambehandeling waar o.a. plastisch chirurg, revalidatie-arts, verpleegkundigen en dermatoloog samen met de patiënt moeten komen tot een lange termijn beleid om recidieven te voorkomen.

Arnhem, 11.02.1991

Dr. J.P.A. Nicolai.