

SEALING VAN HUIDTRANSPLANTATEN

H. Brull*

Wondbehandeling is de laatste jaren door de komst van nieuwe producten en behandelingsmethodieken fors vooruitgegaan. Was het voor enige jaren nog de normaalste zaak dat een patiënt met een ulcus cruris maanden op een afdeling verbleef. Nu is de verpleegduur behoorlijk verminderd en is het resultaat van de genezing ook veel beter.

In dit artikel wordt een methodiek besproken die sinds 1996 wordt toegepast binnen de chirurgische wondbehandeling en sinds 1999 ook bij het Ulcus Cruris.

Voorheen duurde het lang voordat men deze wonden schoon had. (foto 1)



Patiënten verbleven maanden op afdelingen Dermatologie. Nadat het eindelijk gelukt was mislukten vaak de huidtransplantaten of Stansbiopten (punchgrafts) omdat de wond achteruit ging of door vochttoename de transplantaten ervan af dreven.

Nu past men sinds 1998 in het Atrium medisch centrum te Heerlen een volledig nieuwe techniek toe om deze vaak moeilijke wonden te laten genezen.

Aan de hand van beeldmateriaal zal ik uitleg geven omtrent deze methodiek.

Eerst begint men de huid rondom het ulcus goed schoon te maken. Dit gebeurt met steriele NACL 0,9 %.

(Foto 2). Normaliter pas ik daarna geen wondrandbescherming meer toe zoals bijv. zinkoxidepasta. Indien de

huid toch macereert door vocht is het beter gebruik te maken van nieuwe huidbeschermers zoals bijv. Cavilon spray van de firma 3M. Dit beschermt de wondranden en geeft geen beschadiging. Tevens kan men de wondranden goed blijven observeren daar de beschermende filmlaag transparant is.

Vervolgens wordt door middel van een mal de wond exact op ware grootte uitgeknipt op een hydrocolloïdplaat.

Deze plaat wordt rondom het ulcus gepositioneerd ter bescherming van de wondranden.

Belangrijk is dat men geen te dikke huidplaten hiervoor gebruikt daar het wondmateriaal goed contact moet kunnen maken met de wond. (foto 3 en 4)

De reden van het gebruik van hydrocolloïdplaten bij deze methodiek is dat door de nieuwe wondbehandelingstechniek de wondranden beschadigd kunnen worden en omdat veel patiënten uiterst gevoelig reageren op occlusie van de huid door huidfolies.

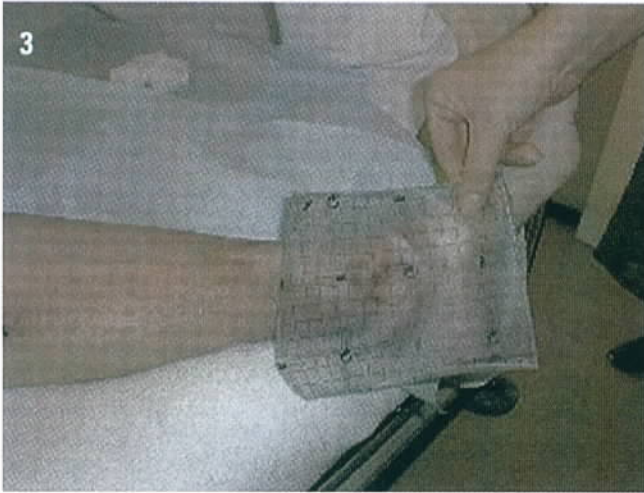
Hierna wordt het wondoppervlak bedekt door een spons met daarin een zuigkatheter. De wond wordt daarna afgesloten door middel van een huidfolie.

(foto 5 en 6)

Nadat men de wond met de huidfolie volledig heeft dicht geseald, wordt op de slang die uit de spons komt, of zoals op foto 6, op de spons ligt een zuigdrainage aangesloten.

De wond wordt nu door middel van perslucht of door een elektrische pomp vacuüm gezogen.







Er bestaan momenteel verschillende soorten pompen om de wond vacuüm te zuigen.

De meest bekende pomp hiervoor is de VAC-pomp van de firma KCI. Het zuigen gebeurt met voor wondbehandelingsbegrippen vrij hoge drukken – 100 tot 125 mmHg.

De wond wordt nu door de hoge vacuümdrukken als het ware schoon gezogen. Dit gaat daarbij in een snel tempo. Men moet hierbij denken aan, afhankelijk van de grootte, 1 tot maximaal 2 weken.

(foto 7, het resultaat van foto 1 na 1 week sealing)

De wond is vrijwel geheel schoon en klaar voor huidtransplantatie. Op de afdeling Dermatologie maakt men gebruik van zogenaamde stansbipten die als kleine huideilandjes de wond volledig bedekken. Na de transplantatie wordt de wond op dezelfde manier als bovenstaand verhaal geseald. Alleen zijn de drukken nu lager, daar men de wond niet meer hoeft te reinigen (75 mmHg). De kleine huideilandjes worden door de zuigende werking volledig vastgezet op de wond en kunnen er niet

meer van afdrijven. Overtollig vocht wordt direct afgezogen. De kans van slagen is hierdoor zeer groot. Bijna alle stansbipten slagen door deze methodiek voor meer dan 90 % (foto 8)

Men kan ook een Thiersplastiek toepassen, echter deze mag niet te dun zijn.

De spons blijft dan gemiddeld 5 tot 7 dagen zitten en wordt dan voor goed verwijderd. De patiënt kan dan naar huis met de normale wondbehandeling die hier vooral zal bestaan uit bescherming van de wondranden.

3 weken later is de wond volledig genezen. (foto 9)

Deze techniek wordt nu veel toepast bij Ulcus Cruris patiënten en ook bij patiënten met arterieel vaatlijden. (na eerst de bloeddorstrooming weer hersteld te hebben). Natuurlijk is dit geen behandeling voor het veneuze vaatlijden van de patiënten en waarschijnlijk zal het niet de laatste keer zijn dat deze patiënt voor behandeling van wonden, veroorzaakt door onderliggende pathologie, zal komen. Echter de behandelingsduur en de kans van slagen om deze vervelende en moeilijk te behandelen wonden dicht te krijgen is hierdoor ineens fors vergroot.

Ik durf dan ook te beweren dat het niet sealen van deze wonden na een Thiers of stansbipten een medische kunstfout is.

Het slagingspercentage zal dan fors afnemen, oorzaak hiervan is bijna altijd de toename van vocht en ontstekingsverschijnselen.

Ook bij veel chirurgische wonden wordt deze behandelingstechniek voor zowel de reiniging van wonden als bij huidtransplantaten met succes toegepast.

Deze wondbehandelingstechniek zal naast de bestaande wondbehandelingen in de toekomst een belangrijke plaats gaan innemen.

* H. Brull, Afdelingsmanager afdeling Heelkunde, Woundcare specialist Atrium Medisch centrum Heerlen

WCS /S/E/R/V/I/C/E/

“BRANDWONDENZORG IS TOTALE ZORG”

**THEMANUMMER WCS
NIEUWSBRIEF**

Een breed overzicht over de huidige stand van zaken van de Nederlandse Brandwondenzorg, in een speciale uitgave van de WCS Nieuwsbrief.

Deze uitgave kost slechts f 25,- per stuk (exclusief verpakkings- en verzendkosten)

en kan besteld worden via:

DE WCS BESTELLIJN: 0252-223392.