

# GESCHIEDENIS VAN DE STOMACHIRURGIE EN STOMAUVERZORGING

I. Ruissen \*

Uit de literatuur blijkt dat men in de Griekse Oudheid al bekend was met het stoma.

Aan het eind van de 18e eeuw werd Frankrijk de bakermat van de ontwikkelingen in de stomachirurgie en na de Tweede Wereldoorlog werd de voortrekkersrol overgenomen door de Verenigde Staten.

De geschiedenis van de stomauverzorging is in vergelijking met die van de stomachirurgie van veel recentere datum. Pas rond 1960 kwam de ontwikkeling van de stomauverzorging op gang.

In ziekenhuizen deden stomauverpleegkundigen hun intrede en stomapoliklinieken werden opgericht.

Parallel aan deze ontwikkelingen loopt de verbetering in stoma-opvangmateriaal. Werd men in het verleden zonder enige vorm van opvangapparatuur naar huis gestuurd, tegenwoordig kan de patiënt die een stoma heeft, kiezen uit tientallen verschillende soorten zakjes.

## STOMACHIRURGIE TOT 1700

In de Griekse Oudheid werden reeds operaties in de buikholte uitgevoerd. Deze chirurgie beperkte zich tot slagveldchirurgie en bestond voornamelijk uit wondbehandeling.

Uit literatuur blijkt dat in 350 voor Chr. Praxagoras van Kos een soort stoma heeft aangelegd bij darmverwondingen.

Rond het begin van de jaartelling heeft de school van Alexandrië een grote bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van de buik- en darmchirurgie.

Celsus beschreef de handelswijzen bij darmverwondingen en Galenus gebruikte verschillende methoden om deze verwondingen te hechten. Paracelsus, een Zwitserse geneesheer uit ongeveer 1500 was voorstander van een kunstmatige uitgang bij darmverwondingen. Hij had namelijk genezingen waargenomen na een spontaan ontstane of aangelegde fistel. In de Nederlandse literatuur wordt voor het eerst van een kunstmatige uitgang melding gemaakt in 1682. De Nederlander Cornelis Stalpart v. d. Wiel maakte deze door bij een zware darmverwonding een buis in de darm te brengen.

Een andere Nederlandse heelmeester, Johannes Palfijn, hechtte in 1710 een verwonde darm aan de buikwand vast om teruggliden in de buik te voorkomen. Palfijn had in Parijs een soldaat met een darmverwonding gezien. Na genezing scheidde de dikke darm spontaan ontlasting door de buik uit. De soldaat zag zich

genoodzaakt voor altijd een instrument van blik te dragen om de ontlasting op te vangen.

Wat betreft het behandelen van blaasverwondingen of het aanleggen van een kunstmatige blaasuitgang in de Oudheid staat, voor zover valt na te gaan, niets beschreven. Wel is het zo goed als zeker dat als een dergelijke operatie werd gedaan, deze niet werd verricht door beoefenaren van de officiële geneeskunst. De uitspraak van Hippocrates dat blaaswonden ongeneeslijk waren en niet behandeld mochten worden, zou hiervan de oorzaak kunnen zijn. Chirurgische ingrepen aan de urinewegen werden verricht door rondtrekkende kwakzalvers, van wie Frère Jacques een zeer bekende was. Hij opereerde jarenlang in Frankrijk en in 1699 in 's Hertogenbosch.

## STOMACHIRURGIE IN WEST EUROPA

Frankrijk is de bakermat van de ontwikkelingen in de stomachirurgie. De aanzet voor deze ontwikkeling werd gegeven door A. de Littré, doctor in de medicijnen en anatomicus uit Parijs. In 1710 noemde hij het aanleggen van een stoma als mogelijke behandeling bij aangeboren afwijkingen van de anus. De kunstmatige uitgang werd in de linker liesstreek geplaatst. Pillore slaagde er in 1776 in het eerste succesvolle colostoma aan te leggen volgens de methode Littré bij een patiënte met een kwaadaardig gezwel in de endeldarm. Helaas stierf de patiënt op de achttiende dag na de operatie aan

een buikvliesontsteking. Bij sectie vond men 2 pond kwik in de buik dat voor de operatie tegen de verstopping was toegediend. Duret opereerde in 1793 volgens dezelfde methode een baby, maar maakte het stoma in de rechter liesstreek. De baby overleefde de operatie en werd 43 jaar oud. Het aanleggen van een stoma was in veel gevallen niet succesvol omdat er door opening van het buikvlies dikwijls een buikvliesontsteking ontstond met dodelijke afloop. In 1839 legde Amussat het eerste colostoma aan links in de lendestreek, volgens de methode Callissen/Amussat. Hierbij was het niet nodig het buikvlies te openen. Deze operatietechniek was echter moeilijk en bovendien kon de patiënt de stoma zelf niet verzorgen. Lange tijd werden beide methoden in Frankrijk gebruikt. In 1856 werd tijdens de zitting van de Academie de Medecine te Parijs de voorkeur uitgesproken voor de methode van Littré.

In Engeland had Cheseldon in 1750 al een stoma aangelegd bij de patiënte Margaret White, vanwege een ingeklemde navelbreuk. De vrouw overleefde de operatie vele jaren. Ook in Engeland ontstond discussie over de methoden Littré en Amussat. In Duitsland en Oostenrijk kwamen de ontwikkelingen op het gebied van stomachirurgie in de tweede helft van de 19e eeuw pas goed op gang. Hierbij is vooral de bijdrage van de Oostenrijkse chirurg Billroth van groot belang geweest. Hij boekte veel vooruitgang op het gebied van buik-





chirurgie, wat leidde tot grotere belangstelling voor het aanleggen van stomata. De Duitse chirurg Baum uit Danzig voerde in 1878 een ileostomie-operatie uit. Deze operatie wordt beschouwd als de eerste waarbij een stoma op de dunne darm is aangelegd. In Nederland was men lange tijd zeer terughoudend over het aanleggen van een stoma. Polano, een als vooruitstrevend bekend staand arts, was van mening dat men alleen in uiterste nood hiertoe moest overgaan. In het begin van de 20e eeuw werd voor het eerst melding gemaakt van het aanleggen van een stoma. De arts Oidtmann zag, op grond van zijn ervaringen hiermee, hoe belang-

rijk het was om de operatietechnieken te verbeteren.

In 1933 maakte Welcker een nieuwe vinding openbaar. Bij deze methode werd een huidtunnel gevormd onder het uiteinde van het sigmoïd. Daaroverheen werd de huid gesloten, terwijl in de huidtunnel een rubberen buis werd achtergelaten. Een soort klem, speciaal voor deze continente anus ontwikkeld, werd door de buis in de huidtunnel geleid. De patiënt kon de druk zelf regelen door een kussentje van celstof tussen de huid en de klem te leggen. Prof. Dr. Boerema had ook veel bezwaren tegen het aanleggen van een stoma. Deze waren vooral van praktische aard, zoals incontinentie,

geurproblemen en sociaal isolement van de patiënten. Op de jaarlijkse vergadering van de Vereniging voor Heelkunde in 1952 zei hij echter dat de methode van Welcker, die hij vereenvoudigd had, deze bezwaren ophief. Een nadeel was wel het beperkte aantal patiënten dat voor deze operatie in aanmerking kwam. In 1963 bezocht Prof. W.H. Brummelkamp zijn collega Harry Bacon in Philadelphia en was onder de indruk van het wetenschappelijke en begeleidende werk wat daar werd verricht. Het inspireerde hem dit voorbeeld in Nederland te volgen.

De geschiedenis van het urinestoma begint pas aan het eind van de 19e eeuw. Aanvankelijk hield men zich vooral bezig met blaasvergrotingen en blaasvervangingen d.m.v. dunne darm. In 1909 legde de Nederlandse chirurg Schoemaker voor het eerst in de geschiedenis een urinestoma aan. Professor dr. Zaayer maakte in 1910 melding van twee door hem uitgevoerde operaties, waarbij hij een urinestoma had aangelegd. Sommige artsen gaven de voorkeur aan een dubbelzijdig urinestoma. Hierbij werd aan beide zijden een urine-lendenfistel aangelegd.

Het aanleggen van een urinestoma werd echter vaak vermeden door de zogenaamde Coffey-methode toe te passen. Hierbij werden de beide ureteren in het rectum geplaatst. Wegens de vele bijwerkingen (o.a. nierbekkenontsteking, stuwing, kans op vorming coloncarcinoom) wordt deze methode niet meer toegepast.

## STOMACHIRURGIE IN DE VERENIGDE STATEN

Aan het eind van de 19e eeuw waren de meningen over de methoden en het nut van het aanleggen van een stoma in de Verenigde Staten sterk verdeeld. Een van de belangrijkste chirurgen uit die tijd, Gross, was een fervent tegenstander. Toch beschreef hij in zijn chirurgisch leerboek (1859) gedetailleerd verschillende operatietechnieken en behandelingen, die toegepast moesten worden bij stomacomplicaties. Na de Tweede Wereldoorlog werd Amerika toonaangevend in de stomachirurgie, dankzij artsen als Dragstedt, lahey





en met name Harry Bacon. Deze specialiseerde zich in de colon- en rectumchirurgie en schreef meer dan 400 wetenschappelijke artikelen en 15 leerboeken over dit onderwerp. Ook voor wat betreft de begeleiding van de stomapatiënt verrichtte Harry Bacon baanbrekend werk. Hij steunde zijn patiënten met praktische oplossingen voor de verzorging van het stoma en besteedde ruim aandacht aan psychosociale problematiek. Voor zijn werk ontving hij vele internationale onderscheidingen en eredoctoraten.

Een Amerikaans uroloog, Bricker, ontwikkelde een nieuwe techniek voor het aanleggen van een urinestoma. Bij deze operatie wordt een stukje dunne darm geïsoleerd, aan een zijde dichtgehecht en beide ureters worden geïmplanteerd. Het andere uiteinde wordt als stoma in de buikwand ingehecht. Deze Bricker-deviatie wordt nog steeds veel toegepast.

## STOMACHIRURGIE HEDEN EN IN DE TOEKOMST

Moderne chirurgische (stoma)operatietechnieken worden in Nederland pas sinds de jaren zeventig toegepast. Verschillende soorten stoma's worden nu onderscheiden: Eindstandig colostoma; het uiteinde van de dikke darm wordt naar buiten gehaald en als stoma in de buikwand gehecht (o.a. bij rectumamputatie).

Hartmannprocedure; hierbij blijft anus en (rest) rectum intact, rectumstomp wordt gesloten en uiteinde van het colon wordt als stoma in de buikwand ingehecht (o.a. bij spoedoperaties, processen in sigmoid).

Dubbelloops colostoma; op colon transversum wordt stoma ingehecht met aanvoerende- en afvoerende opening. De operatie heeft meestal een palliatief karakter.

Eindstandig ileostoma; dikke darm wordt weggenomen en dunne darm wordt als stoma in de buikwand ingehecht (colitis ulcerosa).

Dubbelloops ileostoma; dunne darm met aan- en afvoerend deel wordt als stoma in buikwand ingehecht (meestal tijdelijk ter bescherming van linkszijdige dikke darmnaad).

Urinestoma; ureteren worden in stukje geïsoleerde dunne darm geïmplanteerd. Uiteinde van dit stukje wordt als stoma ingehecht (bij blaaskanker).

Hoewel de operatietechnieken, begeleiding en opvangapparatuur sterk verbeterd zijn, streeft men ernaar door middel van steeds nieuwe technieken het aanleggen van een incontinent stoma te vermijden.

Sinds enige jaren wordt de Total Mesorectal Excision (TME) als behandeling van rectumcarcinomen steeds meer toegepast. Hierbij wordt het rectum met het mesorectale vet en de omsluitende dunne fascielaag door zeer nauwkeurig prepareren als geheel verwijderd. Eventuele tumorcellen kunnen zo niet uitgroeien tot een lokaal recidief en zenuwen worden gespaard. Vaak hoeft men geen stoma aan te leggen maar kan men volstaan met een zeer lage naad.

Nils Kock uit Zweden ontwikkelde in 1967 het continent ileostoma. Dr. Lens uit Heerlen leerde deze techniek en tot 1991 werden 100 van deze operaties uitgevoerd. Deze zogenaamde "Kock-pouch" bestaat

uit een inwendig reservoir met klep dat gemaakt wordt van het laatste stuk dunne darm (ongeveer 50 cm). Het uiteinde wordt als stoma ingehecht als stoma in de buikwand. Het reservoir wordt via dit stoma dagelijks 4 of 5 maal gelegeerd door middel van een catheter. Men hoeft dus geen opvangmateriaal meer te dragen.

Tegenwoordig wordt deze operatie praktisch niet meer uitgevoerd omdat de techniek zeer lastig is en op korte en lange termijn veel complicaties geeft (problemen met klep, ontstekingen reservoir).

Een tweede mogelijkheid om een incontinent stoma te vermijden is de aanleg van een ileo-anaale anastomose (IAA) met pouch. De techniek werd in 1978 door Parks en Nicholls uit Engeland beschreven.

Experimenten op honden waren al in 1955 beschreven door o.a. Bacon. Hierbij wordt, na verwijdering van de dikke darm, een reservoir gemaakt van de laatste 50 cm. van de dunne darm. Dit reservoir wordt op het anale kanaal gehecht. De ontlasting komt dus langs de natuurlijke weg en wordt gecontroleerd door de kringsspier. Helaas is volledige continentie niet altijd te garanderen.

Ook op urologisch gebied streeft men ernaar uitwendige opvangmaterialen te vervangen door urinereservoirs in de buikholte of blaasvervangingen. Nils Kock bedacht niet alleen een continent ileostoma maar gebruikte deze techniek ook voor een continent urinestoma met helaas dezelfde moeilijke uitvoering en complicaties. De introductie van deze "Kock-pouch" heeft echter tot chirurgische creativiteit aangezet zodat er momenteel een groot aantal tech-



nieken voor urinereservoirs bestaat. De "Indianapouch" werd ontwikkeld door Rowland van de universiteit van Indiana (1987). Dit reservoir wordt gemaakt uit het laatste stukje ileum (catheteriseerbaar stoma) en het colon ascendens (reservoir). Deze techniek wordt in ons land regelmatig toegepast. Een mogelijkheid tot blaasvervangende operatie volgens Hautmann. Het voordeel van blaasvervangende operaties is dat men geen opvangmateriaal hoeft te dragen en geen reservoir hoeft te ledigen. Een nadeel is echter dat volledige continëntie (vooral 's nachts) moeilijk te bereiken is.

## GESCHIEDENIS VAN DE STOMAVERZORGING

In het verleden werd het verzorgen van een stoma aan de inventiviteit van de stomapatiënt overgelaten. Zij werden, nadat ze geopereerd waren, zonder enige vorm van opvangapparatuur naar huis gestuurd. Noch door de arts, noch door de verpleging werd aandacht besteed aan de problemen die een stoma met zich meebracht.

Om de ontlasting op te vangen werden porseleinen, glazen of metalen bakjes gebruikt en in 1935 werd in Duitsland een gummizak met een ring en gordel ontworpen. Al deze primitieve middelen veroorzaakten geurproblemen waardoor mensen met een stoma in een sociaal isolement en vaak psychische nood terechtkwamen.

In de ziekenhuizen werden in de jaren 50 en 60 sluitlakens gebruikt tijdens de opname van een patiënt met een stoma. In de thuissituatie gebruikte men vooral boterhamzakjes van de Hema en VenD als opvangmateriaal. Deze werden bevestigd tussen een plastic bol die aan een riem en een plastic ring was vastgemaakt. De Deense wijkverpleegkundige Elise Sørensen zocht voor haar zuster, die een stoma had, naar betere opvangapparatuur. In 1954 kwam zij op het idee van een eendelig wegwerpsysteem.

De uitvoering van dit idee werd ter hand genomen door Aage Louis Hansen van de firma Coloplast, die de eerste plastic zakjes voor mensen

met een stoma fabriceerde. Alhoewel niet iedere huid tegen de zinkoxide kleefpleister van het zakje bestand was, betekende deze nieuwe opvangapparatuur toch een enorme vooruitgang.

In de Verenigde Staten ontwikkelde men in 1960 opvangzakjes met karaya-gom. De Arabische gom werkte huidbeschermend. Het nadeel was dat het materiaal bij grote warmte smolt.

In deze periode deed ook het spoelen / irrigeren van het stoma zijn intrede. Dr. Brummelkamp introduceerde deze methode in Nederland. Door middel van het inbrengen van ongeveer 1,5 liter water via het stoma spoelt men de dikke darm schoon. Zodoende hoeft men geen opvangmateriaal te gebruiken. Deze methode wordt nog steeds toegepast en moet door de behandelend arts worden goedgekeurd.

Een keerpunt in de ontwikkeling van stoma-opvangmateriaal werd bereikt toen in 1970 de firma Squibb de hydrocolloïde huidplaat, oftewel de kaasplak introduceerde. Deze huidbeschermende plaat kan zowel op een droge als een vochtige huid bevestigd worden en is met name geschikt bij een geïrriteerde huid. Sinds die tijd is de ontwikkeling van stoma-materiaal in een stroomversnelling geraakt en kunnen mensen met een stoma kiezen uit tientallen verschillende zakjes.

Comfort en discretie zijn belangrijke uitgangspunten bij deze keuze en worden bepaald door o.a. de koolstoffilter, vorm, grootte, materiaal en kleeflaag van het materiaal. Mensen met een colostoma kunnen bovendien nog kiezen voor een biologisch afbreekbaar zakje wat door het toilet gespoeld kan worden en de zogenaamde plug, die in het stoma wordt gestoken en zorgt voor volledige afsluiting.

## DE NEDERLANDSE STOMAVERENIGING "HARRY BACON"

In 1963 bezocht dr. Brummelkamp zijn Amerikaanse collega dr. Harry Bacon in Philadelphia. Dit bezoek had grote gevolgen voor de ontwikkeling van de stomazorg in Nederland. Dr. Brummelkamp werd

getroffen door de werkwijze, aandacht en begeleiding die door artsen, sociaal werkers en verpleegkundigen werden gegeven aan mensen met een stoma. Hij was dan ook een van de initiatiefnemers tot de oprichting in 1966 van de Nederlandse Stomavereniging "Harry Bacon". Deze vereniging had / heeft als doel het verlenen van morele steun aan mensen met een stoma, het geven van voorlichting over opvangapparatuur en het leggen van contacten met leveranciers en fabrikanten van stomamateriaal en met ziektekostenverzekeraars. Vooral in de beginjaren moest men de laatste groep van de noodzaak overtuigen het opvangmateriaal te vergoeden.

De vereniging brengt een tijdschrift "de Vooruitgang" uit, heeft een bezoeken dienst en een Medische Adviesraad. Deze pijlers zijn erg belangrijk geweest voor de noodzaak tot erkenning van de lichamelijke en psychosociale begeleiding van mensen met een stoma.

Ervaringen, problemen en oplossingen werden uitgewisseld en het "lotgenotencontact" bood mentale steun. Artsen en (leerling)verpleegkundigen werden geïnformeerd door middel van lezingen over stomaoperaties en intra- en extramurale stomapatiëntenzorg. Contacten met de industrie resulteerden in steeds beter opvangmateriaal.

## DE STOMAVERPLEEGKUNDIGE

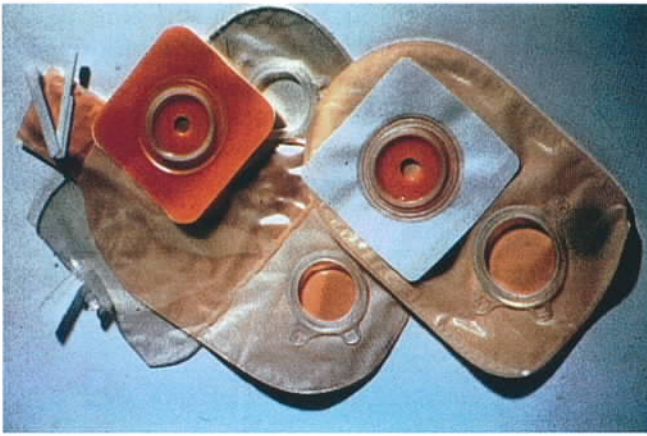
Dr. Harry Bacon uit Amerika werkte als een van de eerste artsen samen met stomaverpleegkundigen. In de jaren 50 richtte hij voor deze groep de Pennsylvania Stomal Therapist Society op.

De eerste officiële stomaverpleegkundige ter wereld was Norma Gill in de Verenigde Staten. Zij had zelf een ileostoma.

Omdat er behoefte bleek te bestaan aan extra scholing werd de School of Enterostomal Therapy opgericht, waar in 1961 de eerste cursisten hun diploma behaalden.

In 1969 werd de Amerikaanse Vereniging voor Stomatherapeuten opgericht en in 1977 een internationale vereniging, the World Council of Enterostomal Therapists (WCET).





De doelstelling van deze organisatie was en is de lichamelijke en psychische zorg voor stomapatiënten over de hele wereld te bevorderen.

In Nederland is het verbeteren van de verpleegkundige stomazorg door verschillende organisaties gestimuleerd. De Nederlandse Stomavereniging had als een van haar doelstellingen het professionaliseren van de stomazorg. Zij was dan ook een groot voorstander van een cursus voor stomaverpleegkundigen naar Amerikaans voorbeeld. Het initiatief om te komen tot een Nederlandse opleiding kwam uiteindelijk vanuit het bedrijfsleven in de persoon van dhr. Niggebrugge. Hij werkte bij de firma Squibb en kreeg in 1973 de opdracht Stomahesive (hydrocolloïde huidplak) te introduceren. Vanaf die tijd raakte hij volop betrokken bij de stomazorg in Nederland. In 1978 startte hij een projectgroep die zich bezig hield met het opzetten van de cursus Stomazorg voor Verpleegkundigen. In 1981 ging de eerste cursus van de Stichting Scholing Stomazorg Verpleegkundigen van start. De opleiding bestaat uit 12 dagen theorie en 6 dagen stage intra- en extramuraal. Per jaar volgen ongeveer 40 verpleegkundigen de cursus. De resultaten van de opleiding stomazorg werden in de praktijk zichtbaar, leden van de bezoekdienst van de Nederlandse Stomavereniging merkten een duidelijke verbetering in zorg en begeleiding van mensen met een stoma.

De belangrijkste taken van een stomaverpleegkundige zijn; het geven van zorg en begeleiding op lichamelijk en psychosociaal gebied aan mensen met een stoma, plaats-

bepaling van het stoma, deskundigheidsbevordering, aanleren van zelfzorg, verantwoordelijk voor uitvoering beleid stomazorg, beheer van en advisering omtrent stomamateriaal, consult-

functie binnen (en soms buiten) het ziekenhuis, het geven van nazorg op stomapolikliniek. Er ontstond bij stomaverpleegkundigen behoefte aan een eigen vereniging en op 24 april 1985 werd de Vereniging Verpleegkundigen Stomazorg (VVSN) opgericht. Deze beroepsorganisatie streeft een optimale stomazorg na door o.a. een uniforme protocollering en deskundigheidsbevordering op het gebied van deze zorg. Een ander belangrijk doel is het leggen en onderhouden van contacten met de Nederlandse Stomavereniging Harry Bacon, de SSSV te Bunnik, de industrie en buitenlandse verenigingen van stomaverpleegkundigen.

### STOMAPOLIKLINIEKEN

Voordat de opleiding voor stomaverpleegkundige in Nederland tot stand kwam, bestond in de Maria Stichting te Haarlem al sinds 1971 een stomazorg voor mensen met een urine-stoma.

In 1978 waren er in de volgende ziekenhuizen stomapoliklinieken; in het Radboud Ziekenhuis te Nijmegen, het Dijkzigt Ziekenhuis te Rotterdam, Het Academisch Ziekenhuis te Utrecht en het Westeinde Ziekenhuis te Den Haag. Vanuit het gezichtspunt dat nazorg voor de stomapatiënt van groot belang is, besloten ziekenhuizen steeds meer tot oprichting van stomapoliklinieken en tegenwoordig kunnen mensen met een stoma die problemen hebben terecht in de meeste ziekenhuizen.

### CONCLUSIE

De stomachirurgie heeft een lange geschiedenis die zijn oorsprong vindt in de Griekse Oudheid. Het

pionierswerk werd gedaan in Frankrijk rond 1700 en na de Tweede Wereldoorlog vonden de grote ontwikkelingen plaats in de Verenigde Staten. De Amerikaanse chirurg Harry Bacon was hierbij niet alleen op medisch wetenschappelijk gebied, maar ook in de professionele begeleiding en nazorg van grote betekenis. In Nederland werd na een bezoek in 1963 van Prof.

Brummelkamp aan Amerika de Nederlandse Stomavereniging "Harry Bacon" opgericht en de opleiding tot stomaverpleegkundige gestart. Paralel aan deze ontwikkelingen liepen de verbeteringen van het stomamateriaal. Tot in de zestiger jaren moesten mensen met een stoma gebruik maken van porseleinen of plastic bakjes, gummizakken of boterhamzakjes. Tegenwoordig kan men kiezen uit een grote hoeveelheid verschillende zakjes, waarvan comfort en discretie de belangrijkste aspecten zijn.

Dankzij moderne operatietechnieken, een professionele begeleiding en nazorg, een actieve patiëntenvereniging en goed opvangmateriaal kunnen mensen met een stoma een zo normaal mogelijk leven leiden. De ontwikkelingen in de stomachirurgie gaan echter nog steeds door, waarbij vooral gestreefd wordt naar technieken die het overbodig maken opvangmateriaal te moeten gebruiken.

\* Ineke Ruissen.

**Stomaverpleegkundige van het IJsselland Ziekenhuis te Capelle aan den IJssel.**

**Lid van de commissie Chirurgische Wonden en Stoma van de WCS.**

### LITERATUUR

1. Een kwart eeuw stomazorg in Nederland. Marianne Cazemier – Kley. Uitgever; Nederlandse Stomavereniging "Harry Bacon". 1991
2. Nieuwe behandelingsmogelijkheden bij rectumcarcinoom. Interview met de chirurgen Dr. O.J. Repelaer van Driel en Dr. H.J.T. Rutten. Halfjaarbericht VVSN september 1997.
3. Van urostoma naar blaasvervanging; nieuwe mogelijkheden voor urinedeviatie. S. Horenblas, W. Meinhardt en M.B.T.A. van Ekeren. Halfjaarbericht VVSN december 1995.



Dit artikel is al eerder in het WCS Nieuws (september 2000) geplaatst. Maar aangezien dit artikel zeer volledig is en goed past in dit jubileumnummer, worden alleen de laatste ontwikkelingen van de afgelopen 5 jaar nog extra toegevoegd.

## CHIRURGIE

Ook de laatste 5 jaar heeft de ontwikkeling van de stomachirurgie niet stil gestaan. Zo worden er in steeds meer ziekenhuizen dubbelloops colo- en ileo stoma's aangelegd zonder "bruggetje" (een plastic hulpstuk om de darm de eerste dagen op zijn plaats te houden), er wordt nu gebruik gemaakt van een huidbrug en verbeterde hechttechnieken.

Het opheffen van een dubbelloops ileostoma wordt door Dr. A. Bremers in het St. Radboud ziekenhuis, indien mogelijk, al onder lokaal anesthesie gedaan.

In het AMC te Amsterdam is onderzoek gedaan door arts onderzoeker A. Bakx, naar aanleg en opheffen van een ileostoma binnen een termijn van 9 dagen, de zogenaamde Pocaster studie.

Ook wat betreft de darm voorbereiding bij de operatiepatiënt is er vooruitgang geboekt. In het verleden werd de patiënt "schoongespoeld" via een neussonde met circa 6 liter vloeistof. Daarna kwam er een periode waarin de patiënt tot het drinken van evenveel vocht werd aangespoord. Nu wordt er in verschillende ziekenhuizen volstaan met het geven van een klysmade de avond en de morgen voor de operatie. En zelfs dit staat ter discussie.

Drs. M. van der Kolk is momenteel in het St. Radboud bezig met een onderzoek naar peri-operatieve optimalisatie van de chirurgische patiënt "Tune Up". Zij heeft op grond van verschillende onderzoeken mogen concluderen dat het verbeteren van de voedingstoestand, de conditie en perfusie van de patiënt in de pre-operatieve fase en het optimaliseren

van de patiënt in de peri- operatieve fase er toe bijdraagt dat er een reductie optreedt van de post-operatieve complicaties.

Lezingen over bovenstaande onderzoeken werden gehouden op het laatste WCS congres in november jl.

## MATERIALEN

Ook wat betreft de verbetering van stomamaterialen staat de ontwikkeling niet stil. Zo zijn er de laatste jaren aanmerkelijke verbeteringen aangebracht aan de sluitingen van het ileozakje. De zogenaamde "clips" maakten plaats voor de klittenband sluiting en vele varianten daarop, wat het gebruik van de zakjes voor de stomapatiënt vereenvoudigt.

Sinds kort zijn er 2-delige systemen op de markt waarbij zich op de huidplaat geen aandrukking meer bevindt, maar waar het zakje zo opgeplakt kan worden. Dit maakt deze systemen dunner en soepeler.

Ook het computertijdperk is aan de stomazorg niet voorbij gegaan. Het stomanet heeft zijn intrede gedaan. Op deze site kunnen stomaverpleegkundigen met elkaar discussiëren en problemen voorleggen om samen oplossingen te vinden.

Marja Prins-Hoekveen  
Bestuurslid WCS

**KLINION®**

**Medeco feliciteert de WCS met haar 20-jarig jubileum**

**Medeco**

Medeco B.V., Postbus 1555, 3260 BB Oud-Beijerland,  
(0186) 63 44 00, [www.medeco.nl](http://www.medeco.nl)