

PALLIATIE BIJ KANKERPATIËNTEN MET ONBEHANDELBARE ULCERERENDE KWAADAARDIGE HUIDTUMOREN EN HUIDMETASTASEN

B.L. van Leeuwen¹, M. Houwerzijl², H.J. Hoekstra¹

Er zijn ulcererende of bloedende huidtumoren en huidmetastasen die niet meer in aanmerking komen voor behandeling door middel van chirurgie, radiotherapie, chemotherapie of een combinatie van deze modaliteiten. De behandeling van deze groep tumoren vormt een groot, niet alledaags probleem voor zowel patiënt, arts als verpleegkundige. De figuur geeft een voorbeeld van dergelijke tumoren. Vaak ontstaan metastasen aan het eind van een meestal langdurig proces van gemetastaseerde ziekte. Systemische behandelingen hebben geen effect meer, lokale behandelingen zijn gericht op adequate palliatie. In dit artikel bespreken wij een aantal behandelopties die kunnen bijdragen aan de lokale wondbehandeling en daarmee aan de verbetering van de kwaliteit van leven.

BEHANDELINGSOPTIES VOOR ULCERERENDE HUIDTUMOREN

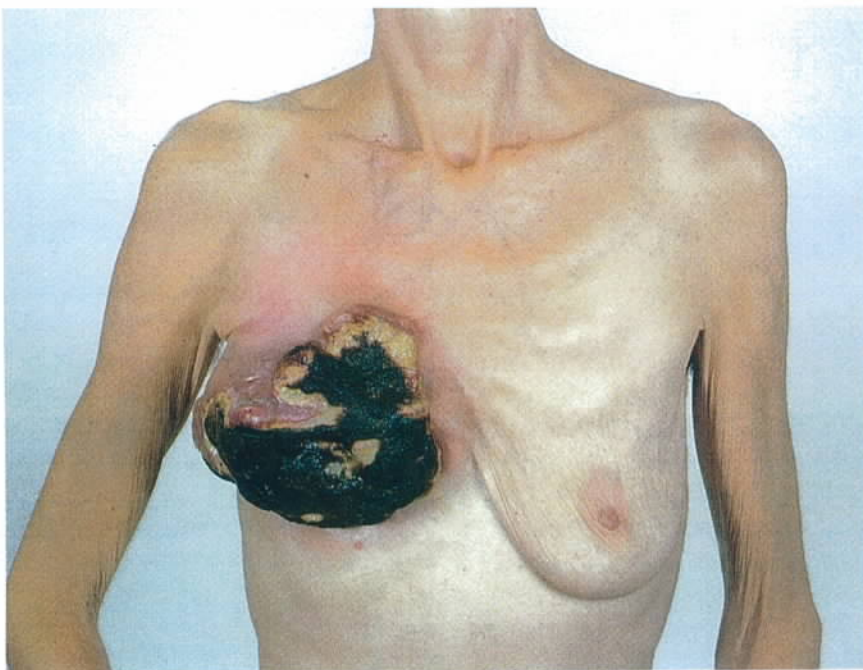
Ulceratie kan ontstaan in primaire tumoren of in recidieven daarvan zoals mammacarcinoom, melanoom en plaveiselcelcarcinoom, Merkel-celtumor en primair cutaan lymfoom. Maar ulceratie kan ook optreden in huidmetastasen van een elders gelegen primaire tumor. Iedere kwaadaardige tumor kan in principe naar de huid metastaseren, zowel hematogeen als lymfogeen. In de praktijk blijkt het voornamelijk te gaan om metastasen van het mammacarcinoom, melanoom, epitheloidsarcoom, Merkelcel tumor, leucaemia cutis en tumoren uit de tractus dige-

stivus, long, nieren en uterus. Ook kunnen metastasen voorkomen met onbekende primaire lokalisatie¹. Cutane metastasen treden relatief laat in het ziekteproces op en niet zelden is de patiënt met huidmetastasen in de laatste fase van zijn leven. De ulcererende tumor die er onaangenaam uitziet en onwel ruikt geeft de patiënt en zijn omgeving een gevoel van schaamte en onmacht. Een zo adequaat mogelijk lokale behandeling is daarom van belang en daarvoor bestaan diverse therapeutische opties. Chirurgische excisie van de tumor is in vele gevallen de beste behandeling, eventueel gevolgd door aanvullende radiothe-

rapie. Soms kan een palliatieve amputatie van een ledemaat zelfs noodzakelijk zijn als de ulcererende kwaadaardige tumor uitgaat van een extremitet. Dit is een ingrijpende behandeling, die geen genezing geeft, maar wel een adequate behandeling biedt van een soms zeer groot probleem voor patiënt en zijn behandelbaar. Radiotherapie alleen geeft kortdurende effectieve palliatie, doch tumorgroei treedt op de lange termijn weer op. Niet in alle gevallen zijn deze behandelingsopties uitvoerbaar en ook tussen het constateren van een dergelijke tumor en de uiteindelijke therapie is er een periode waarin de huidtumor behandeld moet worden.

Het grote probleem is enerzijds dat een arts zelden met een ulcererende huidtumor wordt geconfronteerd, anderzijds is er weinig ervaring met de verzorging van deze tumoren. Die ervaring is er wel bij de behandeling van decubitus en ulcus cruris door met name verpleegkundigen, maar deze aandoeningen vertonen over het algemeen een genezingstendens, die bij maligne afwijkingen juist niet aanwezig is.

Verzorging van ulcererende huidtumoren is gericht op het beperken van lokale en systemische infectie, het bestrijden van de onaangename geur, die door voornamelijk groei van anaerobe bacteriën door de tumor wordt verspreid, het beperken van het bloedverlies en, zonodig, het verlichten van pijn en jeuk. Hiertoe kan een aantal (verpleegkundige) handelingen bijdragen²⁻⁵. Bij de verzorging van de wond dient



Patiënte met een vergevorderd, gemetastaseerd mammacarcinoom die initieel geen behandeling wenste. Lokale tumorprogressie, ulceratie, necrose en ontsteking van de mamma.

men ervoor te waken dat de gezonde omgevende huid onaangetast blijft, bijvoorbeeld door deze in te smeren met zinkoxidezalf (hoewel deze vaak moeilijk te verwijderen is. Ook moet de pijnbestrijding adequaat zijn.

BEPERKEN LOCALE EN SYSTEMISCHE INFECTIE

De wond kan gereinigd worden door middel van irrigatie met lauwwarm water met behulp van bijvoorbeeld de douchekop, een oplossing natriumchloride 0.9% of povidonjood in 2 of 10% oplossing. Irrigatie met waterstofperoxide in een oplossing van 3% heeft een reinigende werking, maar dit middel verliest zijn effectiviteit spoedig na het openen van de fles en heeft slechts een zeer geringe antibacteriële werking. Bij hogere concentraties veroorzaakt deze oplossing zelfs ulceratie⁶. Er bestaat een aantal vloeistoffen die door hun acidotische aard wondgenezing en granulatie bevorderen wanneer er naast de metastase een ontstekingsreactie aanwezig is; Dakins vloeistof (natrium hypochloriet in een oplossing van 0,25%) heeft een desinfecterende werking en lost necrotisch weefsel op. De oplossing dient vers gebruikt te worden en niet op bloedende, helende of schone wonden aangebracht te worden vanwege de agressieve werking op huidweefsel en het vermogen stolsels op te lossen. Ook van zilvernitraat, kaliumpermanganaat en azijnzuur is een gunstige werking op wondgenezing te verwachten. Deze stoffen drogen het wondoppervlak uit. Opgemerkt dient te worden dat systemische absorptie van deze vloeistoffen plaatsvindt en dat bij het langdurige behandeling van grote oppervlakken er een systemische acidose op kan treden. Deze ontstaat vaak sluipend en dient soms zelfs gecorrigeerd te worden (na bloedgas- en electrolytanalyse) met intraveneuze toediening van bicarbonaat. Iets minder irriterend werkt chloorhexidine in 1 of 4% oplossing. Débris kan uit de wond verwijderd worden door met steriele gazen het wondoppervlak droog te deppen. Ook kunnen natte gazen in de wond worden achtergelaten en na opdrogen voorzichtig worden verwijderd.

Een andere mogelijkheid is de wond te bedekken met een vet gaas of een nat verband van gazen gedrenkt in NaCl, water, KMnO_4 (in een oplossing van 0,01%), waterstofperoxide, Dakins vloeistof of Burows oplossing (aluminiumsubacetaatoplossing). Het toepassen van proteolytische enzymen zoals het combinatiepreparaat Elase[®] (combinatie van dornase en fibrinolysine), dient voorzichtig te gebeuren, en zeker niet plaats te vinden bij bloedende ulcera; verder dient men de omgevende gezonde huid vrij te laten. Het wondverband dient het wondvocht te absorberen, het dient niet te verkleven met de wondbodem, het moet pijnloos te verwijderen zijn en het moet comfortabel zijn voor de patiënt⁷. Men kan gebruik maken van niet-verklevende vette gazen met daarover een secundair bedekkend verband of een niet verklevend verband. Deze laatste hulpmiddelen zijn opgebouwd uit een niet verklevende wondlaag, een absorberende kernlaag en een hydrofobe toplaag⁸. Alginaten zijn in de natuur voorkomende polysacchariden die gevonden worden in bepaalde soorten bruin zeewier. Het voornaamste bestanddeel is alginezuur dat wordt omgezet in gemengde Ca^{2+} -/ Na^+ -zouten. Doordat het Ca^{2+} wordt uitgewisseld met het Na^+ in het wondvocht en bloed, ontstaat er een sterk hydrofiele gel, waarbij het vrijgekomen Ca^{2+} de bloedstolling bevordert. Doordat débris wordt ingesloten in de gevormde gel, wordt bacteriële contaminatie beperkt en ontstaat een goede geurbepijking. Indien er sprake is van een grotere hoeveelheid wondvocht, kan men gebruik maken van schuimverbanden en dextranomen. Deze laatste vormen met het wondvocht een gelei-achtige laag waarin door absorptie van débris een osmotische gradiënt ontstaat die onverenigbaar is met bacteriële groei. De frequentie van het verbandwisselen is 1-2 maal per dag, zonodig vaker, afhankelijk van de hoeveelheid wondvocht. Eventueel kan men zich daarbij beperken tot het buitenste absorberende verband om wondcontaminatie te voorkomen.

BESTRIJDEN VAN DE ONWELRIEKENDE GEUR

De onprettige geur die een ulcererende necrotische huidtumor verspreidt, wordt veroorzaakt door groei van anaerobe bacteriën. Het grondig reinigen en desinfecteren van de wond zal de stank enigzins verminderen, maar over het algemeen zijn aanvullende maatregelen noodzakelijk. De wonden zijn gecoloniseerd door multiële organismen en wondkweken zijn van geringe waarde bij het selecteren van een antibioticum. Metronidazol 3dd 250 mg per os of i.v. is in vele gevallen effectief, maar het kan als bijwerking misselijkheid veroorzaken; als alternatief kunnen ook 1-2 opgeloste tabletten in de open wond worden gesprendeld. Gezien de praktijkervaringen lijkt systemische toediening effectiever. Geeft metronidazol geen vermindering van de stank dan kan ook chlooramphenicol 4dd 500-750 mg i.v. of p.o. toegediend worden. Ook kunnen gazen geïmpregneerd met antibiotica, zoals nitrofuril of zilverulfadiazine op de wond worden gelegd. Beide middelen zijn goed werkzaam tegen zowel Gram+ als Gram- bacteriën. Nitrofuril heeft als nadeel dat frequent sensibilisatie optreedt; het dient niet langer dan 7 dagen achtereenvolgend te worden⁹. In sommige gevallen kan azijnzuur in een sterkte van 2 tot 5% worden gebruikt om de wond te reinigen. Dit middel is goedkoop en zeer effectief voor het elimineren van *Pseudomonas aeruginosa* uit het wondoppervlak^{9,10}. Deze maatregelen zijn er op gericht de oorzaak van de penetrante geur aan te pakken, hetgeen helaas vaak niet afdoende is. Symptomatische behandeling kan bestaan uit simpele maatregelen als het plaatsen van een bord met houtskool of gemalen koffie in de patiëntenkamer en het goed ventileren van het verblijf. Ook kunnen de buitenste verbandlagen worden besprendeld met pepermuntolie of talkpoeder. Het spuiten van luchtverfrissers of deodorant in de patiëntenkamer heeft weinig effect en heeft in het algemeen een negatief psychische werking op patiënt en zijn of haar omgeving. Om verspreiding van de geur te

voorkomen kan eventueel een stomazak over de wond worden aangelegd met toevoeging van houtskool tabletten of een stomadeodorant. Het aanleggen van een stomazak kan overigens ook praktisch zijn, indien een wond grote hoeveelheden vocht produceert. De wondranden kunnen in dat geval afgeplakt worden met een hydrocolloïd. In het geval van waterige afscheiding kan het gedurende een week dagelijks aanbrengen van hoge doses lokaal corticosteroïd nuttig zijn bij het verminderen van de vochtproductie. Is er sprake van een enterocutane fistel die chirurgisch niet behandeld kan worden, dan kan octreotide subcutaan in een dosering van 150-300 µg per 24 uur het volume van de enterale afscheiding verminderen¹⁴. Dit analogon van somatostatine remt naast de secretie van groeihormoon ook de secretie van de peptiden van het gastro-enterohepatische endocriene systeem.

BEPERKEN VAN HET BLOEDVERLIES

Niet zelden gaat ulceratie van een huidtumor gepaard met bloedverlies. Hemostase kan verkregen worden door capillaire bloedingen aan te stippen met een zilvernitraat stift. Voor grotere oppervlakken kan een oplossing van epinefrine 1:1000 worden gebruikt om de wond te irriteren; ook kunnen gazen gedrenkt in deze oplossing worden achtergelaten in de wond. Indien acute controle van een grote bloeding noodzakelijk is kunnen gelatine sponzen in combinatie met thrombine poeder of gazen van geoxideerd cellulose gebruikt worden, vanzelfsprekend in de vorm van een drukverband. Door bloeding veroorzaakte anemie kan, indien noodzakelijk worden gecorrigeerd door toedienen van ferrofumaraat 3dd 200mg of bij diepe anemie door transfusie van bloedproducten.

CACHEXIE

Patiënten met ulcererende huidtumoren zijn vaak ondervoed door een combinatie van hun vergevorderde ziekteproces en de grote hoeveelheden proteïnen die via het wondoppervlak verloren gaan. Om de algemene conditie van de patiënt en de

wondgenezing te bevorderen is het van groot belang deze patienten een eiwit- en calorierijk dieet voor te schrijven. Indien de patiënt niet meer in staat is zelf voldoende voedsel tot zich te nemen, kan eventueel sondevoeding overwogen worden. Het effectief behandelen van de cachexie vermindert soms ook de bijkomende depressiviteit van de patiënt. De bedoeling van de extra voeding is uiteraard niet de lijdensweg te verlengen en bij het besluit tot het geven van sondevoeding dient de te verwachten levensduur dan ook meegewogen te worden; zo kan men sondevoeding overwegen bij een verwachte levensduur > 3 maanden.

CONCLUSIE

Een optimale lokale wondbehandeling van een ulcererende kwaadaardige huidtumor of huidmetastase is afhankelijk van de aard en de plaats van de tumor en de reeds eerder uitgevoerde behandeling. De lokale wondbehandeling dient per patiënt geïndividualiseerd te worden en bij voorkeur plaats te vinden in overleg met de patiënt, de behandelend specialist of de huisarts en de (oncologische)verpleegkundige. De zo te bereiken wondcontrole draagt bij aan de kwaliteit van leven in de eindfase van een slopend ziekteproces.

SAMENVATTING

- De aanpak van ulcererende of bloedende huidtumoren of metastasen die niet voor chirurgische, radiotherapie of chemotherapeutische behandeling in aanmerking komen, vormt een groot probleem voor zowel patiënt, arts als verpleegkundige.
- De verzorging dient gericht te zijn op het beperken van lokale en systemische infectie, het bestrijden van de onwelriekende geur en het beperken van bloeding. Soms is palliatieve amputatie een oplossing.
- De behandeling is afhankelijk van de aard en de plaats van de tumor en dient bij voorkeur per patiënt geïndividualiseerd te worden en plaats te vinden in overleg met de patiënt, de behandelend specialist of de huisarts en de

(oncologische)verpleegkundige. Dit alles met als doel de kwaliteit van leven in de laatste levensfase te optimaliseren.

ABSTRACT

Palliative treatment of cancer patients with intractable ulcerating malignant skin tumours and skin metastases.

- Coping with ulcerating or bleeding skin tumours or metastases not suitable for surgical, radiotherapeutic or chemotherapeutic treatment is a difficult problem for patients, doctors and nursing staff.
- The care should focus on limiting local and systemic infection, combating unpleasant smells and reducing bleeding. Palliative amputation is sometimes a solution.
- The treatment depends on the nature and site of the tumour, it should preferably be adapted to the individual patient and be carried out in consultation with the patient, the specialist in charge or the GP, and the (oncological)nurse. The purpose of all this is to optimize the quality of life in the terminal phase.

Met toestemming overgenomen uit NTvG 1999 13 maart;142(11)'561-564

**B.L. van Leeuwen, arts-assistent¹,
M. Houwerzijl, verpleegkundig-
consulent²,
H.J. Hoekstra, chirurg-oncoloog¹**

¹Chirurgische oncologie, Academisch Ziekenhuis Groningen

²Integraal Kanker Centrum Noord Nederland

Correspondentie:

**B.L. van Leeuwen, arts-assistent
Kliniek voor Heelkunde
Academisch Ziekenhuis Groningen
Postbus 30.001
9700 RB Groningen
tel: 050-3612317
fax: 050-3614873**