

# BEVRIEZINGSWOND VAN EEN PATIËNT MET BODY INTEGRITY IDENTITY DISORDER

J. Prudhomme van Reine\*

## INLEIDING

Bevriezing van lichaamsdelen is meestal het gevolg van een ongeval. In deze casus betreft het geen ongeval, maar een ernstige bevriezing bij een patiënt met BIID. BIID staat voor Body Integrity Identity Disorder, ofwel het verlangen naar amputatie van een lichaamsdeel. Het is een psychiatrische stoornis waarbij de lichaamsbeleving verstoord is. Het lichaamsdeel past niet bij de rest van het lichaam. BIID komt tien keer meer voor bij mannen dan bij vrouwen. Vaak is het verlangen naar amputatie al aanwezig van kinds af aan en weten patiënten met BIID ook precies welk lichaamsdeel dan weg moet. In hersenscans reageert het brein ook nauwelijks als het lichaamsdeel wat niet gewenst is wordt aangeraakt. Er zijn mensen die menen dat de oorzaak aandacht is. Wereldwijd zijn ongeveer 10.000 mensen bekend met BIID (1).

## VAN OPNAME TOT OVERNAME

Deze patiënt had al van kinds af aan een sterk verlangen te leven zonder zijn rechter been. Het moment om daadwerkelijk wat aan zijn verlangens te doen was aangebroken.

Hij bestelde via internet droog ijs. Droog ijs is bevroren stikstof met een temperatuur van  $-79^{\circ}\text{C}$ . Het wordt wel toegepast in de voedingsmiddelenindustrie, de luchtvaartcatering en de transportsector, omdat het tot drie keer sterker kan koelen dan gewoon ijs. Zijn been legde hij vervolgens in een koker gevuld met het droogijs. Acht uur lang heeft hij het volgehouden. Vervolgens meldde hij zich in een algemeen ziekenhuis. Daar werd de volgende diagnose gesteld: frostbite stadium 2, vanaf het midden van het dijbeen tot en met de voet. Ter hoogte van de knie en de zijde van de voet: frostbite stadium 3. De capillaire refill van de voet was voldoende. Er was een goed palpeerbare arteria tibialis posterior. Motoriek was afwezig, maar flexie was mogelijk in de enkel. Over het gehele been was er sprake van hyposensibiliteit. Met de doppler was de arteria dorsalis pedis zwak hoorbaar.

De behandeling bestond uit passieve opwarming. De wonden werden dagelijks verbonden met zilversulfadiazinecrème en het been werd hoog gelegd. Tevens werd heparine subcutaan toegediend. De tweede dag ontwikkelde zich een compartimentsyndroom ten gevolge van revascularisatie. Een fasciotomie werd uitge-

voerd om de doorbloeding in het been te verbeteren.

Natriumbicarbonaat werd intraveneus toegediend om eventuele nier schade te beperken. Ook werden wondkweken afgenomen en werd gestart met antibiotica. Een voet-spalk werd aangemeten in verband met een dreigende spitsvoet. In de loop van de eerste week verbeterde de nierfunctie. De conditie van de wond verbeterde echter niet. De negende dag na de bevriezing werd de patiënt overgeplaatst naar het brandwondencentrum in Beverwijk voor verdere wondbehandeling.

## WONDBEHANDELING IN HET BRANDWONDENCENTRUM

Op de dag van de overname werd een wondinspectie gedaan (foto 1). Het totaal aangetaste lichaamsoppervlak werd vastgesteld op 7,5% derde- en vierdegraads bevriezingwonden. Pijnstilling werd gegeven in de vorm van paracetamol in combinatie met een langwerkend opiaat elke 12 uur. Voorafgaand aan de wondverzorging werd een kortwerkend opiaat gegeven. Thuismedicatie en wondbehandeling met zilversulfadiazinecrème werden voortgezet. Op de kuit, waar de wond na debridement grotendeels vitaal was, werd donorhuid aangebracht om de wond tegen uitdroging en infectie te beschermen. Omdat de mate van diepe weefselschade bij opname niet te beoordelen was en er voldoende aanwijzingen waren dat het been behouden kon worden werd een optimale behandeling inge-

steld en demarcatie van de necrose afgewacht. Dit beleid werd met de patiënt besproken.

Op dag 13 werd de eerste operatie uitgevoerd. Er bestond een derde, mogelijk vierdegraads bevriezing rond de knie. Er werd een avulsie gedaan van de necrotische huid waarbij bleek dat de vena saphena



Foto 1. Wondinspectie



Foto 2. Kniegewricht is onherstelbaar aangetast

magna geheel getromboseerd is. Verder waren er getromboseerde venen rond de gehele ventrale zijde van de knie. Het kapsel, de banden en pezen rondom de knie waren dubieus vitaal, mogelijk zelfs niet vitaal. Verder leek de spier lateraal in het onderbeen grotendeels vitaal. De oppervlakkige mediale kuitspier was marginaal gecirculeerd. De quadriceps was goed vitaal. De wond werd opnieuw verbonden met zilversulfadiazine.

Bij deze operatie bleek het niet duidelijk te zijn waar de grens tussen vitaal en avitaal lag, waarop besloten werd verdere demarcatie af te wachten. Postoperatief kreeg de patiënt een PCA pomp om zelf de pijnbestrijding te regelen. In deze periode werd de wond dagelijks gedoucht en verbonden. Tevens werd gestart met mobiliseren waarbij het been werd gezwachteld met korte rek zwachtels.

Demarcatie van de wond verliep vlot, waarbij steeds duidelijker werd dat het kniegewricht onherstelbaar aangetast was. Er werd besloten dit peroperatief vast te stellen. Tijdens deze operatie, op dag 19, bleek er necrose te bestaan aan de hiel tot op calcaneus, dat de mediale spier van de kuit avitaal was en bleek dat 20 cm periost van de tibia necrotisch was. Ook waren zowel het laterale als mediale deel van het kapsel van de knie en de patella necrotisch. Hierop werd besloten dat een amputatie van

het been de enige behandeling was voor deze patiënt die niet gemotiveerd was voor een behandeling tot behoud van het been. De amputatie werd een handbreedte boven de patella uitgevoerd. Er werd een stompverband aangebracht, waarna de stomp conisch werd gezwachteld.

Postoperatief had de patiënt veel pijn. Morfine werd éénmalig intraveneus gegeven. Er werd gestart met Neurontin®, een middel tegen neuropatische pijn. De patiënt gaf geen fantoompijn aan en was dolgelukkig met het feit dat zijn wens werkelijkheid is geworden.

De dagen na de amputatie verliepen positief. De wond genas en de pijnmedicatie kon worden afgebouwd. In afwachting van een plaats in het revalidatiecentrum werd de patiënt overgeplaatst naar een algemeen ziekenhuis dicht bij zijn woonplaats.

## NAWOORD

Verpleegkundigen en artsen hebben de taak om in te gaan op de hulpvraag van de patiënt. In het geval van de bovengenoemde casus was het niet mogelijk om de hulpvraag van de patiënt in te willigen. Immers, een gezond been willen missen is een afwijkende hulpvraag. De taak van medici en verpleegkundigen is zorg leveren en herstellen van de gezondheid, indien mogelijk. De mogelijkheid om zorg te leveren was er en er was een kans op herstel.

De patiënt begreep dit wel vanuit onze optiek gezien, maar vond het wel zonde van onze tijd en inspanning. Ook besepte hij dat, als hij niet behandeld zou worden, de wond levensbedreigend zou zijn. En dood wilde hij absoluut niet. Hij stemde in met de behandeling. Gedurende de gehele opname was hij coöperatief. Hij was tevreden over de gehele behandeling, mede omdat hij serieus genomen werd.

## LITERATUUR

[www.berggeit.nl](http://www.berggeit.nl)

[www.biid.org](http://www.biid.org) (1)

[www.droogijis.nl](http://www.droogijis.nl)

[www.grenswetenschap.nl](http://www.grenswetenschap.nl)

[www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl)

[www.mednet.nl](http://www.mednet.nl)

**\* Jacoline Prudhomme van Reine is brandwond- en IC verpleegkundige, brandwondencentrum, Rode Kruis Ziekenhuis. Zij is ook lid van de commissie brandwonden WCS.**