

PRE-COURSE EN "WONDCONGRES ROTTERDAM 2010"

K.Timm*

Op donderdag 28 oktober konden 24 verpleegkundigen en arts-assistenten deelnemen aan de pre-course van het "Wondcongres Rotterdam 2010". Deze pre-course werd dit jaar voor het eerst georganiseerd om de deelnemers in de gelegenheid te stellen zelf te werken met lichamen (benen) en chirurgische technieken te oefenen. Doel van de cursus: verdieping van de anatomische kennis in relatie tot de handelingen die worden verricht bij een debridement. Aansluitend werd de volgende dag het congres zelf gehouden in het WTC gebouw.

De deelnemers werden verwacht in het Erasmus MC te Rotterdam. Ze volgden een introductie over het skillslab waarbij werd benadrukt eerbiedig met de benen om te gaan, benen afkomstig van mensen die na hun dood hun lichaam ter beschikking hebben gesteld aan de wetenschap.

Een korte verhandeling over de chirurgische materialen en debridement volgde. Daarna kregen de deelnemers een demonstratie over elektrostimulatie bij wondbehandeling, gegeven door de sponsor van deze dag.

Na drie kwartier werd het skillslab bezocht: gele jassen en handschoenen gingen aan en de snijzaal werd betreden. Wat onwennig in deze koele ruimte, konden per tafel waarop één been lag, vier deelnemers plaatsnemen en was een arts-assistent de leermeester. Een rare gewaarwording zo'n los been dat alle kenmerken vertoont van zo'n zelfde been dat 's morgens in de eigen praktijk werd gezien, maar dat vast aan een patiënt zat. Het wende wel snel en door het focussen op de huid en de huidstructuren, vond een openbaring plaats van de wonder wereld van de anatomie. Alle huidlagen, pezen, bloedvaten, vliezen, fascie enz. werden onderzocht en bekeken. De meest prachtige structuren werden gevonden: kortom, zeer fascinerend!

Tijdens een korte pauze gunden enkelen zich niet eens de tijd om wat te drinken, zo geïntrigeerd waren ze in deze preparaten.

Toen was ook de tijd gekomen om alles weer te sluiten. Er werden hecht draden en naaldvoerders uitge-

deeld, en de diverse hechttechnieken passeerden de revue.

Uiteindelijk zagen de benen er weer redelijk heel uit: de missie was volbracht en zeer geslaagd!

Deze dag werd afgesloten met een diner waarbij alle deelnemers hun ervaringen konden uitwisselen.

Op vrijdag 29 oktober vond het Wondcongres zelf plaats. Er waren ruim 200 bezoekers: o.a. plastisch chirurgen, chirurgen, gipsverbandmeesters, wondconsulenten en verpleegkundig specialisten. De dag begon met een kennisquiz om te zien of er consensus rondom decubitus in de zaal was. Daarna opende Maarten Lubbers, chirurg en intensivist, Academisch Medisch Centrum Amsterdam, met een overzicht van decubituszorg. Lubbers stond in Nederland aan de wieg van deze ontwikkelingen. In 1985/1986 werd de eerste CBO consensus gepubliceerd en deze werd in 1992 geüpdate. In het buitenland (V.S.) werd de NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) opgericht en in 1996 de Europese variant, de EPUAP. Doel van deze organisaties was om decubitus met 50% te reduceren. Daarvoor werd een scoringssysteem bedacht, dat recent weer is gewijzigd. Lubbers benadrukte dat we moeten bedenken dat als een patiënt volledig bewegingsloos ligt, er al na 2-3 uur decubitus optreedt! Met de toenemende vergrijzing valt ook een toename van decubitus te verwachten. Lubbers waarschuwde voor de problemen: kennistekort ("draaien is slecht voor mijn rug"), te weinig evidence door te weinig belangstelling, het gebrek aan een keurmerk, hok-

jesproblematiek (meer transmuraliteit), is er sprake van vochtletsel of toch graad II decubitus, wat is de pathogenesis?

EPUAP www.epuap.org

NPUAP www.npuap.org

LPZ www.LPZ-UM.nl

Hierna volgde een presentatie van Hilly Calsbeek, Scientific Institute for Quality of Health Care, Nijmegen, over de prestatieindicatoren. Het project ging als "Voorhoedeproject" van start in 2007 en werd later het project "Zichtbare Zorg". Het doel was om publieke indicatoren te vinden van de professionele kwaliteit van de eerstelijns decubituszorg. Dit hele proces is tot stand gekomen door o.a. een search naar (inter)nationale indicatoren die weer werden geselecteerd aan de hand van selectiecriteria. Ze moesten bijvoorbeeld getest zijn op klinimetrische eigenschappen en met relatief weinig inspanningen meetbaar zijn. Uiteindelijk werd ook een praktijktoets uitgevoerd. De studie heeft geleid tot negen publieke indicatoren met een hoge inhoudvaliditeit. Ze moeten nog worden vastgesteld door de betrokken partijen en kunnen dan worden geïmplementeerd.

Peter Quataert, voorzitter expertgroep decubitus Nederland, Stichting Zorgzaam te Zeeuws-Vlaanderen, sprak over de nieuwe decubitusrichtlijn die naar verwachting in het 2^e kwartaal van 2011 uitkomt. Hij wees erop dat er zeer weinig goede evidence is over decubitus. De EPUAP en NPUAP hebben de richtlijn preventie en behandeling



Getoooid in gele jassen.....



Onder professionele leiding



Echt boeiend!



Een ontspannen sfeer



Leren hechten



Afsluitend diner

van decubitus ontwikkeld. Een richtlijnproces is daaraan voorafgegaan; zoekstrategie heeft plaatsgevonden, alle referenties werden onderworpen aan door de werkgroep vastgestelde criteria, evidence tabellen werden opgesteld en het niveau van bewijs werd bepaald. Daarna werd een samenvatting gegeven en een praktijktoets uitgevoerd. De richtlijn van de EPUAP/NPUAP zal worden geadapteerd (overnemen/vertalen en aanpassen).

Er zullen verschillen zijn met de CBO richtlijn uit 2002: o.a. wordt het hoofdstuk behandeling uitgebreid met pijn, monitoring en beoordeling wondgenezing, extra aandacht voor obesitas en dwarslaesie, chirurgie en palliatieve zorg. Bij preventie wordt aandacht gegeven aan wie de regiefunctie voert bij decubitus, samenwerkingsafspraken en implementatie. Uiteraard licht Peter de rol van de wondconsulent graag toe: hiervoor ziet hij een functie als casemanager weggelegd in de ketenzorg en/ of wondcentrum.

In de rest van het ochtendprogramma wordt de oorzaak druk bij decubitus behandeld door Cees Oomens, Universitair Hoofddocent, TU Eindhoven, de mogelijkheden van chirurgische interventie besproken door Marc Mureau, plastisch en reconstructief chirurg, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam (prachtige casuïstieken) en het bed als tegenstander werd belicht door Janus Oomen, arts en medisch antropoloog, Universiteit van Amsterdam.

In de middag werd de geïnduceerde wond behandeld. Gestart werd met automutilatie door Marco Warbout, verpleegkundig specialist somatiek, voorheen bij Reinier van Arkel Groep, 's Hertogenbosch. Automutilatie kan op allerlei manieren plaatsvinden, zoals in de eigen huid krassen of snijden, schaven, branden, slaan, met het hoofd tegen de muren bonken of zelfs in extreme gevallen, giftige middelen drinken of botten breken.

Marco leerde de congresgangers stil te staan bij niet genezende wonden zonder etiologie, patiënten met weinig ziekte-inzicht, patiënten met

meerdere littekens, een hoge controle frequentie en een aparte wondvorm. Dan kan men denken aan automutilatie, echter een goede (hetero)anamnese mag niet ontbreken. Via de Reinier van Arkel Groep is een folder over automutilatie verkrijgbaar.

Vervolgens kregen de congresgangers een uiteenzetting van Werner Jacobs, forensisch patholoog, centrum voor gerechtelijke geneeskunde, UZ Antwerpen, België. Hij sprak over schaaftletsels, kneuswonden, snij- en steekverwondingen, ballistische wonden, thermische wonden en breuken. Hij leerde de deelnemers: een snijwond is langer dan dat hij diep is en een steekwond is dieper dan hij lang is.

Een verhandeling over Toxische Epidermale Necrolyse werd gepresenteerd door Jan Dokter, arts, medisch coördinator brandwonden-centrum, Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam. Toxisch Epidermale Necrolyse wordt ook wel syndroom van Lyell genoemd en wordt in de meeste gevallen veroorzaakt door een overgevoeligheid op medicatie. Het wordt nog wel eens verward met het syndroom van Steven Johnson, maar bij dit syndroom is minder dan 10% van het totale lichaamsoppervlak aangedaan door loslating van de oppervlakkige laag van de huid. Bij Lyell is dat meer dan 30%.

Behandeling van deze wonden vindt plaats d.m.v. een polyurethaanfilm. Vanwege infectierisico is de mortaliteit onder deze patiënten 50%. Toen volgde een voordracht over de oorlog en konden de deelnemers O. van Waes, traumachirurg, Majoor arts, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam, beluisteren. Oorlogsgeweld in Afghanistan zorgde voor indrukwekkende casuïstieken, uitgevoerd onder alternatieve omstandigheden. De behandeling daar is vooral gericht op life en limb saving, middels het "Damage Control Surgery" principe.

Er volgden wederom indrukwekkende casuïstieken over peri-anaale wonden, gepresenteerd door Cees Verhoef, oncologisch chirurg, Erasmus Medisch centrum, Rotterdam. Bij deze wonden is de

kans op wondinfectie 25% en in combinatie met radiotherapie zelfs 50%.

Mogelijke therapieën bij wonden na abdominoperineale resectie:

- open laten & packen met gazen
- primair sluiten en drainage
- plastiek van omentum (lijkt minder kans op infectie te geven) of spierweefsel
- lokaal antibiotica

De diverse reconstructies passeerden de revue, allen onderbouwd met evidence.

De hekkensluiter was Frank Niessen, plastisch chirurg VU Medisch Centrum, Amsterdam.

Hij vertelde over cosmetische chirurgie en wondbehandeling, waarbij hij overeenkomsten opmerkte (preventie is in beide gevallen beter) en verschillen (cosmetiek voor 80% vrouwelijke "patiënten"). Hij sprak over hypoxie en de positieve gevolgen (angiogenese) en liposuctie en lipofilling. Hij vertelde dat vet groeifactoren bevat en risico op verkalking geeft. Gegevens om te onthouden als wordt gekozen voor lipofilling in de mammae na bijv. mammacarcinoom.

Vet in combinatie met bloedplaatjes wordt vaak ingezet als platelet gel bij wondbehandeling.

De dag werd afgesloten door een medisch goochelaar die van automutilatie hield.

Het waren zeer informatieve en leerzame dagen voor alle deelnemers.

We hopen in de toekomst op meer van deze congressen op dit niveau.

*** Karin Timm is verpleegkundig specialist intensieve zorg, polikliniek dermatologie IJsselland Ziekenhuis, Capelle aan den IJssel.**