

Behandeling oncologische

Een oncologische wond is een wond die niet geneest. De behandeling van oncologische wonden is dan ook vooral gericht op het comfort van de patiënt. Vaak is het bestrijden van onaangename geur een grote uitdaging. Zo ook in deze casus.

Cor Steenvoorden is stoma-, wonden decubitusconsulent in het Gemini Ziekenhuis in Den Helder. Hij is begin dit jaar in consult geroepen door de behandelend arts van een patiënte met enorme ulcera aan beide borsten. De vrouw heeft lang de ogen gesloten voor haar aandoening en te lang geen hulp gezocht. Eenmaal in het ziekenhuis bleef zij volgens Steenvoorden de ernst van haar ziekte ontkennen. Hoewel de artsen duidelijk waren over de prognose, bleef de patiënte volhouden dat als de wonden genezen zouden zijn, zij weer naar huis zou kunnen. Steenvoorden ziet dergelijke uitgebreide ulcera niet meer zo vaak als vroeger: "Dit gebeurt niet vaak, maar ik zie zo'n oncologische wond toch wel gemiddeld één keer per jaar. Vaak is het ulcus wel kleiner dan bij deze mevrouw."

CASUS

De patiënte komt binnen op de Spoedeisende Hulp in verband met een 'abces'. Ze is getrouwd en heeft vier dochters, waarvan de jongste nog thuis woont. Het afgelopen jaar is de patiënte druk geweest met het verzorgen van haar moeder, die de maand voor haar eigen opname is overleden.



De wond na de behandeling.

ANAMNESE

De anamnese vermeldt: reeds langer dan zes maanden vocht uit de mamma, eerst helder en sinds enkele dagen bloederig, ook zwelling daarbij. Niet echt pijnlijk, sinds enkele weken pijn in de rug, laag thoracaal, zij kan haast niet meer overeind. Af en toe koorts, sinds enkele dagen ook zwelling van de linkerarm. De benen zijn ook pijn-

'Ik zie zo'n oncologische wond toch wel gemiddeld één keer per jaar'

lijk. Zij heeft niet eerder hulp gezocht, omdat zij voor haar zieke moeder moest zorgen. De buik is sinds enkele dagen ook dikker aan het worden. Obstipatie. Geen incontinentie. Geen mamma CA in de familie.

LICHAMELIJK ONDERZOEK

Het lichamelijke onderzoek levert het volgende op:

- Helder en adequaat, emotioneel.
- Oedemateuze linkerarm.
- Geen icterus.
- Vast aanvoelende lymfeklieren, infraclaviculair en langs de halsmusculatuur.
- Vast aanvoelde massa in beide mammae, met forse uitgroei vanuit de tepel rechts en aan de linkermamma een krater met necrotiserend weefsel, doorsnede ongeveer 20 cm. Doorgroei over de gehele ventrale thoraxwand.
- Lever niet vergroot, geen palpabele lymfeklieren in de liezen.

- Reflexen: kniepeesreflex links beter dan rechts: motoriek benen is intact.
- X-thorax en LWK (lumbale wervelkolom): scoliose, kalkarm skelet, geen meta's in de thoracale wervels; tweetal lumbale wervels met bothaarden, ingroei in het wervelkanaal. Weinig hoogteverlies van de LWK. Geen doorgroei in de ribben.

Een CT-scan van thorax en buik levert het volgende op: massa linker- en rechtermamma, pleuravocht links, gehele voorste thoraxwand bevat tumormassa met klieren, in het mediastinum geen klieren, ook geen tumorweefsel in de rechterlong, de lever is normaal, geen klieren in de buik, in de thoracale wervelkolom geen destruerende botmetastasen, hoog lumbaal is er een lytische haard. Bij de metingen heeft de patiënte een temperatuur van 37,3 °C, een bloeddruk van 122/71 mm Hg, een pols van 124/min en een saturatie van 90 procent.

DIAGNOSE

De diagnose luidt: mamma Ca met uitgebreide doorgroei over de voorste thoraxwand, pleuritis Ca links, lytische bothaard lumbaal, hoge pols, matige saturatie. De patiënte wordt opgenomen en wondconsulent Steenvoorden wordt in consult geroepen met het verzoek tot wondverzorging en geurbestrijding. Als Steenvoorden op de afdeling komt, leidt de sterke geur hem vanzelf naar haar kamer. Hij rapporteert het volgende: *mevrouw is helder, heeft wel een iets angstige blik in haar ogen. Ze heeft een zuurstofslangetje in de neus. Bij het verwijderen van het noodverband, dat door de SEH is aangelegd, vind ik een grote ulcererende mamma links, met zicht op het borstvlies. Op de rechterborst is een groot ulcererende zweer aan de oppervlakte en rondom beide diverse nieuwe uitstulpingen die op het punt staan te ulcereren. Dikke rechterarm en beide benen oedemateus. Buik met vocht, maar nog soepel. Op de vraag*

wond gericht op comfort

hoelang deze wonden al aanwezig zijn, antwoordt zij: 'sinds de zomer'. Bij mijn vraag naar het jaartal, reageert zij iets verontwaardigd en vraagt of ik haar niet geloof. Ik vertel haar dat over het algemeen dit een wond is, die in verloop van jaren ontstaat. De hele kamer heeft zich met de geur van ontstoken necrotiserend weefsel gevuld. De geur verspreidt zich ook buiten de kamer. Veel gele- en zwarte necrose aanwezig. Necrose zit stevig vast en is niet zonder risico te verwijderen.

STERKE GEUR

De sterke geur wordt veroorzaakt door bacteriegroei in de wond. De acties van de wondconsulent zijn erop gericht de wond zo veel mogelijk te reinigen. Als de wond kleiner zou zijn, dan is volgens Steenvoorden de eerste optie om vacuümtherapie toe te passen. Daarbij wordt in de wond een antibacteriële gel of verband aangebracht, waarna de wond met een luchtdicht folie wordt afgeplakt en van onderdruk voorzien. Bij deze therapie hoeft het verband maar twee keer per week te worden verwisseld: comfortabel voor de patiënt. Bovendien wordt de nare geur door de pomp afgezogen.

VACUÛMTHERAPIE

"Maar in dit geval is het oppervlak van de ulcera te groot en grillig voor vacuümtherapie", vertelt wondconsulent Steenvoorden. Hij kiest er daarom voor de wond te behandelen met een antimicrobiële gel en vloeistof (Prontosan) en dat af te dekken met een koolstofverband om de geur te bestrijden. Omdat er veel necrose is in de ulcera, zijn ook de zenuwen niet meer intact en heeft mevrouw geen pijn.

BELEID

Steenvoorden rapporteert: *gestart met Prontosan-gel, gaasjes doordrenkt met Prontosan-gel in de rechterwond tussen het necrotisch weefsel en onderhuids aangebracht. De rest van de ulcererende*



De wond is ingepakt.

wonden bedekt met twee buikgazen, doordrenkt in Prontosanvloeistof. Op de gaaskompressen worden koolstofverbanden (Actisorb) gelegd. Daarover gaat een aantal grote absorberende verbanden. Om het geheel te fixeren en om het mogelijk te maken de absorberende verbanden extra te verwisselen, is gekozen voor een netbroekje waarvan het kruis is uitgeknipt. Deze met de elastische band naar beneden gekeerd, houdt de verbanden goed op zijn plaats.

Het beleid dat verder wordt gevolgd, is: de gazen met Prontosan-gel eenmaal daags verschonen, de vochtige gazen met Prontosanvloeistof tweemaal daags, de Actisorb, afhankelijk van verzadiging en de absorberende verbanden, zo nodig vaker. Belangrijk is het voorkomen van wondvochtlekage.

LIGHTFRESH

Het advies luidt om een *lightfresh* in de kamer tussen de patiënt en de deur naar de gang in te plaatsen. Twee dagen later is de geur sterk afgenomen, al ruikt het nog wel wat buiten de kamer. De vetnecrose begint te verweken en los te raken, het is mogelijk zonder te snijden met een pincet stukjes

weefsel te verwijderen. De behandeling wordt gecontinueerd. De Actisorb wordt weggelaten, Prontosan neemt zijn taak over.

GEUR GEMINIMALISEERD

Vier dagen daarna is de geur geminimaliseerd en niet meer op de gang te ruiken. Alleen de verbanden zelf ruiken nog bij het verwijderen ervan. Deze gaan in een afvalzakje met een vleugje limoenspray. Hele brokken vetnecrose komen los van de ondergrond en kunnen met een pincet worden verwijderd. Enkele paddenstoelachtige hompen worden met een mesje losgesneden: er zijn geen bloedvaatjes meer aanwezig in dit weefsel.

Dan gaat het slechter met de patiënte. De buik is vurig rood en hard. Mevrouw kan zich nauwelijks meer bewegen in bed. Haar linkerarm en beide benen zijn ingepakt in een dubbele Tubigrip, om enige steun te bieden. Door haar benauwdheid vanwege vochtphoping en toenemende immobiliteit is niet voor zwachtelen gekozen. Bij de wondverzorging wordt weer een hoeveelheid losgeweekt weefsel verwijderd. De geur in de kamer is helemaal verdwenen. Kort daarna overlijdt de patiënte.

FOTO'S: COR STEENVOORDEN