

CASUS DECUBITUS

T. de Groot*

ALGEMENE ANAMNESE

Een 76 jarige man wordt in het ziekenhuis opgenomen nadat hij enkele dagen thuis op de grond heeft gelegen. De patiënt is alleenwonend en hij heeft een zoon die in hetzelfde dorp woont. De zoon vindt zijn vader op de grond als hij komt om de wekelijkse boodschappen samen te doen. De ambulance wordt gebeld, deze brengt de patiënt in verwarde toestand naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Opname volgt en de diagnose luidt: een cerebrovasculair accident (CVA) met parese links en dehydratie. Naast een TIA in 2006 is er een blanco voorgeschiedenis. Medicatie thuis: Ascal 80 mg 1x daags. Roken: rookte 1 pakje sigaretten per dag, is na de TIA in 2006 gestopt na traject in de STOPPEN met ROKEN poli. Allergieën: niet bekend.

Tijdens het lichamelijk onderzoek ziet de poortarts een droge, necrotische drukplek op de stuit. Er wordt direct een altemnerend antidecubitus matras ingezet, de wondbehandeling wordt volgens wondprotocol gestart (1x daags: honingzalf, niet verklevend gaas, absorberend verband en fixatiepleister). Er wordt een consult van de decubitusconsulent aangevraagd. Op dag 3 na opname volgt het consult, de necrose begint los te laten van de randen (zie foto 1). De decubitusconsulent neemt een wondanamnese af volgens het TIME model en stelt een behandelplan op. Uit aanvullend bloedonderzoek blijkt dat de patiënt geen afwijkende glucosewaarden heeft. Patiënt vertelde geen pijn te ervaren. De logopediste wordt gevraagd om te kijken naar de slikreflexen en de diëtiste wordt ingeschakeld om een voedingsadvies te geven. De diëtiste start met 3x daags pakjes eiwitverrijkte drankjes met arginine (=aminozuur welke een rol speelt bij het bevorderen van de wondgenezing).

Een week later wordt er gestart met een enzymatische oplossing met als doel het oplossen van de necrose te versnellen (zie foto 2).

Bij de evaluatie zeventien dagen na de opname is de necrose helemaal verweekt. De diepte van de wond is nu zichtbaar en valt gelukkig mee; er is sprake van een categorie III decubitus. De wond ruikt en er is een groen wondexsudaat aanwezig op het verband wat op een *Pseudomonas* bacterie wijst, er wordt gestart met een

actief koolstof verband met zilver (zie foto 3). De ergotherapeut uit het verpleeghuis heeft een rolstoel opgenomen, welke direct geleverd kon worden vanuit het depot van het verpleeghuis, voorzien van een luchtzitkussen. Er wordt gestart met mobiliseren m.b.v. een opbouwschema. We starten met 2 x 30 minuten per dag. Het zitten is niet pijnlijk omdat de patiënt niet op zijn wond zit.

De patiënt herstelt lichamelijk goed, kan zijn linker arm weer goed gebruiken, maar het lopen lukt nog niet goed, ondanks veelvuldig oefenen. Mentaal kan de patiënt moeilijk accepteren wat hem is overkomen. De band met de zoon is goed. Een geestelijk verzorger steunt hem bij het accepteren van de situatie. De patiënt wordt wekelijks in het multidisciplinaire overleg besproken, waarin ook de revalidatiearts, de neuroloog en de transferverpleegkundige participeren. De patiënt komt op een wachtlijst voor revalidatie. Weer een week later is er geen groen wondexsudaat meer en wordt er overgegaan op een alginaat (zie foto 4). De patiënt wordt zes weken na de opname overgeplaatst naar een revalidatieplaats in een verpleeghuis buiten de regio. De patiënt is overgedragen aan de wondconsulent in het verpleeghuis.

OBSERVATIE EN BEHANDLING VIA HET TIME MODEL

Het TIME model is een methodiek om de locale, versturende factoren te beoordelen. Op deze manier wordt

niets over het hoofd gezien en geeft het structuur aan de gezamenlijke visie op wondzorg.

T staat voor Tissue (weefsel) waarin een omschrijving wordt gegeven of het weefsel vitaal of niet vitaal is. Granulatieweefsel is vitaal weefsel, necrose of fibrine is niet vitaal weefsel.

I staat voor Infection (infectie) waarin aangegeven wordt of het wondbed wel of niet geïnfecteerd is. Primaire infectiekenmerken zijn: roodheid, pijn, zwelling en warmte. Secundaire infectiekenmerken zijn: gebrek aan gezond granulatieweefsel, kleurverandering in het wondbed, broos en snel bloedend granulatieweefsel, stagnatie van wondgenezing langer dan 4 weken en onverklaarbare wondpijn.

M staat voor Moisture (vocht) waarin een omschrijving gegeven wordt van de mate van exsudaat (nat, vochtig en droog).

E staat voor Edge (wondranden) waarin een omschrijving wordt gegeven of deze wel of niet intact zijn. Bij intacte wondranden kan er reëpithelialisatie plaatsvinden, bij niet intacte wondranden zijn deze al gesloten en kunnen de epitheelcellen niet meer migreren over het wondbed. Ook wordt de wondomgeving beschreven: maceratie (verweking), eczematisch, ondermijning etcetera.



Foto 1. Droge, necrotische drukplek op de stuit, 3 dagen na opname



Foto 2. Necrose vervloeit

T	Grote wond: 95% zwart/ 5 % geel. Kleine wond: 100% rood
I	Geen infectieverschijnselen
M	Droge necrose die loslaat op de randen
E	Geen verweking of andere versturende factoren
LxBxD	8 x 7 cm en 1,5 x 1 cm
	Categorie III of IV decubitus
Behandeling	1x daags: barrièrespray op de wondranden, honingzalf, niet verklevend gaas, absorberend verband en fixatiepleister

T	Grote wond: 85% zwart/15 % geel. Kleine wond: 100% geel
I	Roodheid rond de wond
M	Necrose vervloeit, geel beslag is vochtig
E	Geen verweking of andere versturende factoren
LxBxD	8 x 7 cm en 1,5 x 1 cm
	Categorie III of IV decubitus
Behandeling	1 x daags: barrièrespray op de wondranden, enzymatische necrose-oplosser, niet verklevend gaas, absorberend verband en fixatiepleister

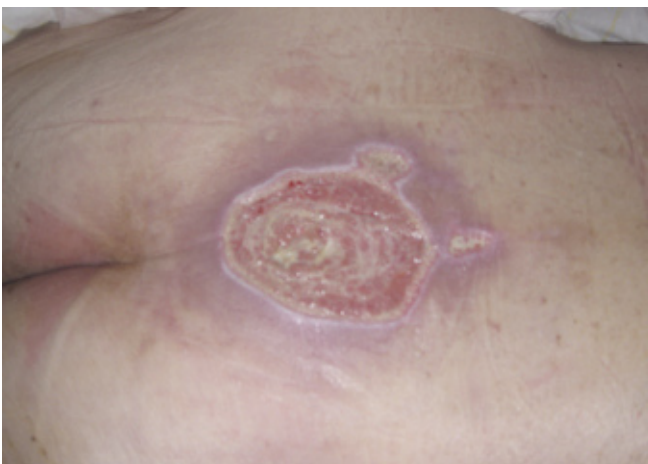


Foto 3. Aanpak pseudomonas

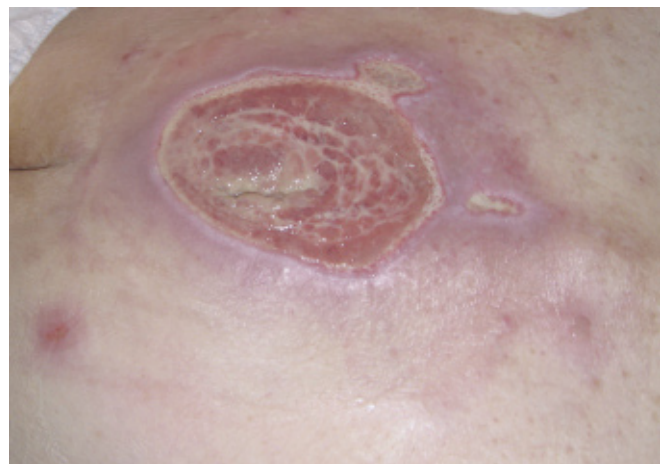


Foto 4. Over op een alginaat

T	Grote wond: 20 % geel / 80% rood. Kleine wond: 85% geel / 15% rood
I	Geur toename, pseudomonas
M	Vochtig
E	Geen verweking of andere versturende factoren
LxBxD	7,8 x 6,9 x 0,3 cm en 1,3 x 0,9 x 0,2 cm
	Categorie III decubitus
Behandeling	3x per week: koolstofverband met zilver, absorberend verband en fixatiepleister

T	Grote wond: 20 % geel / 80% rood. Kleine wond: 85% geel / 15% rood
I	Geur verdwenen
M	Vochtig
E	Geen verweking of andere versturende factoren
LxBxD	7,7 x 6,9 x 0,3 cm en 1,1 x 0,7 x 0,2 cm
	Categorie III decubitus
Behandeling	3x per week: alginaat, absorberend verband en fixatiepleister

* Tonny de Groot, transmuraal wondconsulent, 't Langeland ziekenhuis, Zoetermeer