

RICHTLIJN ONCOLOGISCHE ULCERA

M.J.G. Löwik*

INLEIDING

Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) is een kennis- en kwaliteitsinstituut voor oncologische en palliatieve zorg. Een van de taken is het ontwikkelen, implementeren en evalueren van richtlijnen. Deze richtlijnen voor de oncologische zorg zijn te vinden op de website www.oncoline.nl (1). De richtlijnen zijn onderverdeeld in twee groepen. De tumorspecifieke richtlijnen beschrijven de diagnose en behandeling van patiënten met een specifieke tumor. In die richtlijnen wordt aandacht besteed aan knelpunten in het medisch handelen, de organisatie van de zorg en de voorlichting en begeleiding van de patiënt. De niet-tumorspecifieke richtlijnen beschrijven de diagnose en behandeling van een symptoom of gezondheidsklacht die het gevolg is van ziekte en behandeling. Bij de niet tumorspecifieke richtlijnen over palliatieve zorg is de richtlijn over het oncologisch ulcus onlangs gereviseerd. Een korte impressie van deze richtlijn wordt hier gegeven. De volledige richtlijn is te vinden via de website www.pallialine.nl/oncologische-ulcera (2).

ONCOLOGISCHE WOND OF ONCOLOGISCH ULCUS

Bij de oncologische wondzorg is het van belang onderscheid te maken tussen oncologische wonden en oncologische ulcera. Oncologische ulcera zijn de huiddefecten die zijn ontstaan door het tumorproces. Zij onderscheiden zich van oncologische wonden die ontstaan ten gevolge van de behandeling van kanker, bijvoorbeeld radiotherapie of chirurgie. Dit onderscheid tussen wond en ulcus moet worden gemaakt omdat het doel van de wondbehandeling anders is.

Een oncologisch ulcus geneest alleen door een tumorgerichte behandeling. Het onderliggende weefsel van het oncologisch ulcus is maligne. Het heeft geen genezigstendens en kan alleen genezen als de kankercellen worden vernietigd. In veel gevallen ontstaan oncologische ulcera in het laatste stadium van de ziekte als genezing niet meer mogelijk is. De behandeling richt zich dan op het comfort van de patiënt en het bestrijden van de symptomen, zoals geur, exsudaat, pijn en bloeding. Het is goed om te realiseren dat zonder tumorgerichte therapie verbetering niet mogelijk is. De tumor zal in omvang toenemen en daarmee zullen ook de problemen toenemen.

Daar tegenover hebben oncologische wonden die door de behandeling

zijn veroorzaakt in principe een normale genezigstendens, omdat het onderliggend weefsel benigne is. De wondgenezing kan wel vertraagd worden door eerdere behandelingen. Bijvoorbeeld operaties worden vaker gecompliceerd door infecties en wonddehiscentie als zij plaatsvinden in een gebied dat eerder bestraald is. Bij het bepalen van het wondbeleid is het dus van essentieel belang om te weten of de wond veroorzaakt is door de behandeling of door kanker. Bij onduidelijkheid over de oorzaak zal een patholoog het weefsel moeten beoordelen en uitsluitsel geven.

BEHANDELING VAN ONCOLOGISCHE ULCERA

De meeste oncologische ulcera treden op als gevolg van een lokaal recidief of metastasering, vaak na uitvoerige eerdere behandelingen. Het is altijd zinvol om na te gaan of de kwaadaardige tumor, die het ulcus veroorzaakt, te behandelen is met een tumorgerichte therapie. Door de tumor te verkleinen of te laten verdwijnen, zullen de symptomen beter beheersbaar zijn. Ook als de patiënt niet te genezen is, kan een tumorgerichte behandeling zinvol zijn. Deze, vaak palliatieve, behandelingen hebben als doel de kwaliteit van leven van de patiënt te verbeteren.

De keuze van de wondbedekkers wordt bepaald door een aantal facto-

ren, zoals de kenmerken van het ulcus en de persoonlijke wensen en omstandigheden van de patiënt. Bij het in kaart brengen van het ulcus kan het WCS Classificatiemodel gebruikt worden als hulpmiddel, maar dit Classificatiemodel werkt anders dan bij wonden met een benigne ondergrond. Een rode wond wijst normaliter op gezond granulatieweefsel met een goede genezigstendens. Bij een oncologisch ulcus is het rode weefsel in de wond tumorweefsel. Bij een zwarte wond, ontstaan door een benigne oorzaak, is de grens tussen necrose en gezond weefsel goed zichtbaar. Bij een oncologisch ulcus is de overgang tussen necrotisch weefsel en tumorweefsel niet scherp begrensd. Een necrectomie is daarom gecontra-indiceerd in verband met het risico op een bloeding. Maligne ulcera hebben de eigenschap snel te bloeden. Het bloeden kan mede ontstaan door verkleven van verband aan het ulcus, door schuifkrachten of door harde en stugge verbandmaterialen. De juiste keuze van het verbandmateriaal kan daarom kleine bloedingen voorkomen, bijvoorbeeld met een verband dat een hemostatische werking heeft.

Bloeden is te stoppen door lokale druk gedurende 10-15 minuten met een icepack of ijsklontjes in een plastic zakje gewikkeld in kompressen. Bij een grotere bloeding zijn

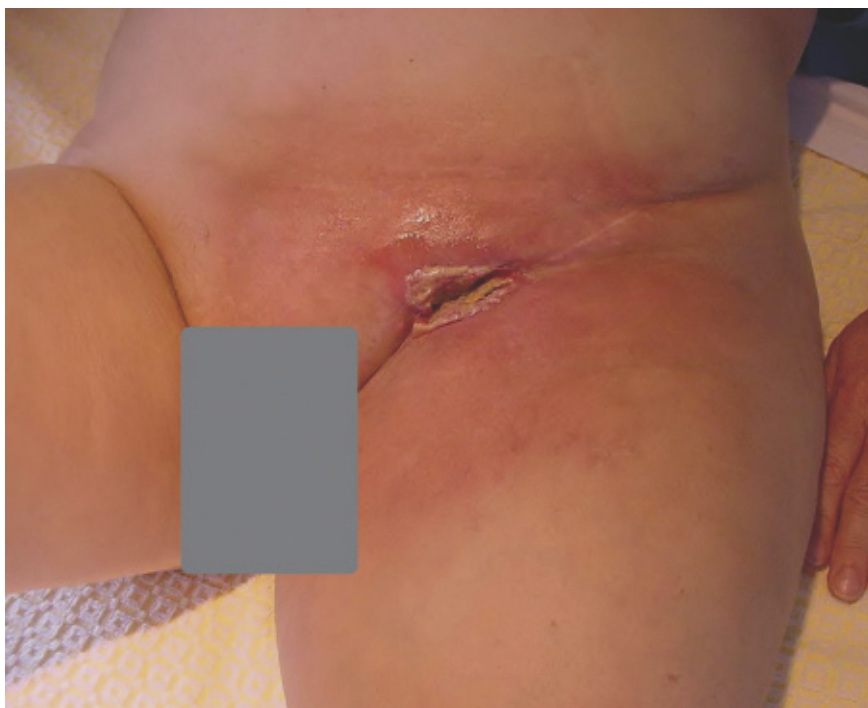
gazen gedrenkt in xylometazoline te gebruiken. Deze natte gazen moeten rechtstreeks op de wond worden gelegd. Door regelmatig optredende bloedingen kan anemie ontstaan. Een bloedtransfusie kan in deze situatie de kwaliteit van leven verbeteren.

Geurproblemen worden meestal veroorzaakt door weefselversterf en/of door secundaire infecties. Het zijn vooral de anaerobe bacteriën die goed gedijen in het zuurstofarme wondmilieu van weefselversterf. Om een geurprobleem tegen te gaan is het belangrijk dat eerst de oorzaak van de geur behandeld wordt. Anaerobe bacteriën zijn gevoelig voor metronidazol. Lokale toepassing van metronidazol door middel van spoelen of een gel kan al vier uur na aanbrengen een eerste resultaat hebben. Bij geurproblemen is het van groot belang dat de wond goed gereinigd wordt en de verbandmaterialen voldoende vaak gewisseld worden.

Als ondersteuning kan een geur neutraliserend verband worden gebruikt. Het gebruik van luchtverfrissers, geur verspreidende of geur neutraliserende sprays, gemalen koffie etc. is lang niet altijd effectief. Deze middelen maskeren de onwelriekende geur, maar verspreiden tegelijkertijd zo'n krachtige andere geur dat dit samen met de geur van de wond kan leiden tot misselijkheid. Na het overlijden van de patiënt kan de geur van bijvoorbeeld koffie voor nabestaanden vervelende herinneringen oproepen. Een middel dat de geur neutraliseert in plaats van camoufleert is daarom meer aan te bevelen.

CASUS

Mevr. B is een weduwe van 73 jaar en zij heeft geen kinderen. Vijftien maanden geleden werd bij haar vulvakanker geconstateerd. De tumor werd radicaal verwijderd en uit beide liezen werden de lymfklieren verwijderd. Omdat twee lymfklieren tumor positief bleken te zijn werd mevrouw aanvullend behandeld met radiotherapie. Aanvankelijk herstelde mevrouw goed van de operatie en



Oncologisch ulcus in de lies

radiotherapie. Een jaar na de behandelingen kreeg mevrouw een zwelling in de linker lies. De gynaecoloog constateerde uitzaaiingen van het vulvacarcinoom in de lies, maar ook een uitzaaiing in de longen. Een curatieve behandeling was niet meer mogelijk. In enkele weken tijd groeide de tumor in de lies door de huid met een oncologisch ulcus als gevolg (zie foto). Het ulcus vormde een holte met op de bodem een gele necrose en produceerde veel riekend exsudaat. Mevrouw voelde zich vies en door het riekende exsudaat durfde ze nauwelijks meer naar buiten en alle bezoek hield ze af. Ze vond het steeds moeilijker naar het ulcus te kijken en het zelf te verzorgen omdat ze zag dat het steeds groter werd. Wijkverpleging werd ingeschakeld voor de wondverzorging en ondersteuning van mevrouw.

Het ulcus werd twee keer daags gespoeld onder de douche. In de holte werd een alginaat gedrenkt in metronidazolgel aangebracht. Het ulcus werd afgedekt met een geur neutraliserend verband met hoge opname capaciteit. De omgeving van het ulcus werd verzorgd met een barrièrecreme. Na vijf dagen kon de frequentie van de wondverzorging worden teruggebracht naar één keer

daags omdat het geurprobleem onder controle was. Het geur neutraliserend verband werd vervangen door een absorberend verband. Bij veel exsudaat verving mevrouw zelf het afdekkende verband. Doordat de geur grotendeels was verdwenen kreeg mevrouw haar zelfvertrouwen terug en durfde ze weer onder de mensen te komen.

1. www.oncoline.nl
2. www.pallialine.nl

***Margriet J.G.Löwik, verpleegkundig specialist gynaecologie, LUMC, Leiden en WCS commissielid oncologische wonden en ulcera**