

Gebruik van Allevyn Cavity in een Decubituswonde

Case report

Jan Vandeputte is gegradueerde ziekenhuisverpleegkundige (St. Jan Brugge, 1986). Licentiaat in de medisch-sociale wetenschappen en het ziekenhuisbeleid - klinische verpleegkunde (K.U. Leuven, 1989). Ziekenhuishygiënist in het A.Z. Sint Jozef Oostende.

Philippe Van Loo is gegradueerde ziekenhuisverpleegkundige (S.H.I.P.M.B. Gent 1977). Kader opleiding NVK.V.V. 1988. Hoofdverpleegkundige Orthopedie in het A.Z. Sint Jozef Oostende.

Patrick Dehouck is gegradueerde ziekenhuisverpleegkundige (Sint Jan Brugge, 1978) Kaderopleiding Kluwer, Hoofdverpleegkundige Algemene Heelkunde in het A.Z. Sint Jozef Oostende.

Inleiding
De laatste jaren is het gebruik van complexe nieuwe verbanden, een diverse reeks van polymeren waaronder polyurethaan films, schuimen, alginaten en andere bewerkte polysacchariden alleen of in combinatie, sterk toegenomen. Deze materialen hebben verschillende eigenschappen die variëren van het absorberen van exsudaat, over het wegnemen van geuroverlast, en het voorkomen van infectie, tot het onderhouden van een vochtige omgeving in het wondbed ten einde granulatie en epithelialisatie te bevorderen. Het performantieprofiel van sommige van die verbanden zorgt ervoor dat in bepaalde gevallen deze slechts te gebruiken zijn voor specifieke wonden of slechts in één fase van de wondhelingscyclus. Wondheling is een dynamisch proces en de prestaties gevraagd van het verband zal afhangen van het verloop van de heling. In deze gevalstudie willen wij slechts één specifieke eigenschap van een verband nader bekijken. Met name willen we hier natrekken hoe we de wonde efficiënter kunnen reinigen (vrij maken van necrose en fibrine) en op deze wijze het wondklimaat optimaliseren ten einde de wonde zo spoedig mogelijk te laten helen. Allevyn en Allevyn Cavity (Smith & Nephew) beiden zijn polyurethaan verbanden die op een speciale wijze verwerkt zijn zodat ze vooral wondvocht samen met het debris goed kunnen vasthouden.¹ De Allevyn Cavity is zoals de naam het

zelf zegt speciaal ontworpen om in diepe caverneuse wonden te gebruiken. Het gebruik van Allevyn Cavity in diepe caverneuse decubituswonden is eerder een recente behandelingsmogelijkheid. De Allevyn verbanden reageren niet met de wonde want ze bestaan uit inerte materialen.² Ze zorgen er wel voor dat de wonde vochtig blijft en sloppen het overtollige wondvocht en de afbraakproducten op. Eerder dan het opzetten van een gecontroleerde "clinical trial" vonden wij het noodzakelijk om wat ervaring op te doen met het verband. Deze ervaring bestaat vooral uit handigheidjes en weetjes zoals: hoe breng je het verband best aan, kan je het combineren met andere produkten zoals ontsmettingsmiddelen of gels e.d., hoelang kan je het verband laten zitten, kostprijs,... Deze ervaring willen wij doorgeven via een "Case report". Wij zullen dus geen uitspraak doen over de doeltreffendheid van het verband in vergelijking met een ander verband. Er schuilen dan ook weinig wetenschappelijke motieven achter dit "Case report". Het gaat hier uitsluitend om het weergeven van een reeks ervaringen opgedaan tijdens het behandelen van één patiënt met Allevyn Cavity en een beperkte reeks andere produkten. Bij iedere belangrijke fase werden een reeks dia's genomen. Naast de Allevyn Cavity werd ook de IntraSite gel gebruikt. Tijdens de verzorgingsperiode werden een aantal vaststellingen gedaan die na opheldering interessant zijn voor anderen die een diepe caverneuse decubituswonde wensen te behandelen.

De Case

De patiënt betrof een dame van 95 jaar met een multiproblematiek zoals: doofheid, beginnende blindheid, recidiverende heupluxaties, osteoporose, recent C.V.A., urinaire infectie, postoperatieve anemie en obesitas. De dame was recent geopereerd voor een heupfractuur. (Vandeputte prothese rechts). 15 dagen na de operatie werd een necrotische vlek gezien op de stuit. Ondanks de regelmatige wisselgicing (om de twee uur een andere zijde) breidde de necrose zich verder uit tot een cirkel van 10 centimeter in diameter. De patiënt was vrij stabiel maar toch in een minder algemeen toestand waardoor de zich uitbreidende decubitus enigszins te verklaren was. De necrose werd verweekt met IntraSite gel (Smith & Nephew) die afgesloten werd met een groot OpSite verband. Dit gaf het voordeel dat men steeds een zicht had op de wonde en doordat de gel goed op zijn plaats (op de zwarte necrose) bleef zitten, kon het verband 2 tot 3 dagen gebruikt worden. Na drie dagen werd het verband verwijderd en werd met een stilet gepeild of de necrose voldoende zacht was om weggeknipt te worden. Dit was immers het geval en voorzichtig werd al het loszittend verweekt necrotisch weefsel door een verpleegkundige weggeknipt. Hierbij werd duidelijk dat onder de iets taaiere bovenlaag een zachte necrotische massa zat, die zeer vlot kon verwijderd worden. Slecht enkele taaie fibrineuze strengen bleven in de wonde achter. Bij het verder peilen vond men een sterk ondermijnde wonde die in feite een totale diameter had van ± 20 cm met een ingangspoort van ± 10 cm. In eerste instantie werd de wonde terug gevuld met IntraSite gel en terug gekleefd met een grote OpSite. De bedoeling was om de fibrineuze strengen en de resten

necrose verder vochtig te houden zodat de autolyse verder zijn gang kon gaan.

Het probleem was echter dat de gel na enige tijd samen met het wondvocht, die nu overvloedig aanwezig was, dusdanig vloeibaar was geworden dat deze uit de wonde lekte en gelijdelijk aan ook onder het verband door lekte. Gezien dit vocht terug de kans op decubituswonden op andere drukpunten verhoogde werd de volgende morgen voor een andere aanpak gekozen. We hadden een verband nodig die het eigen wondvocht in de wonde kon vasthouden (dit eigen wondvocht is het beste en meest volledige helingsstimulerend produkt dat momenteel voor handen is) en dit voor minstens 24 uur. We willen hier uitdrukkelijk opteren voor een verband die voldoende lang in de wonde kan blijven, enerzijds om de patiënt de vervelende en soms pijnlijke wondverzorging te besparen en anderzijds het frequent gebruik van dure "high tech" verbanden te beperken. De keuze viel op Allevyn Cavity, een inert polyurethaan kussen dat in verschillende maten op de markt is. (Technische kenmerken op het einde) De wonde werd aanvankelijk ontsmet met IsoBetadine (povidonejodium 10%). Deze Isobetadine zorgt voor een diep paarse verkleuring (bijna zwart) van de IntraSite gel. Dit is te wijten aan de jodium van de Isobetadine die reageert met het zetmeel aanwezig in de gel (herinner u de lessen biologie op de middelbare school). Deze jodium-zetmeel reactie is echter **zonder gevolgen**, ze tast de ontsmettende werking van Isobetadine niet aan en de werking van de gel wordt evenmin beïnvloed.

Voor het plaatsen van het nieuwe verband werd de wonde gespoeld met Isobetadine. Er werd gebruik gemaakt van een spuit van 25cc en een tefloncatheter van 18 gauge (de relatief zachte tefloncatheter van een intraveneuse naald). De wonde werd onder een zo hoog mogelijke druk gespoeld. De soepele tefloncatheter zorgt ervoor dat je overal kan spoelen onder hoge druk zonder de wonde te kwetsen.

Waar nodig werd nog necrose weggeknipt. Als laatste handeling werd de wonde nog uitgedept om de mechanische reiniging compleet te maken.

Daarna werd het cavity verband (10 cm circulair) ingebracht. Inmiddels was het bot van het zitbeen duidelijk te zien. Het gebruik van een dergelijk wondkussen beschermt dit bot **waarschijnlijk** beter dan gelijk welk ander verband.

Om een blijvend zicht te hebben op de wonde en het verband, werd een grote Opsite (15 x 28 cm) gebruikt om de wonde af te sluiten. Wij kiezen uitdrukkelijk voor het vochtig houden van de wonden en vooral de wondranden (in zijn eigen nat), dit om verdere uitdroging (en het stoppen van de autolyse) te voorkomen. Om het verband zo lang mogelijk te kunnen gebruiken werden de randen van het Opsite verder verstevigd met Fixomull (Beiersdorf Medical) kleefstroken. Na enige tijd kan men soms luchtblazen zien onder de Opsite. Deze zijn te wijten aan het verdringen van de lucht uit het schuimverband door het wondvocht. Deze lucht zal geleidelijk diffunderen doorheen het verband en dient niet gepuncteerd te worden. Op deze wijze kan men de patiënt de noodzakelijke wisselingsingen geven zonder dat het verband loskomt en zonder dat er wondvocht uit het verband lekt. Het verband kon hier gedurende 48 uur dienst doen.

Bij het uitnemen van het cavitaïr verband bleek dat deze volledig verzadigd was met het wondvocht. Het schuimverband had een licht gele kleur omdat het vol zat met fibrineclots. Het verband woog ook duidelijk zwaar en men verwijderde op deze wijze een grote hoeveelheid debris uit de wonde.

De wonde werd geïnspecteerd. De hoeveelheid dikke fibrinestrengen was duidelijk verminderd en de wonde kreeg een licht rose uitzicht. In dit stadium krijgt men het idee dat de wonde groter wordt. Dit is te wijten aan het oplossen van de dikke fibrinestrengen.

De wonde werd terug uitgedept maar deze keer met chloorhexidine 0,05 % in water. Dit werd gedaan om een beter idee te krijgen van wat geel is en wat niet (Isobetadine kleurt de wonde immers bruin geel). Er werd dan terug een schuimverband ingebracht. Het plaatsen van het verband in de wonde gebeurt met twee pincetten door één verpleegkundige. Het wondkussen dient steeds iets groter te zijn dan de wondopening. Men kan voorzichtig het kussen onder de ondermijnde randen plaatsen zodat het kussen of de spons goed blijft zitten.

Deze keer kon het verband 3 dagen ter plaatse blijven. Men kan iedere dag op het kussen gaan duwen en door het OpSite verband heen kan men zien of het schuimverband al dan niet verzadigd is. Ziet men duidelijk vocht uit het kussen komen bij het duwen, dan is het verband verzadigd en kan het best verwijderd worden.

De fabrikant wijst erop dat men best het verband niet langer dan 5-7 dagen in de wonde laat zitten. Bij het verwijderen van het verband zagen we een mooie granulerende wonde die als de toestand van de patiënt het toeliet, in aanmerking kwam voor flapchirurgie.

Op deze wijze kan men diepe caverneuse wonden eenvoudig en efficiënt behandelen. Indien men de wonde wil opvullen met wiken, wat meestal het enige alternatief is, dient men de wondverzorging meestal 2 keer per dag uit te voeren.

Vooreerst groeit het granulatieweefsel gemakkelijk in het gaas van de wiken, wat telkens microtraumata oplevert bij het verwijderen van de wiken. Het vochtig maken van de wiken (met NaCl 0.9% in H₂O) laat weinig ruimte voor absorbtie van exsudaat. Door gebruik te maken van inerte wondkussens kan de wonde langer dichtgelaten worden. Dit is niet alleen voor de verpleegkundigen interessant, maar ook voor de patiënt zorgt het voor het nodige comfort. De kostprijs van dergelijke

verbanden weerhoud zowel artsen als verpleegkundigen om deze verbanden te gebruiken. In principe hebben ze gelijk, maar als men de zaken wat ruimer neemt en alles tegenover elkaar afweegt dan kan men de meerprijs relativieren.



Dia 1.

Toestand van het verband na 2 dagen gebruik van IntraSite gel in combinatie met Allevyn Cavity. Door gebruik te maken van een groot OpSite verband kan men de wonde goed afkleven en tevens de aars vrij houden. Voor alle zekerheid werd de Opsite nog wat verzekerd door stroken Fixomull.

Het verzadigde polyurethane kussen is duidelijk te zien.

De wondranden zijn, in tegenstelling tot wat men soms beweert, niet verweekt door het omringende wondvocht.



Dia 2. **De wonde na het verwijderen van het OpSite verband.** Men kan duidelijk zien dat het wondkussen mooi in de wonde past.

Ook het overtollige wondvocht (bruin en gelachtig) is overal aanwezig zonder voor problemen te zorgen.

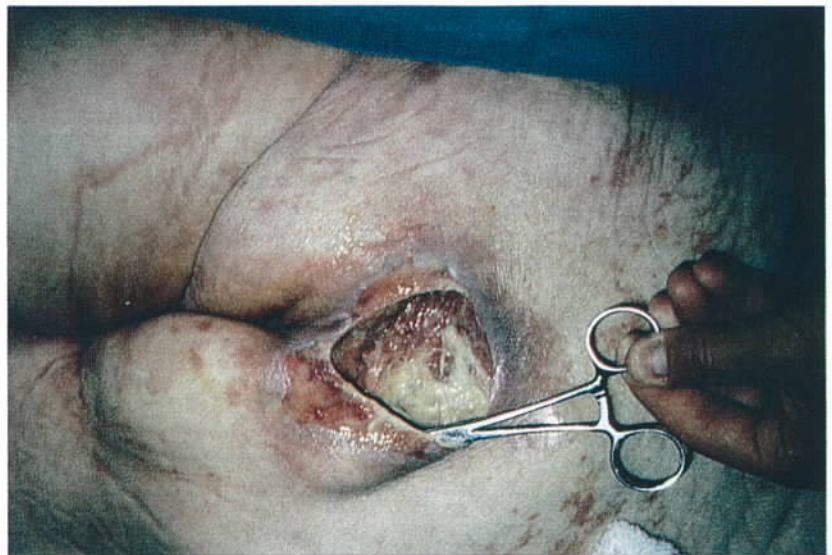
Voor een beter beoordeling van de wondranden zie dia 3.



Dia 3. Close up van dia 2.



Dia 4. Het zwaar verzadigde wondkussen met wondvocht en debris.



Dia 5. Beeld van de ondermijning. Zie ook de dikke nog aanwezige fibrine strengen in de wondbodem.



Dia 6. Wonde na spoeling met IsoBetadine 10%.

Technische kenmerken van de Allevyn Cavity.
Allevyn Cavity (Trade mark of T.J. Smith and Nephew Limited).
Beschikbaar in:

- 5cm per 10 verbanden
- 10cm per 5 verbanden
- 9cm x 2.5cm tubilair
per 10 verbanden
- 12cm x 4.0cm tubilair
per 5 verbanden

1 J.A.J. VANDEPUTTE,
**Vergelijkende literatuurstudie
over verbandmaterialen en hun
invloed op de wondheling,**
DEEL 3, W.C.S.-Nieuws, 8e
jaargang nr.3, september 1992, p.
22.

2 M.D. LEEK & Y.M. BARLOW,
**Tissue reaction induced by
hydrocolloid wound dressings,**
J. Anat. (1992), nr. 180, p.
545-551.



Dia 7. Wonde na plaatsing van nieuw Allevyn Cavity verband.



Dia 8. Wonde afgekleefd met Opsite.



Dia 9. Wonde nu volledig verzorgd en klaar om 3 dagen te laten zitten.