



Casus stoma

J. Cornelissen *

Deze casus gaat over een 64-jarige vrouw met in de voorgeschiedenis diabetes mellitus (type 2), mammacarcinoom, COPD en morbide obesitas. Mevrouw onderging op 28 augustus 2019 een uterusextirpatie wegens een cervixcarcinoom. Dit was een moeizame operatie vanwege de morbide obesitas. Postoperatief ontwikkelde ze een sepsis waarbij uiteindelijk een perforatie van het rectosigmoïd werd vastgesteld (waarschijnlijk als gevolg van de uterusextirpatie). Hiervoor onderging ze op 1 september een Hartmannprocedure (1) bij fecale peritonitis in vier kwadranten.

Casusinhoud

Mevrouw heeft ruim een maand op de IC gelegen vanwege allerlei complicaties op renaal, cardiaal, respiratoir en gastro-intestinaal gebied (2-5). Voor de leesbaarheid van deze casus wordt alleen het gastro-intestinaal gebied besproken. Op 29 oktober 2019 gaat ze voor vier weken naar een herstelhotel om te revalideren. De huid rondom de stoma groeit steeds meer dicht waardoor er een vernauwing ontstaat. Hierdoor ontstaan lekkages langs de stomamateriaal. Uiteindelijk wordt de stoma dagelijks gespoeld met water (5,9) waarna een verzorgbare situatie ontstaat. Mevrouw werkt intussen hard aan haar conditie en verliest 25 kg aan gewicht. Dit is het criterium voor de chirurg om een hersteloperatie uit te voeren. De stoma wordt opgeheven op 26 mei 2020.

Mevrouw heeft toestemming gegeven om deze geanonimiseerde casus te beschrijven.

Sociale anamnese

Mevrouw is alleenstaand zonder kinderen. Ze was voor de opname volledig zelfstandig en vindt het prettig om op zichzelf te zijn. Ze heeft een zeer beperkt sociaal netwerk. Het meeste contact is met haar broer. Drie maanden voor de opname is ze gestopt met roken. Ze is zeer obees, haar BMI is 60. Sporten en bewegen doet ze nauwelijks.

Probleem

De stoma is meteen postoperatief necrotisch (afsterven van het stomaweefsel door verminderde doorbloeding) (6-8). Na ruim twee weken is deze necrose geheel verdwenen (of spontaan losgelaten, of weggeknipt). Wat overblijft is een gat of open wond in de buik. De buikhuid gaat weer dichtgroeien waardoor een stenose (belemmering van uitvloed uit de stoma veroorzaakt door vernauwing of samentrekken van het stomalumen op huid of fascieniveau) ontstaat en de ontlasting vaak stagneert. Mevrouw gebruikt laxantia om de ontlasting zacht te houden en de thuiszorg dilateert (een conservatieve behandeling voor

het oprekken van een stenose m.b.v. staafjes, Hegar dialator, met oplopende diameter) haar stoma eenmaal per dag. Dit heeft niet het gewenste resultaat waarna het advies wordt gegeven om de stoma te gaan irrigeren. Met irrigatie of colonirrigatie (CI) wordt bedoeld in een regelmatig patroon het colon spoelen met water met behulp van speciale materialen, waardoor gedurende 24 tot 48 uur geen ontlasting uit de stoma komt.

Verloop van de opname

Voordat mevrouw overgaat naar het herstelhotel maakt de stomaverpleegkundige nog een foto-overdracht. Er zijn op dat moment geen verzorgingsproblemen (foto 1). Ze oefent zelf met het legen van het stomazakje.

Omdat mevrouw niet in staat is om naar het ziekenhuis te komen, wordt een stomaverpleegkundige van de fabrikant gevraagd om na tien dagen een huisbezoek af te leggen. Vooraf wordt zij uitgebreid ingelicht over de situatie en er wordt een terugkoppeling naar de stomapoli gevraagd.



Foto 1. De stoma functioneert nog goed, ook al ligt de opening diep in de buik.



Foto 2. Stenose van de stoma.

Zij geeft instructies aan de verzorgenden van het herstelhotel en benadrukt de noodzaak van het innemen van de laxantia. De stoma is op dat moment nog goed doorgankelijk. De verzorging van de stoma is nog relatief eenvoudig. Dagelijks wordt er een eendelig voorgestanst ileozakje geplakt (10). Mevrouw kan zelf een paar keer per dag het zakje legen d.m.v. de klittenbandsluiting.

Een maand na ontslag komt mevrouw op de polikliniek terug. Er zijn veel lekkageproblemen en de stoma is nog maar een speldenknop open, het is alleen met een wattenstokje open te krijgen. De stoma moet echt gedilateerd (foto 2) gaan worden met Hegarstaven (foto 3). De verzorgenden van het herstelhotel zijn niet bevoegd hiervoor (zijn niveau 2 en 3). Verpleegkundigen niveau 4 en 5 zijn zeer beperkt aanwezig. Mevrouw is er nog volstrekt niet aan toe om dit zelf te doen.

Daarbij verblijft mevrouw nog maar veertien dagen in het herstelhotel en gaat dan weer naar haar eigen huis. Voor



Foto 3. Hegarstaven in verschillende diameters.

een heel korte tijd moeten de verpleegkundigen dus geïnstrueerd worden en moet het herstelhotel zorgen dat de thuiszorg voor de thuissituatie kennis heeft van dit probleem. Er is dus weer een beroep gedaan op de stomaverpleegkundige van de fabrikant om het dilateren te instrueren aan de bevoegde verpleegkundigen in het herstelhotel. De resterende dagen wordt de hoeveelheid laxans opgevoerd zodat de ontlasting echt heel dun blijft en wordt er ongeveer drie keer per week gedilateerd.

Twee weken voor kerstmis gaat mevrouw naar haar eigen huis. Al snel komt de stomaverpleegkundige in contact met de verpleegkundige van de thuiszorg. Zij vindt de lekkages onacceptabel en wil aanpassing van de stomamateriaal. Er wordt uitgelegd dat dit geen oplossing biedt omdat het probleem in de darm en de vernauwde huid zit. Een echte oplossing is het irrigeren van de stoma. Daarom wordt de stoma gedilateerd en komt alle ontlasting uit het colon zodat mevrouw vrij is van ontlasting gedurende 24 uur. De medewerkers van de thuiszorg zijn niet bekend met het irrigeren. Heel logisch dat zij het niet kennen, omdat dit meestal uitgevoerd wordt door de stomadrager zelf. Ook zien zij ertegenop omdat ze denken dat het veel tijd kost. Er wordt uitgelegd dat het inderdaad een tijdsinvestering vraagt, maar dat zij nu waarschijnlijk meer tijd kwijt zijn met de ongeplande zorg aan mevrouw (11).

Op de stomapoli wordt graag tijd geïnvesteerd om hen deze handeling aan te leren (foto 4,5). Daar dit geen optie is voor het team, wordt aangeboden om de stomaverpleegkundige van de fabrikant thuis te laten komen zodat er training aan het bed kan plaatsvinden. Een afspraak over drie dagen wordt gemaakt. Helaas belt het team deze afspraak af. Reden is dat ze het niet zien zitten om vlak voor de feestdagen te gaan starten met iets nieuws. Op zich begrijpelijk, ware het niet dat er in deze situatie vaak twee lekkages per dag plaatsvinden en ze dus steeds ad hoc naar mevrouw toe moeten.

Er ontstaat een patstelling. Mevrouw wordt heel verdrietig van alle reacties om haar heen. Daarom wordt ze door de stomaverpleegkundige gevraagd naar de stomapoli te komen om haar daar te irrigeren. Eerst moet gedilateerd worden met hegarstaaf 8 om door de huid heen komen, daarna kunnen hegar 9 en 10 goed opgevoerd worden. Dan is de opening wijd genoeg om te spoelen met de conus van de irrigatiepomp. De handeling verloopt verder gemakkelijk en later blijkt dat mevrouw 36 uur vrij is geweest van ontlasting via de stoma. Dit stimuleert mevrouw om nogmaals in gesprek te gaan met de thuiszorg om eropaan te dringen om te leren irrigeren. Jammergenoeg duurt het toch nog tot 6 januari voordat de stomaverpleegkundige van de fabrikant thuis kan komen om de handeling uit te leggen. Bijkomend voordeel is dat mevrouw ondertussen ook al weer sterker is geworden. De stomaverpleegkundige laat haar eigenlijk alles zelf doen onder begeleiding van de thuiszorg.

Er ontstaat een patstelling. Mevrouw wordt heel verdrietig van alle reacties om haar heen. Daarom wordt ze door de stomaverpleegkundige gevraagd naar de stomapoli te komen om haar daar te irrigeren. Eerst moet gedilateerd worden met hegarstaaf 8 om door de huid heen komen, daarna kunnen hegar 9 en 10 goed opgevoerd worden. Dan is de opening wijd genoeg om te spoelen met de conus van de irrigatiepomp. De handeling verloopt verder gemakkelijk en later blijkt dat mevrouw 36 uur vrij is geweest van ontlasting via de stoma. Dit stimuleert mevrouw om nogmaals in gesprek te gaan met de thuiszorg om eropaan te dringen om te leren irrigeren. Jammergenoeg duurt het toch nog tot 6 januari voordat de stomaverpleegkundige van de fabrikant thuis kan komen om de handeling uit te leggen. Bijkomend voordeel is dat mevrouw ondertussen ook al weer sterker is geworden. De stomaverpleegkundige laat haar eigenlijk alles zelf doen onder begeleiding van de thuiszorg.



Foto 4. Irrigatiepomp.

Na een week is mevrouw volledig zelfstandig in het spoelen en heeft ze geen lekkages meer. Ze spoelt dagelijks en moet nog wel haar laxans blijven innemen. Haar zelfvertrouwen groeit en ze kan haar activiteiten steeds meer uitbouwen. Tijdens een bezoek aan de chirurg spreekt deze een streefgewicht af als criterium voor de hersteloperatie. Als mevrouw dit heeft gehaald, wordt de stoma op 26 mei 2020 opgeheven.

(Stoma)verpleegkundige zorg bij stomastenose

Definitie volgens herziene richtlijnen stomazorg 2018: 'Belemmering van uitvloed uit de stoma veroorzaakt door vernauwing of samentrekken van de stomalumen op huid- of fascieniveau'. Vaak ontstaat dit door verlittekening of een te nauwe huidopening. Bij patiënten met een stenose van de colostoma verandert het ontlastingspatroon, variërend van explosieve dunne ontlasting tot obstructie van (hardere) ontlasting. Dit veroorzaakt vaak



Foto 5. Het inbrengen van de conus.

pijn en lekkages en daardoor ook psychische klachten. De behandeling bestaat uit proberen de ontlasting soepel te houden door verhoogde vochtinname en het gebruik van medicatie. Daarnaast dilatatie van de stoma met speciale dilatator door verpleegkundige of patiënt, hoewel controversieel omdat door dilatatie de stenose door littekenvorming kan verergeren.

Bij deze patiënt was het echter noodzakelijk om te dilateren omdat er anders een volledige obstructie zou ontstaan. Chirurgisch ingrijpen was nog niet mogelijk. Enerzijds omdat de conservatieve middelen nog niet volledig waren uitgetest (irrigeren) en anderzijds omdat er een sterk verhoogd operatierisico was door het hoge BMI. Een nieuw stoma aanleggen zou waarschijnlijk snel dezelfde problemen geven door de forse subcutis waardoor er niet genoeg lengte gecreëerd kon worden voor een stoma boven huidniveau.

Beschouwing

Dit was een lastige casus, vooral omdat de zorg heel complex was. Zonder iemand te kort te doen in het herstelhotel, was er wel een confrontatie betreffende de niveaueverschillen in verpleging en verzorging (12). Daardoor moest er geïmproviseerd worden met de geleverde zorg en accepteren dat het niet de meest ideale zorg was. Eenmaal in de thuissituatie was er hoop dat er wel optimaal opgestart kon worden. Maar door de onbekendheid van de handeling van het irrigeren, wilde men er niet aan beginnen. En tijdens de feestdagen met onderbezetting, wilde men ook niet starten met iets nieuws. Heel begrijpelijk maar wel frustrerend. Hierdoor moest de thuiszorg wel een aantal keren per dag ad hoc naar mevrouw vanwege lekkages. Voor geen enkele partij was dit prettig. Uiteraard eerst voor mevrouw, die zich erg ongelukkig voelde onder de vele lekkages. Daarnaast voor de thuiszorg die zich gedwongen voelde om een handeling aan te leren waar zij zich niet bekwaam voor achtten. En als laatste voor de stomaverpleegkundige die zag dat de meest adequate oplossing niet uitgevoerd werd.

De verwachting is dat dergelijke complexe casuïstiek steeds meer plaats gaat vinden in de toekomst, vanwege een toename van obesitas. Belangrijk is daarom een goede samenwerking met de thuiszorg en de stomapoli. We moeten begrip hebben voor elkaar en onze expertise delen en accepteren.

Literatuur

1. Balanzoni S, Perrucci A, Pasi L, et al. "The Hartmann intervention. The current indications and the authors' own experience". *Minerva Chir*, 1997;52 4):383-6. PMID 9265121.
2. Colwell JC, Fichera A. **Care of the obese patient with an ostomy**. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 2005;32(6):378-383.
3. Gallagher S, Gates J. **Challenges of ostomy care and obesity**.

- Ostomy Wound Management, 2004;50(9):38-46.
4. Sung YH, Kwon I, Jo S. et al. **Factors affecting ostomy-related complications in Korea.** Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 2010;37(2):166-72.
 5. Vink M. **De obese patiënte en stomazorg,** 2007;WCS Nieuws:24(1)45-47
 6. Barr JE. **Assessment and management of stomal complications: a framework for clinical decision making.** Ostomy Wound Management, 2004;50(9):50- 67.
 7. Butler DL. **Early postoperative complications following ostomy surgery: a review.** Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 2009;36(5):513-519.
 8. Cottam J, Richards A, Hasted, A, et al. **Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery.** Colorectal Disease, 2006;9:834-838.
 9. Carlsson E, Gylm M, Nilsson L, et al. **Positive and negative aspects of colostomy irrigation: a patient and WOC nurse perspective.** Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 2010;37(5):511-6:quiz 517-8.
 10. www.welland.nl/colostoma/1-delig-aurum. Bezocht op 9 september 2020.
 11. Kendall- Gallagher D, Aiken LH, Sloane DM, et al. **Nurse specialty certification, inpatient mortality, and failure to rescue.** Journal of Nursing scholarship, 2011;43(2):188-194
 12. Williams J. **Stoma care nursing: what the community nurse needs to know.** British Journal of Community Nursing, 2007;12(8):342-346

* *Jacqueline Cornelissen, stomaverpleegkundige, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen*