

# Hardnekkige wond na extravasatie chemotherapie

**Auteur:** A. Voet-van de Brink  
**Vertaald/bijgewerkt:**  
**Nieuwsbrief:** 1994  
**Pagina:** 16-17  
**Jaargang:** 8  
**Nummer:** 11  
**Toestemming:**  
**Illustraties:**  
**Bijzonderheden:**  
**Kernwoorden:** oncologische wond extravasatie chemotherapie  
**Literatuur:**

Meneer Filipsen (66) wordt op de longafdeling behandeld in verband met een kleincellig longcarcinoom. Tijdens het toedienen van chemotherapie via een infuus in de onderarm, heeft het infuus ongeveer een uur naast het vat gelopen (extravasatie). Er ontstond een necrotische plek met een doorsnede van tien centimeter. Meneer Filipsen, die inmiddels was ontslagen, werd door de oncoloog doorverwezen naar de poli dermatologie, waar hij werd doorgestuurd naar de polikliniek wondbehandeling van de afdeling heelkunde.

Extravasatie van chemotherapie kan tot forse defecten leiden. De meeste cytostatica zijn agressieve stoffen die grote schade kunnen aanrichten als zij niet direct in het bloed terechtkomen.

In de 'Richtlijn cytostatica' samengesteld door de Integrale Kankercentra, wordt een systematisch overzicht gegeven van de recente instructies voor het bereiden, voorschrijven, transporteren, toedienen en afvoeren van cytostatica en hoe te handelen bij calamiteiten. In de richtlijn staat beschreven welke maatregelen genomen kunnen worden bij extravasatie. De richtlijn suggereert dat op plaatsen waar veelvuldig met cytostatica wordt gewerkt, antidota (tegengif) aanwezig zou moeten zijn. In andere gevallen zou de aanvoer van een cytostaticum vergezeld moeten gaan met het meest geschikte antidotum, zodat bij eventuele extravasatie meteen voorhanden is. De praktijk is echter weerbarstig en de richtlijnen voor het omgaan met cytostatica worden nog niet overal en ook niet volledig gevolgd.

De richtlijn vermeldt de algemene maatregelen die gepast zijn bij extravasatie:

1. Stop de toediening, laat de infuusnaald zitten.
2. Leg de arm hoog.
3. Trek bloed op (3 tot 5 ml) als dat mogelijk is om zoveel mogelijk cytostaticum te verwijderen.
4. Koel (bij sommige cytostatica moet juist worden verwarmd) de arm met zoveel mogelijk compressen.
5. Volg de specifieke aanwijzingen (toepassing van het geschikte antidotum)
6. Verwijder de naald.
7. Zalf de huid in met hydrocortisoncrème 1% FNA of DMSO 100%.
8. Blijf gedurende 24 uur intermitterend koelen (of verwarmen), dus drie uur koelen, daarna de koeling een half uur onderbreken. Ververs in deze periode de hydrocortisoncrème enkele

malen.

9. Overleg met de dermatoloog en de chirurg.

Als meneer Filipsen op de polikliniek komt, heeft hij een droog necrotische plek op zijn arm van 5 x 3 centimeter, met daaromheen een infiltraat. Hij kan zijn arm niet goed meer buigen: de flexie van de elleboog is tot 30 graden beperkt, de chirurg voert bij meneer Filipsen een necrotectomie uit. Bij de ingreep blijkt dat er subcutaan, onder de huidranden nog necrose bestaat. Er is geen pus. De wond wordt opgestopt met gazen die gedrenkt zijn in eusol, een middel dat zijn naam dankt aan de plaats waar het is ontwikkeld: Edinburgh University Solution. Eusol bevat chloor, werkt tegen vrijwel alle micro-organismen en breekt dood weefsel af.

De volgende dag komt meneer Filipsen terug op controle. Rondom de wond zit een grote infiltratieve afwijking (rood en hard) en op de wond zit eiwitbeslag.

Om de wond schoon te krijgen moet deze drie keer per dag worden uitgedouched en steeds weer met eusol worden verbonden. Door de wond gedurende ongeveer tien minuten met lauwwarm water te spoelen met de douchekop, wordt necrotisch weefsel, pus of eiwitbeslag weggespoeld, dat door de eusol is losgeweekt. Bovendien bevordert het uitdouchen de bloedcirculatie in het wondgebied. Na het douchen (en drogen) wordt de wond opgestopt met eusol-gazen en verbonden. In het algemeen geldt dat zolang er necrotisch weefsel in de wond zit, de wond niet kan helen. De behandeling is er daarom op gericht de necrose zoveel mogelijk te verwijderen, en de wond vervolgens schoon te krijgen. Als de wond rood en schoon is, kan de wond vanuit de wondranden dichtgranuleren.

## Overleg

Met mevrouw Filipsen, die is meegekomen, wordt overlegd of zij de wondverzorging kan uitvoeren of dat de wijkverpleging moet worden ingeschakeld. Hoewel de artsen en verpleegkundigen twijfelen of ze het wel aan kan, wil mevrouw Filipsen het graag zelf proberen. Zij krijgt uitleg en instructies. Daarbij wordt veel nadruk gelegd op het belang van goede wondverzorging.

De volgende dag komen meneer en mevrouw Filipsen terug voor controle. Het uitdouchen en verbinden thuis was goed gegaan. Het infiltraat lijkt iets kleiner en de huid rondom de wond is wat soepeler. Besloten wordt het beleid zo voort te zetten.

Als de patiënt na een week weer op controle komt, is er een fors defect ontstaan met een flink beslag. Daarom is een debridement (wondtoilet) nodig waarbij de wond chirurgisch wordt schoongemaakt en de necrose waar mogelijk wordt weggeknipt. De necrose loopt onder de wondranden door, aan craniale zijde zeker twee centimeter. Mevrouw Filipsen krijgt instructies om de eusol-gazen goed onder de wondranden te stoppen. Dat oefenen we met haar op de poli en het gaat goed.

Na een week vertoont de wond nog steeds een vies beslag en is er onder de wondranden nog steeds necrose. De necrose wordt waar mogelijk weggeknipt. De behandeling met eusol en douchen wordt voortgezet.

Een week later begint de zwelling rondo de wond te verminderen. Het necrotisch beslag wordt minder. De huid rondom de wond blijft hard. De functie van de elleboog verbetert iets. Na weer een week wordt de wond schoner en kleiner. Opnieuw wordt necrose weggeknipt en wordt de wond met eusol-gazen verbonden. Meneer en mevrouw Filipsen gaan door met

douchen en eusol.

Na een week blijkt bij controle dat de necrose verder vermindert. De wond wordt kleiner en begint subcutaan te granuleren. De verzorging met uitdouchen en eusol wordt voortgezet. De week daarna is het defect opnieuw kleiner. Er is nog maar weinig necrose. Meneer Filipsen krijgt instructie om goed met zijn elleboog te oefenen. Mevrouw Filipsen krijgt, net als bij eerdere bezoeken, complimenten over de wondverzorging. Dankzij de goede motivatie van beiden, verloopt de wondgenezing weliswaar langzaam, maar voorspoedig.

Weer een week later, ruim zeven weken na de extravasatie, is de wond weer kleiner. Er is nog een klein necrotisch randje, dat wordt weggeknipt. De elleboogfunctie is aanmerkelijk verbeterd, de huid rondom de wond wordt soepeler. Twee weken later wordt er opnieuw een klein necroserandje verwijderd. De wond is verder mooi en granuleert. De volgende afspraak is over drie weken.

Annemarie Voet-van den Brink, verpleegkundige op de wond- en proctopoli van het Academisch Ziekenhuis in Leiden