

Herziening richtlijn Oncologische ulcera in de palliatieve fase

H. de Visser*

Inleiding

Vanuit mijn functie als lid van de WCS Commissie Oncologische wonden en ulcera heb ik deelgenomen als schrijver van de richtlijn 'Oncologische ulcera in de palliatieve fase'. Deze richtlijn is tot stand gekomen uit een werkgroep van verschillende experts in samenwerking met het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en de Stichting Palliatieve Zorg Nederland (Stichting PZNL).

De doelstelling van de richtlijn: het toegankelijk maken van actuele en betrouwbare kennis en informatie over oncologisch ulcera in de palliatieve fase voor patiënten, naasten en zorgverleners.

De start van de herziening voor de richtlijn begon met een knelpuntenanalyse waarin de keuze voor de te behandelen onderwerpen werd bepaald. Van deze onderwerpen zijn drie vraagstellingen evidence based practice (EBP) uitgewerkt via de GRADE-methodiek. De overige onderwerpen zijn met name consensus based (zie richtlijn).

De GRADE is een internationaal ontwikkelde methodiek met als doel bestaande graderingssystemen te uniformeren waardoor transparantie over de aanbevelingen van een richtlijn. Daarbij wordt zowel de kwaliteit van het bewijs gegradeerd, als ook de sterkte van de aanbeveling. De focus bij het beoordelen van de evidence ligt op patiëntrelevante uitkomsten. Uitkomstmaten die als 'cruciaal' worden benoemd, bepalen de algehele kwaliteit van bewijs. GRADE kent vier niveaus: high, moderate, low en very low.

Om de richtlijn zo passend mogelijk bij het werkveld te laten aansluiten is de achterban benaderd, zijn koepelorganisaties, patiëntenverenigingen en een klankbordgroep erbij betrokken.

In dit artikel wordt met name het verpleegkundige aspect benoemd en de punten welke vernieuwd of veranderd zijn of extra aandacht kunnen gebruiken. Alles uit de richtlijn benoemen in een artikel is helaas niet haalbaar.

Oncologische ulcera, de richtlijn

De richtlijn geeft adviezen over diagnostiek, voorlichting en behandeling van oncologische ulcera en klachten die daar het gevolg van zijn. De focus voor de zorg dient echter de

mens met een oncologisch ulcus te zijn en niet het oncologische ulcus op zichzelf.

Epidemiologie

De prevalentie van oncologische ulcera bij gevorderde stadia van kanker wordt geschat op 5% (1). De mediane overleving bedraagt 6-12 maanden (2).

Begripsbepaling

Een oncologisch ulcus is een onderbreking van de huid (epidermis) en/of slijmvlies ten gevolge van groei van de primaire tumor of van metastasen. Het onderliggende weefsel is maligne.

Behandeling van het oncologische ulcus is in de meeste gevallen palliatief van opzet. Genezing is alleen mogelijk met gerichte in opzet curatieve antitumorbehandeling. De volgende klachten en verschijnselen zijn de meest voorkomende. (Indien de prevalentie bekend is staat deze erachter).

Klachten en verschijnselen:

- zichtbare afwijkingen van de huid of de slijmvliesen,
- wondexsudaat 18%,
- onaangename geur 12%,
- bloedingsneiging 6%,
- jeuk 5-6%,
- oedeem,
- bewegingsbeperking.

De volgende klachten worden hieronder verder toegelicht: wondexsudaat, onaangename geur, bloedingsneiging en pijn.

Organisatie van zorg

De gevolgen van een oncologisch ulcus zijn vaak groot.

Ieder oncologisch ulcus kan als een (hoog) complexe wond 'gezien' worden, gelet op de vaak progressieve ontwikkeling, het optreden van complicaties zoals overmatig exsudaat, geurproblematiek, bloedverlies en of pijn, en de aanvullende zorgproblemen als psychosociale problematiek die hierbij komen.

Wondzorg kan geleverd worden door zorgverleners mits zij bevoegd en bekwaam zijn om complexe wondzorg uit te voeren. In veel gevallen zal de deskundigheid van de betrokken zorgverleners echter ontoereikend zijn om een passend behandelplan op te stellen.

In dergelijke gevallen is het advies om beleid op te laten stellen door een wonddeskundige (wondverpleegkundige, wondconsulent of verpleegkundig specialist wondzorg). Daarom is ook de aanbeveling opgenomen om bij oncologische ulcera waarbij deskundigheid van de betrokken zorgverleners te kort schiet, een wonddeskundige voor advies te consulteren.

Diagnostiek, gradering classificatie en rapportage

Het is belangrijk dat zorgverleners dezelfde taal spreken. Om dit te bewerkstelligen is een (oncologisch) ulcusanalyseformulier als hulpmiddel aan de richtlijn toegevoegd. Hierin is gebruik gemaakt van standaardisatie om gegevens inzichtelijk te maken en over te dragen.

In het analyseformulier staan verschillende onderwerpen beschreven. Hieronder een opsomming van een aantal belangrijke onderwerpen, zoals de gradering, welke duidelijkheid en inzicht verschaft in het stadium van het oncologisch ulcus en zo de eenduidige communicatie vereenvoudigt of ondersteunt.

Gradering:

- graad I: intacte epidermis met dreigende aantasting van de huid door onderliggend tumorweefsel (dreigend ulcus),
- graad II: aantasting van de gehele huid (epidermis en dermis), beginnende aantasting subcutis,
- graad III: diepe doorgroei met aantasting subcutis,
- graad IV: droge en/of vervloeiende necrose tot 30% van het wondoppervlak,
- graad V: droge en/of vervloeiende necrose op meer dan 30% van het wondoppervlak.

Overweeg aanvullende diagnostiek indien dit van meerwaarde kan zijn voor de patiënt en dit consequenties heeft voor de behandeling. Rapporteer daarnaast de groeiwijze: uitwendig (exofytisch), inwendig (endofytisch) of een combinatie van beide.

Beoordeel en rapporteer het ulcus volgens het TIME model, waarbij de mate van exsudaat gebaseerd is op de frequentie van de verbandwissel.

- Droge wond: verbandwissel niet vaker dan eenmaal per vier dagen.
- Matig vochtige wond: verbandwissel twee- tot driemaal per week.
- Natte wond: Verbandwissel eenmaal per dag of vaker. Omschrijf de geur naar aanleiding van de intensiteit.
 - 0 = reukloos,
 - 1 = alleen patiënt ruikt zichzelf,
 - 2 = geur in de kamer te ruiken,
 - 3 = geur buiten de kamer te ruiken.

Omschrijf de jeuk naar aanleiding van de intensiteit die patiënt ervaart. 0 = geen jeuk

- 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Bloedingsneiging

- geen bloedingsneiging,
- alleen bij verbandwissel,
- spontaan/intermitterend,
- continu.

Rapportage

Er wordt regelmatig gerapporteerd (volgens het TIME model), bij voorkeur eenmaal per week, zo nodig (bij verandering) vaker.

Let op! Het WCS-Classificatie model, welke veel gebruikt wordt binnen de wondzorg, is niet van toepassing op oncologische ulcera!

Behandeling van de oorzaak

Welke behandeling van de oorzaak van oncologische ulcera wordt aanbevolen in de palliatieve fase?

Overweeg chirurgie, radiotherapie, geïsoleerde ledemaat-perfusie of systemische behandeling (chemotherapie, doelgerichte therapie (targeted therapy) en/of immunotherapie) van de maligniteit ter voorkoming of ter vermindering van de klachten veroorzaakt door het ulcus.

Doe dit alleen als het passend is, gelet op de wens van de patiënt, de algemene toestand en de levensverwachting van de patiënt en de kans op respons.

In het werkveld wordt er pas gekeken naar opties om de oorzaak te behandelen als de situatie (thuis) niet meer houdbaar is. Een combinatie van klachten heeft dan zoveel gevolgen voor de kwaliteit van leven. Daarom is het goed om kritisch te blijven en deze vraag ook te stellen als de kwaliteit van leven hierdoor (nog) niet extreem aangetast wordt.

Voor de mogelijke behandelingen die toegepast kunnen worden, zie de richtlijn.

Wondverzorging

De aanbevelingen over wondreiniging zijn als volgt:

- reinigen niet vaker als eenmaal per dag,
- reinigen met douche of spuit,
- kritisch gekoloniseerde of geïnfecteerde ulcera en geur problemen, inzetten van een antibacterieel wondspoelmiddel.

Wondproducten

De keuze voor de inzet van wondproducten wordt bepaald door het doel van de behandeling. Vaak is het doel beschermen van weefsel, verlichten van lokale klachten, zoals overmatig exsudaat, geur, bloedingsneiging en of pijn, en het bieden van comfort. Materiaal wat als prettig wordt ervaren en een minimaal aantal verbandwissels passend bij de klachten heeft de voorkeur. Creativiteit, productkennis en tijdig inspelen op veranderingen zijn hierbij noodzakelijk.

Het onderwerp stimulerende producten is besproken in de werkgroep. Vele wondproducten die in praktijk werkzaam zijn op verschillende klachten, hebben vanuit de fabrikant niet de indicatie om ingezet te mogen worden bij oncologische ulcera. Dit omdat deze producten angiogenese zouden bevorderen en dit mogelijk een stimulerende werking op de tumorcellen zou kunnen veroorzaken of een moeilijk te stelpen bloeding zouden kunnen geven. Echter er is voor het stimulerende effect op de tumor nooit bewijs gevonden. In het geval van een vertraagde bloedstolling spreken de literatuur en ervaringsdeskundigen elkaar tegen. Hierop heeft de werkgroep doen besluiten dat deze producten op goede indicatie veilig kunnen worden ingezet. Een gespecialiseerde wonddeskundige kan hierbij adviseren om een inschatting te maken voor eventuele risico's.

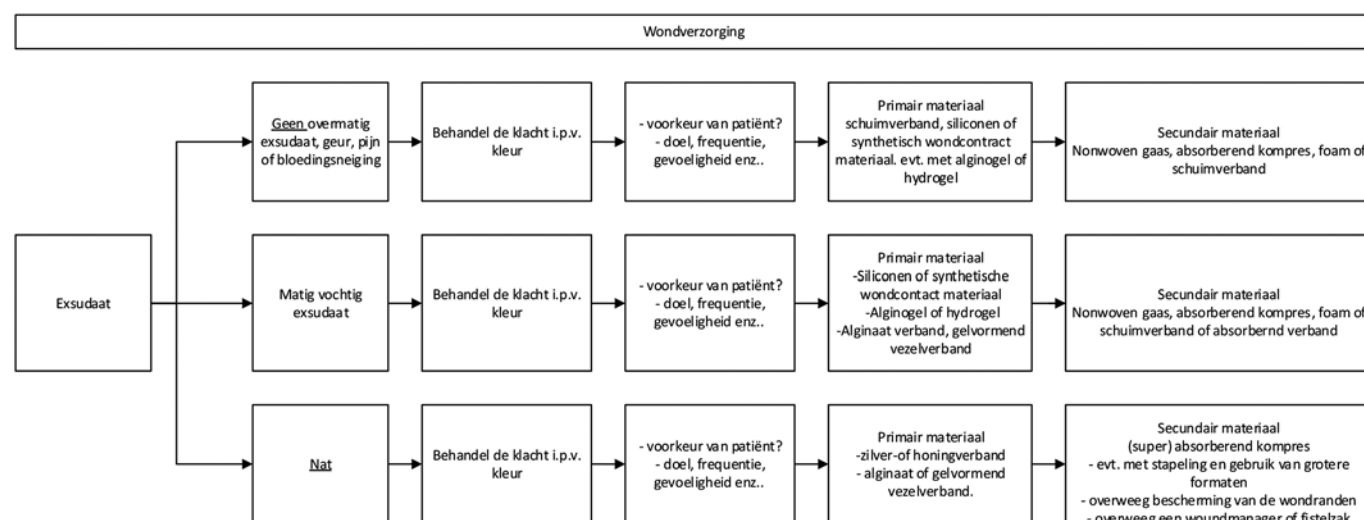
Bij een oncologisch ulcus wordt geadviseerd een niet verklevend, vochtigmilieuondersteunend verband te

De mate van exsudaat is medebepalend voor de keuze van het verbandmateriaal en de frequentie van verbandwissel.

- Bij een matig vochtig ulcus wordt als primair verband gekozen voor een niet verklevend, vochtig milieu-ondersteunend verband, zoals een schuimverband, siliconen of synthetisch wondcontactmateriaal, eventueel met gel of (bij meer exsudaat) een alginaatverband, gelvormend vezelverband of natriumchlorideverbanden. Als secundair verband een non-woven absorberend kompres, foam- of schuimverband en absorberend verband.
- Bij een nat ulcus wordt als primair verband gekozen voor alginaat of hydrofiber, zilver-, honingverband of povidon jodium. Ook kan er gekozen worden voor natriumchlorideverband, geïmpregneerd gaaskompres met polyhexanide of polyhexamethyleenbiguanide (PHMB) of een steriele gaasstrook van acetaatgaas met hydrofobe eigenschappen.
- Als secundair verband komt een (super)absorberend kompres in aanmerking, eventueel met stapeling en gebruik van grotere formaten. Ter bescherming van de wondranden kan een barrière-crème worden gebruikt. Bij zeer ernstig exsuderende ulcera of fistels kunnen woundmanagers of fistelzakken een uitkomst bieden.

gebruiken. Materiaal passend bij de klacht, doel, wisselfrequentie en wens van de patiënt. Inspelend op de mate van exsudaat.

Helaas is er geen 'one size fits all-behandeling'. Per individu zal er ingespeeld moeten worden op de klachten en de wensen.



Figuur 1. Keuze verbandmaterialen.

Het bovenstaand schema geeft de keuzes en opties van keuze van verbandmaterialen weer. Voor meer informatie over de productkeuzes en wondverzorging zie de richtlijn (figuur 1).

Wondexsudaat

Wondexsudaat ofwel wondafscheiding kan erg wisselen qua hoeveelheid en aspect. Ook wisselt dit per patiënt en kan dit gedurende de tijd variëren.

Geur

Onaangename geur komt met regelmaat voor bij een oncologisch ulcus. Heel vervelend en hinderlijk voor de patiënt, maar vaak ook voor de naasten. Meestal ontstaat deze geur als gevolg van weefselversterf, kolonisatie met anaerobe bacteriën of secundaire infecties. Om geur goed te kunnen behandelen kan er bij het reinigen en verzorgen in verschillende handelingen gebruik gemaakt worden van ondersteunende middelen. Indien mogelijk, behandel het ulcus door chirurgie, radiotherapie, geïsoleerde ledemaatperfusie of systemische therapie.

Bij een wondinfectie wordt antibiotica (op geleide van wondkweek) geadviseerd. Bij een pseudomonasinfectie tweemaal daags in azijnzuur gedrenkt gaas op het ulcus aanbrengen en daarna verbinden met een antibacterieel verband.

Ventileer de kamer en maak gebruik van geurneutraliserende spray of etherische oliën.

Wondreiniging is erg belangrijk. Losliggende partikels, wondexsudaat en eventuele verbandresten kunnen op deze manier verwijderd worden. Meestal kan volstaan worden met één keer daags reinigen van het ulcus. Indien de frequentie van wondzorg lager ligt, zal er dus overwogen dienen te worden of frequenter reinigen een gunstig effect op het ulcus kan hebben. Antibacteriële spoelmiddelen worden aanbevolen om deze te gebruiken en tien tot vijftien minuten op het ulcus te laten inwerken. Hierna wordt geadviseerd om gebruik te maken van materialen die ook invloed hebben op geur. Veelal zijn die antimicrobiële verbanden als honing of zilver, een gaas geïmpregneerd met polyhexanide of polyhexamethyleenbi-

guanide en een gaasstrook met acetaatgaas of povidon jodium.

Lokaal behandelen met het antibioticum metronidazol in gelvorm of spoelen met de vloeistof in diepere holtes behoort ook tot de mogelijkheid om geur te bestrijden. Systemisch metronidazol per os of intraveneus kan ook gegeven worden. De keuze hiervoor is afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, de mening van zorgverlener en arts en uitgebreidheid van de afwijkingen (zie figuur 2). In uiterste gevallen en alleen als er geen risico is op bloeding kan een necrotomie uitgevoerd worden door een wonddeskundige in een setting waarin het mogelijk is in te grijpen.

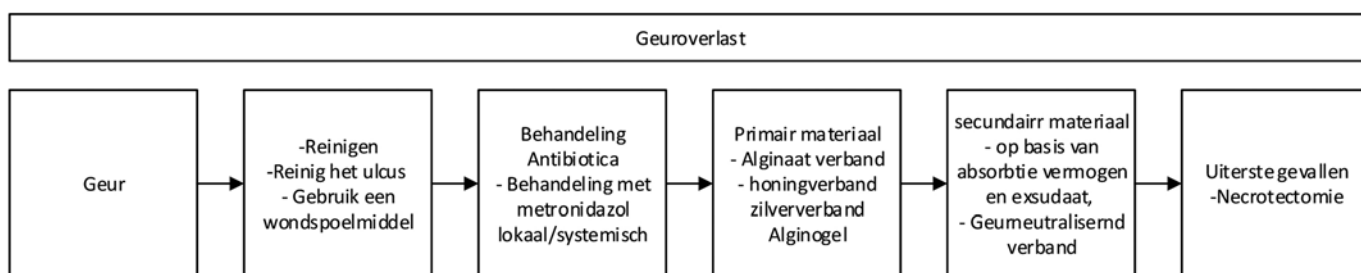
Bloeding

Bloedverlies treedt op bij 6% van de oncologische ulcera (3). In tumorweefsel is sprake van groei van bloedvaten onder invloed van vasculair endotheliale groeifactoren. Deze bloedvaten zijn vaak van slechte kwaliteit, wat het ulcus erg kwetsbaar maakt voor bloedingen. Daarnaast kan er ook ingroei zijn in bestaande bloedvaten. Bloedingen kunnen spontaan ontstaan of veroorzaakt worden door mechanische beschadiging van het ulcus. Bijvoorbeeld tijdens het verwijderen van verbandmateriaal. De ernst van de bloedingen loopt uiteen van licht bloedverlies door beschadiging van haarvaten tot continue diffuus bloedverlies tot massaal en soms fataal bloedverlies bij aantasting van grotere vaten (4). Indien mogelijk, behandel de verhoogde bloedingsneiging.

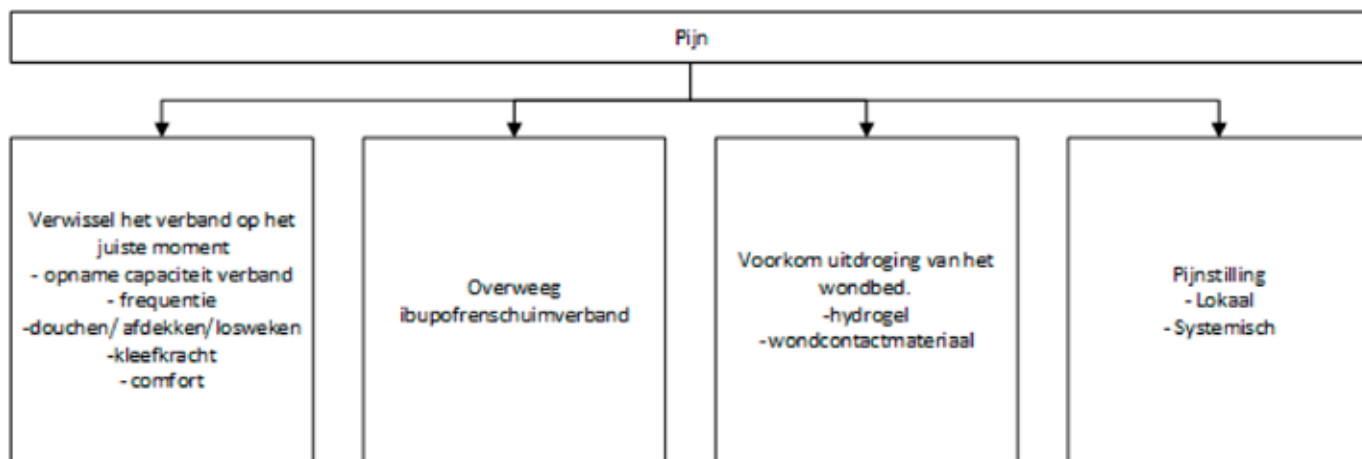
Symptomatische behandeling van een chronisch en of beperkt bloedverlies:

- maatregelen ten aanzien van de wondverzorging,
- lokale compressie,
- hemostatische verbandmiddelen,
- vasoconstrictiva,
- antifibrinolytica,
- palliatieve radiotherapie.

Maatregelen die aanbevolen worden bij acute en of hevige bloedingen zijn embolisatie en beleidsmaatregelen bij levensbedreigende bloedingen.



Figuur 2. Geuroverlast.



Figuur 3. Pijnschema.

Pijn

Pijn van een oncologisch ulcus kan optreden tijdens wondverzorging (figuur 3). Soms hangt dit samen met een onjuiste verzorgingstechniek, uitdroging van het wondbed of ongeschikte wondbedekkers. Ook kan de pijn chronisch zijn als gevolg van lokale weefselbeschadiging. De pijn is in de meeste gevallen nociceptief. Soms kan er ook sprake zijn van een neuropatische component of een wondinfectie. Vraag de arts bij voorschrijven van pijnmedicatie de adviezen voor pijn uit de richtlijn oncologische ulcera te volgen en rekening te houden met de richtlijn 'Pijn bij patiënten met kanker'.

Voor meer informatie over de richtlijn Oncologische ulcera, zie de herziende richtlijn oncologische ulcera in de palliatieve fase.

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn-oncologische-ulcera>

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn-richtlijn-oncologische-ulcera/beslisbomen>

Literatuur

1. Alexander S. **Malignant fungating wounds: key symptoms and psychosocial issues.** J Wound Care. 2009 Aug;18(8):325-9.
2. Furka A, Simkó C, Kostyál L, et al. **Treatment Algorithm for Cancerous Wounds: A Systematic Review.** Cancers (Basel). 2022 Feb 25;14(5):1203.
3. Maida V, Ennis M, Kuziemy C, et al. **Symptoms associated with malignant wounds: a prospective case series.** J Pain Symptom Manage. 2009 Feb;37(2):206-11
4. Firmino F, Villela-Castro DL, Santos JD, et al. **Topical Management of Bleeding From Malignant Wounds Caused by Breast Cancer: A Systematic Review.** J Pain Symptom Manage. 2023;61(6):1278-86.

*Hilde de Visser, wondconsulent, Erasmus MC, Rotterdam.
Lid WCS Commissie Oncologisch wonden en ulcera