



Het beperken van dermatogene contracturen in functionele gebieden, een paramedisch verbond.

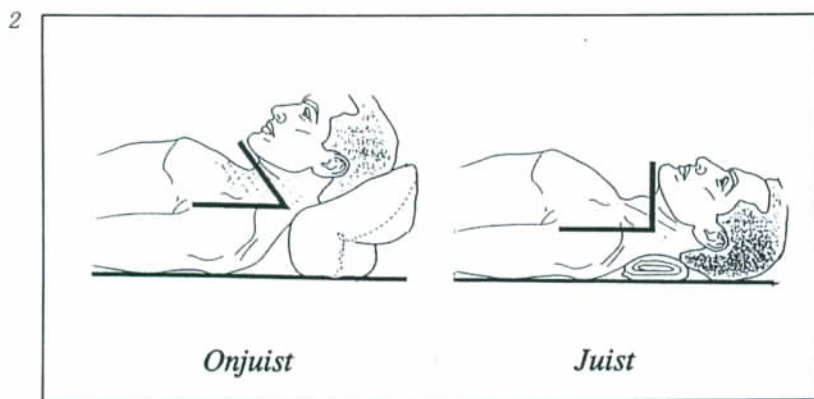
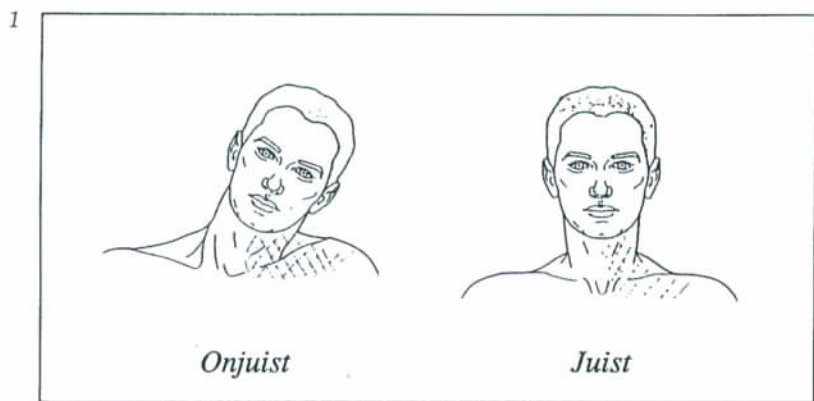
Deel 2: De verbrande hals

Door: M.P.G.J. Berkhout, fysiotherapeut, R. M. Baljon, plaatsvervangend verpleegkundig coördinator en bestuurslid W.C.S., beiden werkzaam in het brandwondencentrum van het Zuiderziekenhuis in Rotterdam.

Omdat bij de behandeling van brandwondpatiënten, naast een uitgebreide wondverzorging, veel zorg besteed moet worden aan het voorkomen van dermatogene en arthrogene contracturen, als ook het onderhouden van spierkracht, moeten fysiotherapeuten, ergotherapeuten en verpleegkundigen intensief met elkaar samenwerken. Een samenwerkingsverband dat veel afstemming behoeft middels een duidelijk gestructureerd overleg, goede onderlinge afspraken en een goede rapportage. De verpleegkundigen moeten gedegen kennis hebben van de wondbehandeling (inclusief de wondbehandelingsproducten), wondgenezingsprocessen en de ondersteunende mogelijkheden van paramedici, om met deze kennis een praktisch uitvoerbaar en afgestemd zorgbeleid voor de patiënt te ondersteunen. De verpleegkundige fungeert daarbij als intermediair, omdat deze in de unieke positie is de patiënt 24 uur per dag te begeleiden. Ook post-klinisch zullen een aantal patiënten zorg nodig houden die met name door de wijkverpleegkundige wordt geleverd. Ook daar is gedegen kennis van de materie en daarnaast afstemming tussen de eerste en tweede lijns zorgverleners van het grootste belang. In een serie artikelen zullen de specifieke problemen bij verbrandingen in een aantal functionele gebieden behandeld worden.

Figuur 1:
De juiste positie van het hoofd in vooraanzicht bij een verbranding van de hals.

Figuur 2:
De juiste positie van het hoofd in zijaanzicht bij een verbrande hals.



Inleiding.

Diep tweede- en derdegraads brandwonden laten in het halsgebied meestal lelijke en functioneel beperkende littekens achter. De hals heeft een predispositie voor een dergelijke contractuur, omdat de littekens niet adequaat met behulp van drukkleding behandeld kunnen worden en het niet natuurlijk is om het hoofd gedurende de hele dag licht achterovergeheven te houden. Deze twee factoren maken dat littekenhypertrofie en contractie van de al of niet met transplantaten behandelde wonden een kans krijgen. Bij een ernstige contractuur van de huid in de hals kan uiteindelijk een situatie ontstaan waarin de mond niet goed gesloten kan worden wat het kauwen bemoeilijkt, leidt tot kwijlen en een slechte verstaanbaarheid. Het hoofd wordt zodanig in anteropositie getrokken dat de cervicale wervelkolom fors belast wordt, met de daarbij behorende verschijnselen als tintelingen in de arm(en), hoofdpijn en een stijve nek. Niet zelden zijn meerdere plastisch chirurgische behandelingen nodig om het door contractie ontstane tekort aan ruimte in de huid

Vervolg op pagina 22.

1



2



Afbeelding 1:
Vooraanzicht van een
siliconen halskraag..

Afbeelding 2:
Achteraanzicht van een
siliconenhalskraag met
klittebandbevestiging.

aan te vullen. Door in een vroeg stadium te beginnen met positioneren en door toepassing van halspalken, kan dit leed worden beperkt.

De fysiotherapeutische behandeling tijdens de wondgenezing.

Om contractie van het wondbed zoveel mogelijk te beperken ligt het voornaamste accent in deze fase van de behandeling op het handhaven van de positie van het hoofd. De houding die daar het meest voor in aanmerking komt is de McMillan positie. Deze wordt bereikt door de patiënt plat, dus zonder kussen, in bed te leggen met een rolletje (handdoek) in de nek. Hierdoor komt het hoofd in een licht achteroverhellende positie. Als de wond meer aan de zijkant van de hals zit is het belangrijk dat het hoofd minimaal recht naar voren gehouden wordt (zie afbeelding). Als de patiënt niet meer in bed ligt wordt door de ergotherapie een spalk aangemeten die het hoofd in de ideale stand houdt en toch de mogelijkheid biedt om de wonden te verbinden. Dit is nodig, omdat het heel natuurlijk is om het hoofd licht in anteropositie en flectie te houden bij lopen en in zit. Dit verkleint het wondbed en geeft de contraherende littekens de mogelijkheid tot verkorten. Voor de nek-

wervels en spieren ontstaat door het gebruik van de spalk een dermate statische situatie dat het nodig is om tijdens de wondverzorging aandacht te besteden aan het bewegen van de nek middels eenvoudige rotatie oefeningen binnen de pijngrens van de patiënt.

Als de wonden gesloten zijn kan een iets flexibeler voorziening gemaakt worden die het hoofd in positie houdt en tevens een goede passing geeft op de littekens. Hiervoor zijn toepassingen van siliconenmaterialen zeer geschikt. Met behulp van gips wordt een negatief gemaakt van de hals met het hoofd in de gewenste positie. Vervolgens wordt hiervan een positief gemaakt, waarop de siliconen halskraag gevormd kan worden. Zo ontstaat een halskraag die past op de contouren van de hals. Met behulp van stijvere legeringen wordt in de kraag een soort stevige maar toch flexibele steun gerealiseerd die de patiënt helpt het hoofd in positie te houden. Er is echter wel voldoende bewegingsmogelijkheid aanwezig om enige rotatie, flexie en extensie van de nek toe te staan. De halskraag moet zo zijn vervaardigd dat het hoofd richting de ideale stand geleid wordt. De kraag wordt liefst 24 uur gedragen met uitzondering van de drie of vier keer per dag dat het materiaal en de littekens met lauw warm water worden verzorgd. Om de dag wordt de kraag in kokend water gelegd om het materiaal schoon te houden. Het gebruik van zeep wordt afgeraden. Omdat de siliconen poreus zijn, is ventilatie mogelijk. Zeep sluit deze poriën af waardoor irritatie van de huid kan ontstaan. Eventueel met een oplossing van azijn kan extra reiniging worden gegeven als het materiaal erg vies is geworden. Voorwaarde is wel dat het grondig wordt nagespoeld om de kans op irritatie zoveel mogelijk te verminderen.

Patiënten met een verbranding in de hals hebben gedurende een langere tijd begeleiding nodig. Met name strenge hygiëne met betrekking tot de littekens en de siliconenmaterialen draagt bij tot het al of niet hebben van succes van deze toepassing. De rol van de (wijk-)verpleegkundige bestaat uit het assisteren bij het aanleggen en schoonhouden van de spalk, het observeren van de reactie op de littekens en wonden tijdens de verzorging, het signaleren van eventuele drukplekken, veroorzaakt door de halskraag en het voorkomen van schuifkrachten in en rond de wond. Verder zal de patiënt, als het beter met hem gaat, geneigd zijn de voorzieningen minder of niet te gaan dragen. Het dragen van een dergelijke voorziening vraagt van de patiënt zowel in cosmetische zin als functioneel een

behoorlijke belasting. Het inzicht in het proces van de contractie en de functionele gevolgen daarvan kan de (wijk-) verpleegkundige helpen de patiënt gemotiveerd te houden voor het volhouden van de behandeling die een half jaar tot anderhalf jaar kan duren.

Hoewel het gebruik van dit protocol nog niet uitvoerig is getest en grote groepen patiënten over langere tijd nog niet zijn vervolgd zijn de resultaten vooralsnog bemoedigend zodat het bovenbeschrevene navolging verdient.

Literatuur

1. American Burn Association:
Guidelines for service standards and severity in the treatment of burn injury,
Bulletin of the American College of surgeons
69:24, 1984.
2. Jaarboek fysiotherapie 1991 p. 174 tot 194 :
Fysiotherapeutische principes bij de behandeling van brandwondpatiënten, J.Verhoef,
A. Vlaanderen e.a.
3. *Rehabilitation of the hand ed. 2*, St. Louis,
C.V. Mosby, 1984, p 596-609, Miles W.K.
4. Aspen Publishers, Rockville, Maryland,
The art and science of burn care, 1987:285-
98, Covey MH. Occupational therapy.
5. *Physiotherapy*: 1984;64:1217-31 :
Fundamentals of acute burn care and physical therapy management. Wright PC.
6. Aspen Publishers, rockville, Maryland,
The art and science of burn care, Scar reaction after thermal injury and prevention of scars and contractures, Boswick JA e.a..
7. Burns Incl. Therm. injury 1986; 12: 422-6:
Release of burn scar contractures of the neck in paediatric patients: Waymack JP.
8. J. of Burn Care and Rehab. 1190: 11:334-6:
Prospective randomized comparison of two types of pressure therapy garments; Kealey GP, Jensen KL, Laubenthal KN, Lewis RW.
9. Hum. Path. 1982; 13:819-24;
Perivascular myofibroblasts and microvascular occlusion in hypertrophic scars and keloids: Kischer CW, Thies AC, Chvapil M.
10. W.C.S. Wondenboek,
uitgave van de Woundcare Consultant Society,
Leiden 1991.

Mölnlycke.

Het juiste produkt op de juiste plaats.

ZWARTE FASE NECROTISCHE FASE		
Wondbedekking	Mepore	Chirurgisch pleister
	Mesorb	Absorberend verband
	Mesoft	Nonwoven kompres
	Gaas	Hydrofiel gaaskompres
Fixatie	Mefix	Fixatiepleister
GELE FASE INFLAMMATOIRE FASE		
Reiniging / drainage	Mesalt	Geïmpregneerd zoutkompres
Wondbedekking	Mepore	Chirurgisch pleister
	Mesorb	Absorberend verband
	Mesoft	Nonwoven kompres
	Gaas	Hydrofiel gaaskompres
Fixatie	Mefix	Fixatiepleister
RODE FASE GRANULATIE FASE		
Verkleiving voorkomen	Mepitel	Silicone wondcontact-materiaal
	Ete	Granulatie sparend kompres
Wondbedekking	Mepore	Chirurgisch pleister
	Mesorb	Absorberend verband
Fixatie	Mefix	Fixatiepleister

Mölnlycke 
WONDVERZORGING

Mölnlycke (Nederland) B.V.,
 Divisie Medische Produkten,
 Kostverlorenhof 2, 1183 HE Amstelveen,
 telefoon: 020 - 5451747