

Diepe decubitus. Ontstaan van binnenuit

Auteur: H. Westerhoff en R. Horchner

Vertaald/bijgewerkt:

Nieuwsbrief: 1995

Pagina: 18-20

Jaargang: 2

Nummer: 5

Toestemming:

Illustraties:

Bijzonderheden:

Kernwoorden: decubitus casus

Literatuur:

Mevrouw Scholten (72) wordt opgenomen voor een grote vaatoperatie (broekprothese) vanwege vernauwing / afsluiting van de slagaders naar haar benen. Twee uur na de operatie zit de rechter arteria femoralis dicht en wordt er een embolectomie verricht via de lies. Ondanks de operatie is er in het rechter been geen goede circulatie meer en zal amputatie nodig zijn. Op de rechter bil is van binnenuit een forse decubitusplek ontstaan.

Mevrouw Scholten (72) wordt opgenomen voor een grote vaatoperatie (broekprothese) vanwege vernauwing / afsluiting van de slagaders naar haar benen. Twee uur na de operatie zit de rechter arteria femoralis dicht en wordt er een embolectomie verricht via de lies. Ondanks de operatie is er in het rechter been geen goede circulatie meer en zal amputatie nodig zijn. Op de rechter bil is van binnenuit een forse decubitusplek ontstaan.

Mevrouw Scholten is gehuwd en woont met haar echtgenoot in een eengezinswoning met een trap. Zij is een adipeuze, kortademige vrouw, met een slechte longfunctie (tbc en ernstige bronchitis in de voorgeschiedenis). Bij opname is haar longfunctie zo slecht, dat de operatie veertien dagen wordt uitgesteld.

Er is bij het vooronderzoek al vastgesteld dat de vaten in een erg slechte conditie zijn. Tijdens de operatie is er een aortabroek geplaatst. Vlak na de operatie is er geen pulsatie meer te voelen in arteria femoralis van het rechterbeen. Via de lies wordt een embolectomie gedaan. Maar ook daarna blijven pulsaties uit. Verdere reconstructie van de vaten wordt niet mogelijk geacht. Dat betekent dat het been voor een belangrijk deel zal afsterven en amputatie noodzakelijk is. Gewacht wordt op de zogeheten demarcatie: verandering in kleur en temperatuur van het been zodat duidelijk wordt welk gedeelte van het been geen bloed meer krijgt en dus geamputeerd zal moeten worden. Meestal duurt het ongeveer een week voor de demarcatie duidelijk is.

Het been sterft dus eigenlijk langzaam af en dat gaat gepaard met pijn. Vuistregel bij circulatiestoornissen is dat claudicatio-achtige pijn (pijn bij inspanning) erop duidt dat de circulatie zich weer herstelt en dat rustpijn (een meer constante pijn) erop duidt dat de circulatie niet meer op gang komt. Mevrouw Scholten krijgt adequate pijnstilling.

Diepe decubitus

Op het moment dat de patiënte terug op de verpleegafdeling komt zit er op haar rechterbil een tennisbalgrote blauwpaarse plek. Dit is een zogeheten diepe decubitus: het letsel is waarschijnlijk door de langdurige rugligging en slechte doorbloeding op de OK-tafel ontstaan. De huid op die plek is nog intact. Op de andere bil is sprake van een lichte ontvelling. Het beleid, wisselligging elke twee uur, is gericht op het voorkomen van verdere decubitus. Na een week wordt mevrouw Scholten geopereerd waarbij amputatie van het bovenbeen wordt uitgevoerd. Op de OK wordt in de vena jugularis een infuus ingebracht waardoor de patiënte kan worden bijgevoed om haar conditie te verbeteren. Na de operatie wordt gestart met toediening van lipofundin en een vitaminepreparaat. Twee dagen later sneuvelt het voedingsinfuus en wordt deze behandeling gestaakt. De decubitusplek op de rechterbil is zwart verkleurd en een wond geworden, die wordt verzorgd en met een hydrocolloid wordt afgeplakt. Zaak is dat het dode weefsel verdroogt of verweekt en kan worden verwijderd. Wisselligging is nu lastig, vanwege de stomp. De volgende dag gaat de toestand van de patiënte langzaam achteruit. Ze ontwikkelt een pneumonie waarvoor ze met antibiotica wordt behandeld. Ook wordt gestart met Lasix. De pijn, met name de fantoompijn wordt erger. De stomp geneest slecht en ziet er zorgelijk uit. De decubitusplek verbetert niet en wordt nog steeds afgeplakt met een hydrocolloid die echter steeds loslaat. Een doorzichtig wondfolie (Opsite) plakt beter. Het nadeel daarvan is dat dit produkt niet de eigenschappen van een hydrocolloïd heeft. De stomp wordt necrotisch en is geïnfecteerd. Op de OK wordt een hoge bovenbeenamputatie uitgevoerd. Vanwege de infectie wordt de stomp opengelaten. Hierdoor is er sprake van een groot en vooral pijnlijk wondoppervlak. De stomp wordt twee maal daags verbonden met in fysiologisch zout gedrenkte gazen.

Ander produkt

Voor de decubitusplek is een optie dat een ander produkt misschien beter werkt. Besloten wordt de hulp in te roepen van een verpleegkundige die werkt bij de firma Smith & Nephew, een firma die onder meer wondverzorgingsprodukten ontwikkelt en verkoopt. Na overleg is het beleid er nu op gericht om de decubituswond schoon te krijgen door het gebruik van een necrose-oplossende hydrogel (Intrasite gel), waarmee het ziekenhuis nog weinig ervaring heeft. Dit produkt, verpakt in een zakje maar nu ook in bolletjes verkrijgbaar, verlicht de pijn en neemt het debris en dode weefsel op. Daarnaast zorgt het ervoor dat de wond vochtig blijft. De gel wordt op de plaats gehouden door het defect (met een doorsnee van 10 cm en 3 cm diep) op te vullen met een sterk absorberend schuimverband (Allevyn Cavity, dat de vorm heeft van een soort kussentje). Het geheel wordt afgeplakt met een doorzichtige wondfolie. Dagelijks wordt de gel ververst, waarbij de resten worden uitgespoeld met fysiologisch zout. Omdat de wondverzorging pijnlijk is, wordt het infuus met pijnbestrijding dat de patiënte toch al heeft, een half uur voor de wondverzorging wat hoger gezet. Na vier dagen is de verweking van de resterende necrose goed op gang gekomen. In het midden van de wond zit echter nog een zwarte plek. Behandeling van die plek met de gel en het schuimverband wordt voortgezet. Mevrouw krijgt een speciaal antidecubitusbed (Special Care) waarbij de druk in de verschillende compartimenten regelbaar is.

Diëtiste

De diëtiste wordt in consult geroepen omdat de patiënte door de pijn slecht eet en opnieuw een slechte voedingstoestand heeft (oedeem). Zij krijgt een eiwitrijk dieet.

's Nachts wordt ze bijgevoed met nutrison per maagsonde. Na een week blijkt dat onvoldoende zoden aan de dijk te zetten en wordt een nog eiwitrijker produkt gekozen voor bijvoeding. De wondverzorging blijft onveranderd.

Een maand na de start met de behandeling van de gel, vinden de artsen dat die zwarte necroseplek in de wond te weinig verbetering vertoont. De plek zat nog te vast voor een necrotectomie. De artsen besluiten te kiezen voor een ander produkt, Solcoseryl, dat één keer per dag in de wond wordt aangebracht en de granulatie bevordert. Dit wordt de volgende dag en verder steeds om de dag afgewisseld met Flammazinezalf. De stomp wordt verbonden met vochtige gazen en begint er langzaam beter uit te zien.

De conditie van mevrouw Scholten begint nu langzaam te verbeteren. Tien dagen na het nieuwe beleid komt de patiënte voor het eerst uit bed in de rolstoel en wordt de fysiotherapie verder uitgebreid. Na een week is de stomp zo schoon geworden dat er een huidtransplantaat van het bovenbeen op kan worden geplaatst. Het transplantaat slaat goed aan en de patiënte begint nu echt goed op te knappen. De decubituswond op de stuit gaat nu goed vooruit. Nu wordt besloten om het defect weer te behandelen met de Instrasite gel en het foam kussentje om de laatste restjes necrose op te lossen. De sondevoeding kan nu worden gestaakt.

Er wordt nu gedacht aan overplaatsing van patiënte naar een revalidatieafdeling in een verpleeghuis. Na een paar dagen verhuist mevrouw Scholten naar het verpleeghuis, waar het wondverzorgingsbeleid (een keer daags gel en cavity kussentje, wond uitspoelen met fysiologisch zout) wordt voortgezet.

Een jaar na de ingreep gaat het goed met mevrouw Scholten. Ze woont in een aangepaste woning, heeft een rolstoel en een aparte loopstoel. De wond op de stomp is mooi genezen. Ze heeft nog wel fantoompijn. De decubituswond is langzaam kleiner geworden en is nu zo groot als een gulden en een halve centimeter diep. De wondverzorging door de wijkverpleegkundige bestaat op dat moment uit het insmeren met Flammazinezalf en afdekken met Engels pluksel.

Decubituspreventie

Patiënten die een grote vaatoperatie aan de aorta ondergaan, hebben een sterk verhoogde kans op decubitus. Na de operatie volgt een aantal dagen bedrust en zij hebben vaak al een slechte bloedcirculatie. Bovendien wordt tijdens de operatie de aorta tijdelijk afgesloten om de prothese te kunnen aanbrengen. Gedurende die tijd krijgt het lichaam vanaf de plaats waar de klem is gezet, meestal rond of iets boven de navel, geen bloed meer. Ook de huid en de onderliggende weefsels op de meest kwetsbare plekken, met name de stuit, krijgen dan tijdelijk geen zuurstof zodat de kans op decubitus toeneemt. In het Rode Kruis ziekenhuis in Beverwijk worden ter preventie van decubitus bij mensen die een vaatoperatie ondergaan enkele standaard maatregelen genomen. Om de uitwendige factoren die tot decubitus kunnen leiden (drukkrachten) tegen te gaan, krijgen deze patiënten standaard een antidecubitusmatras (luchtmatras). Daarnaast heeft het ziekenhuis goede ervaringen met een pre-operatief aangebrachte hydrocolloïd (Duoderm) op de stuit, die de schuifkrachten vermindert.

Wondconsulent wordt gemaakt in samenwerking met de Woundcare Consultant Society. Deze aflevering van Wondconsult is gemaakt in

samenwerking met de verpleegkundigen van de afdeling chirurgie van het rode Kruis ziekenhuis in Beverwijk en Helga Westerhoff en Rogier Hörcher. Met dank aan Danny Goeman, verpleegkundige bij Smith & Nephew.