

Verpleegkundige zorg bij een entero-cutane fistel.

Fistelloop

Bij een entero-cutane fistel in een buikwond ontstaan er chronische buikwonden die door de agressiviteit van de darmsappen niet dichtgroeien (zie foto 1).

- chirurg.
- verpleegkundige.
- intensivist.
- internist.
- laboratorium.
- bacterioloog.

S. Boesten, verpleegkundige De Wever Ziekenhuis Heerlen



foto 1

De patiënten zijn vaak in een slechte conditie en hebben een verhoogde voedingsbehoefte (i.v.m. wondgenezing). De produktie van de fistel is afhankelijk van de plaats waar deze ontstaan is. Er bestaat snelle manier om te controleren hoe de fistels lopen en/of ze onderling met elkaar in verbinding staan. Dit gebeurt door het inspuiten van een karmijnroodoplossing. Deze stof wordt namelijk niet opgenomen via de darmvilli en wordt weer volledig uitgescheiden via een distale opening. Dit betekent dat deze vloeistof indien door een sonde is ingebracht, na verloop van tijd weer zichtbaar wordt uit een van de entero-cutane fistels. Bewaking van de tijdsduur is belangrijk, daar dit mogelijk iets kan zeggen over de lengte van het darmtraject tot aan de fistel.

Behandeling

De behandeling van fistels is zeer complex. Er bestaan vele problemen die opgelost dienen te worden. De behandeling van fistels vraagt dan ook voor een multidisciplinaire aanpak.

Hierbij zijn o.a. betrokken:

- diëtist.
- fysiotherapie.
- bezigheidstherapie.

Allen leveren ze een bijdrage in het genezingsproces van de patiënt. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de verpleegkundige de persoon is die de patiënt het meeste ziet en dus de meeste signalen van de patiënt opvangt. Dit maakt de verpleegkundige tot aanspreekpunt (intermediair) van alle betrokkenen.

Patiënten met fistels gelegen in een open buik zijn in de acute fase patiënten die op een Intensieve Care afdeling verpleegd worden.

Hier is het stabiliseren van de haemodynamische toestand van de patiënt een belangrijke taak voor intensivist en chirurg.

De bestrijding van infecties en complicaties op pulmonaal, renaal en cardiaal gebied zijn cruciaal.

Verpleegkundige taken:

1. verzorging van de wond en de omliggende huid.
2. opvangen van vocht uit wonden en fistel(s).
3. begeleiding van patiënt en familie.

ad 1.

Een probleem dat zich voordoet bij een patiënt met fistel in een open buik is het doelmatig opvangen van de sappen die uit de buik komen. Deze sappen zijn agressief en bedreigen de huid rondom. Ook het granulatieweefsel van de wond dient te worden beschermd.

Een van de eerste bezigheden voor een verpleegkundige is dan ook het aanbrengen van huidbeschermende middelen rondom de wond.

Wij kiezen meestal voor het aanbrengen van een hydrocolloïd plaat. Deze dient ruim aangebracht te worden, zodat eventuele lekkende vloeistoffen nog opgenomen kunnen worden (zie foto 2). Ontvet de huid voor het aanbrengen met petroleum-aether zodat de plak een goede hechting heeft met de huid.



foto 2



foto 3

Zorg ervoor dat er geen naden ontstaan op het laagste punt van de wond omdat dit altijd lekkage geeft.

Hierna dient de wond nauwkeurig geïnspecteerd te worden. Bij de aanwezigheid van een netje beperkt dit zich tot de wondranden.

Observeer de kleur en geur van de wond. Het afnemen van een wondkweek is geïndiceerd bij verslechtering van de wond of de algehele toestand van de patiënt. Indien het netje geïnfecteerd is, dient dit verwijderd te worden door de chirurg.

De bodem en wondranden dienen beschermd te worden tegen uitdroging en tegen de agressieve sappen.

Wij kiezen voor een eenvoudige oplossing en wel het bedekken van de gehele wond met steriele gazen gedrenkt in NaCl 0,9%. De wond blijft vochtig en het teveel aan sappen wordt deels opgenomen.

Vervolgens wordt een zuigdrainagesysteem aangelegd, om het resterende vocht af te voeren (soms vele liters!) (zie foto 3).

Dit geheel wordt afgedekt met een semi-permeabel folie die er tevens voor zorgt dat er onder het verband een vacuüm ontstaat (essentieel om goed te kunnen draineren) (zie foto 4).

Voor het zuigen kan men kiezen voor een eindstandige drain of een sump-drain (saratoga drain.)

Let bij het aanbrengen van de drain erop dat hij geen weefsel kan aanzuigen. Leg de drain daartoe op b.v. een gaaspunt.

De drain dient natuurlijk op het laagste punt in de wond te worden aangebracht.

Zorg bij een eindstandige drain voor meerdere afzuigopeningen zodat met meer kracht gezogen kan worden en de kans op verstopping verkleind wordt.

Deze constructie kan 24 uur blijven zitten. Hierna dient men alleen de folie en de gazen te wisselen.

Bij necrose van de wondranden kan men uitstekend te werk gaan met Calcium-alginaten. Deze kunnen prima onder een folie aangebracht worden.

In een later stadium, indien de afmetingen van de wond en de darmsapproduktie het toelaat, kan men andere opvangsystemen overwegen (b.v. stoma-opvangmaterialen of Woundmanager *) (zie foto 5).

ad 2.

Zoals bij 1 reeds aangegeven, is het opvangen van vocht een zeer belangrijk item en wel om de volgende redenen:

a. om een goede vochtbalans en vocht-huishouding te realiseren.

b. het vocht dat uit fistels komt is meestal darmvocht dat een aantal belangrijke bestanddelen bevat. Indien het mogelijk is zou men ervoor kunnen kiezen om deze sappen aan de patiënt terug te geven via een distaal stoma/fistel. De sappen dienen dan wel zonder bijmenging opgevangen te worden (evt. "zeven").

c. de sappen zijn agressief en dienen voordat ze schade kunnen aanrichten verwijderd te worden. Tevens zal door deze methode de patiënt niet in een vochtig bed liggen en zal het risico op het ontstaan van decubitus aanzienlijk afnemen.

Ook te tijdrovende en frequente verbandwisselingen behoren tot het verleden.



foto 4

ad 3.

De lijst met verzorgingstaken kan natuurlijk veel langer gemaakt worden. Het gaat tenslotte niet alleen om de fistels in de open buik met zijn problemen. Het gaat om de totale verpleging van de patiënt, die zeker in het begin, vaak in een kritische toestand verkeert.



foto 5

Bronnen:

- * Gastro-Intestinale Fistulas, W. Rinsema.
- * Post Education program, Convatec.
- * WCS Wondenboek, WCS.