

Naadlekkage na maagresectie

Auteur: H. Westerhoff, R. Horchner en E. van Urk
Vertaald/bijgewerkt:
Nieuwsbrief: 1995
Pagina: 12-14
Jaargang: 2
Nummer: 1
Toestemming:
Illustraties:
Bijzonderheden:
Kernwoorden: chirurgische wond naadlekkage casus
Literatuur:

Meneer van Heemstede (77) wordt opgenomen vanwege een groot ulcererend maagcarcinoom. Bij de operatie wordt eren gedeeltelijke maagresectie (volgens Bilioth II) en een miltextirpatie uitgevoerd. Postoperatief ontstaan er complicaties.

Meneer van Heemstede is getrouwd en heeft de ziekte van Alzheimer in een beginstadium. Hij heeft veel last van de maagtumor: hij braakt veel en heeft geen eetlust. In overleg met hem en zijn echtgenote wordt besloten tot chirurgisch ingrijpen. Acht dagen na de operatie krijgt meneer van Heemstede ineens hoge koorts.

Er wordt een infuus ingebracht waardoor meneer van Heemstede antibiotica krijgt toegediend. Er wordt in eerste instantie aan een urineweginfectie gedacht, vandaar dat er ook een blaascatheter wordt ingebracht. De volgende dag wijst de CT-scan uit dat er vocht en lucht in de buikholte zit, wat wijst op naadlekkage. Inmiddels heeft de patiënt ook shockverschijnselen en wordt hij geopereerd.

Daarbij wordt een nettoyage van de buik verricht (de buikholte wordt zoveel mogelijk schoon gemaakt), een defect aan de maag en de distale naad van de maag worden overhecht. De operatiewond wordt weer gesloten. Er wordt een maagsonde ingebracht, in de buik wordt een redondrain achtergelaten (in de holte van Douglas, waar niet aan wordt gezogen) en meneer van Heemstede krijgt een subclaviacatheter met het oog op parenterale voeding. De patiënt mag voorlopig niets per os en wordt de eerste dagen na de heroperatie verpleegd op de afdeling bewaking (IC). De wondverzorging is nu nog ongecompliceerd: het operatielitteken heeft nauwelijks verzorging nodig. Meer aandacht gaat er uit naar decubituspreventie. Vanwege de eerste, grote operatie kreeg meneer Van Heemstede standaard een antidecubitusmatras en een plak hydrocolloïd op de stuit. Hier heeft de verpleging positieve ervaring mee.

Infiltraat

Vier dagen na de heroperatie is er op de thoraxfoto een infiltraat van de long te zien, waarschijnlijk veroorzaakt door een aspiratiepneumonie.

Na een week gaat meneer Van Heemstede terug naar de verpleegafdeling chirurgie.

Twee dagen later (negen dagen na de heroperatie) ontstaat er een flinke lekkage uit de wond

(gelig helder vocht). De wond wordt nu verbonden met grote, absorberende gazen. Deze complicatie duidt op naadlekkage en opnieuw wordt meneer Van Heemstede geopereerd. Tijdens de operatie blijkt de aanvoerende lis van de Roux-Y anastomose half open te liggen. Er wordt een ischaemisch deel van de dunne darm verwijderd en een nieuwe darmnaad gemaakt. De wond wordt opengelaten en afgedekt met in fysiologisch zout gedrenkte gazen, die twee maal daags worden verwisseld. Gestart wordt met Sandostatine (3 maal daags 50 microgram). Dit is een middel dat de darmsecretie moet tegengaan om het risico op een darmfistel te verkleinen.

Twee dagen na deze operatie komt meneer Van Heemstede terug op de chirurgische verpleegafdeling. Ondanks de Sandostatine ontwikkelt de patiënt toch een dunne darm fistel die flink wat vocht produceert. De huid ziet er door de inwerking van agressieve darmsappen rood en geïrriteerd uit. Daarom wordt de stoma- en wondverzorgingsverpleegkundige in consult geroepen. Besloten wordt de Woundmanager te gaan gebruiken. Deze is te vergelijken met een hele grote stomazak, waarin bovendien een luikje zit. De woundmanager is doorzichtig en kan over een grote, lekkende wond worden geplakt. Dit produkt biedt de mogelijkheid de lekkage (vochtproduktie) op te vangen en een goed zicht te houden op de wond. Bovendien beschermt het hydrocolloïd de wondranden. Regelmatig wisseling van de woundmanager is noodzakelijk. Door de plaats van de wond op de buik en de buikplooiën, is fixatie een probleem en ontstaat snel lekkage langs de woundmanager.

De fistel bevindt zich direct boven de navel. In dit fistel is een drain geschoven, aangesloten op zuigdrainage om zo de extreme produktie van de fistel weg te zuigen. Al snel blijkt dat de drain uit de fistel schiet omdat de drain niet goed kan worden gefixeerd.

Foamverband

Er wordt een oplossing gezocht om de drain beter te fixeren. Gekozen wordt voor het inbrengen van een maagsonde in de fistel. Op de buik wordt een foamverband (Coldex) aangebracht. Dit is een huidvervangend materiaal dat veel vocht kan absorberen. Het wordt steriel op maat geknipt. De geïrriteerde wondranden worden ingesmeerd met barrièrecrème. Dit is een huidbeschermend middel.

Als je de crème goed dun uitsmeert, blijft het beschermend werken en is het tegelijkertijd mogelijk er een wondbedekker op te plakken. Over de wond wordt een doorzichtig wondfolie (Opsite) geplakt. Door op de maagsonde zuigdrainage aan te sluiten, ontstaat er onder het folie een vacuum. Deze aanpak blijkt succesvol.

De wondverzorging bestaat vooral uit controle van de zuigdrainage en inspectie van het wondgebied. Het verband (Coldex, barrièrecrème, Opsite, drain) kan nu langer blijven zitten en wordt om de drie à vier dagen verwisseld.

Ook met de zuigdrainage bleek het mogelijk meneer Van Heemstede op de stoel te mobiliseren. Twaalf dagen later is de fistel niet meer produktief. De zuigdrainage wordt voorlopig nog wel voortgezet omdat de patiënt van de parenterale voeding moet overschakelen op orale voeding. Daarbij kan de fistel weer gaan produceren. Meneer Van Heemstede begint voorzichtig met het eten van wat yoghurt en de fistel begint prompt weer vocht te produceren.

Opnieuw mag de patiënt niets per os. De vochtproduktie stopt ook weer. Vijf dagen later wordt de zuigdrainage afgekoppeld. In de wond wordt nog steeds het foamverband achtergelaten dat wordt gefixeerd met Opsite. Meneer Van Heemstede wordt nog steeds

parenteraal gevoed.

Twee dagen later is de wond zover genezen dat allen nog droog, steriel verbinden nodig is. Na vijf dagen wordt de Sandostatine gestopt. Drie dagen daarna start de patiënt met een streng vloeibaar dieet. Ditmaal heeft dat succes. Meneer Van Heemstede krijgt nu echter last van slikproblemen. Daarnaast vergt de ADL-training nogal wat tijd.

Inmiddels is de wond genezen en is wondverzorging niet meer nodig.

Twee dagen later krijgt meneer Van Heemstede ineens hoge koorts. Uit allerlei onderzoek moet worden uitgesloten dat de oorzaak zich in de buik bevindt. De buik blijft ook soepel. Na twee dagen is de koorts verdwenen, de oorzaak van de koorts is nooit gevonden. De patiënt knapt steeds verder op en mag, na een ziekenhuisverblijf van bijna drie maanden, naar huis. De wijkverpleging wordt ingeschakeld voor hulp bij de wasbeurt.

Wondconsult wordt gemaakt in samenwerking met de Woundcare Consultant Society. Deze aflevering is gemaakt in samenwerking met de verpleegkundige van de afdeling chirurgie van het Rode Kruis ziekenhuis in Beverwijk en Helga Westerhoff, Rogier Hörchner en Elly van Urk.