

Fistels en "Platzbauch".

H. Brull/L. Gelissen,
verpleegkundigen De
Wever Ziekenhuis
Heerlen

Voorgeschiedenis:

Patiënt, 63-jarige heer, is met spoed opgenomen met een symptomatische aorta-aneurysma (AAA). Hij ondergaat hiervoor een operatie waarbij een aorta-bifurcatie-prothese wordt ingebracht. Post-operatief ontstaan pulmonale problemen. Tijdens een hevige hoestbui valt de wond open: een "Platzbauch"
(de wond valt open inclusief de fascie).
Weer is een ingrijpende operatie noodzakelijk!



foto 1



foto 2

Na een grote abdominale ingreep moet men hier altijd op bedacht zijn. Meestal is de algehele conditie van patiënt matig tot slecht. Bij de wondinspectie vooral letten op lymfhe-lekkage. Indien de wondranden de neiging hebben van elkaar te wijken en tussen de hechtingen een gele, vetachtige weefselstructuur zichtbaar wordt, is de kans op een volledige wond-dehiscentie groot. Het aanbrengen van een adequaat sluitlaken (b.v. Hartmann) ter ondersteuning van het wondgebied is aan te raden. Een op maat gemaakt gipskorset of schild is nog doeltreffender daar in een dergelijk schild uitsparingen aangebracht kunnen worden voor de drainage-slangen. Tevens zorgt het voor een gelijkmatigere drukverdeling over het gehele abdomen. De patiënt ervaart dit ook als veel aangenamer.

Bedrust en extra toediening van eiwitten, gerelateerd aan de verbruikte calorieën behoort zondermeer tot de therapie (inschakelen diëtiste voor bepalen van voedingsbehoeften, denk aan de extra eiwit-behoefte i.v.m. wondgenezing).
Tevens kreeg de patiënt ademhalingsoefeningen en instructies hoe hij, m.n. bij eventuele hoestprikkels, het aanspannen van de buikspieren zoveel mogelijk kon ontzien (door fysiotherapeut). Ook kreeg hij bewegingsoefeningen om spieratrofie te voorkomen.

De steunhechtingen werden aangebracht om de fascie te sluiten. Echter door de spanning op deze draadkabels en de hoge beademingsdruk (patiënt werd geruime tijd beademd) nam ook de, reeds in de anamnese bestaande, pulmonale problematiek toe.

De chirurg probeerde de spanning te verminderen, wat een negatief vervolg kende: de buik viel namelijk wederom open.

Nu werd een netje geïmplanteerd, om de intra-abdominale druk op te vangen en de darmen op hun plaats te houden. Op termijn, na verbetering van de algehele conditie van de patient, zou het defect weer gesloten worden.

Patiënt kwam na een voorspoedig herstel op de care-afdeling weer op de verpleegafdeling terug. Het ingenaaide netje was goed zichtbaar in de wond (zie foto 1). De wond groeide mooi dicht; het granulatieweefsel groeide door de mazen van het netje (zie foto 2). Op termijn zou dit een grote litteken-plaat worden.

Na twee maanden ging de patiënt met

ontslag om thuis verder te herstellen. Hij was goed opgeknapt, de pulmonale problemen waren volledig verdwenen en hij was, zij het met enige hulp, ADL-zelfstandig. De eerste-lijns-zorg werd ingeroepen voor de verdere wondverzorging.

De wond genas voorspoedig. Het netje was na verloop van tijd vrijwel geheel bedekt met granulatieweefsel.

Echter drie weken na ontslag werd de patiënt met spoed opgenomen, in verband met hoge koorts en een "pus-sende" buikwond.

Het netje was geïnfecteerd geraakt en moest verwijderd worden. Bij deze ingreep ontstonden **darmfistels** (zie foto 3), daar het netje met de darm-massa vergroeid was.

De patiënt wachtte weer een lange herstel- en verzorgingsperiode.

De verzorging van een patiënt met een darm-fistel

Na een kortstondig verblijf op de intensive-care afdeling, de patiënt is haemodynamisch en pulmonaal stabiel, werd hij weer naar de verpleegafdeling overgeplaatst.

Behalve de verpleegkundige zorg en de wondbehandeling, was nu ook verdere diagnostiek noodzakelijk om de fistel(s) 'in kaart te brengen'.

Er bestaat een snelle en relatief eenvoudige en patiëntvriendelijke manier om te controleren hoe de fistels lopen en om vast te stellen of ze onderling met elkaar in verbinding staan. Dit gebeurt d.m.v. toediening van een karmijnrood-oplossing.

Bij deze patiënt zal dit zeker kort zijn, gezien de grote produktie van de darmsappen (zgn. 'high output fistel').

Indien de karmijnrood-oplossing zichtbaar is uit meerdere fistels, is er waarschijnlijk sprake van een overloop.

Inspuiting van de karmijnrood-oplossing in de niet-producerende fistel(s) geeft vervolgens een indicatie of de fistels onderling met elkaar in verbinding staan. Dit alles is belangrijk om te weten, daar bovenstaande bevindingen bepalen of de patiënt gevoed kan worden door middel van sondevoeding.

Enterale voeding verdient overigens de voorkeur boven parenterale voeding. Bij deze patiënt was enterale voeding echter niet mogelijk doordat het resterende, intacte darmtraject te kort was om voldoende voedingsstoffen te kunnen opnemen.

In verband met een mogelijke (recidiverende) infectie van de broekprothese via de subclavia-catheter, waarlangs de

patiënt tot dan parenteraal gevoed werd (TPV en vet-emulies), werd besloten om een Port-A-Cath te plaatsen. Deze kan namelijk langdurig blijven zitten en de kans op een infectie is beduidend kleiner. Ook gezien de enorme hoeveelheid vochtverlies (via de fistels), was bij deze patiënt parenterale voeding en vochttoediening essentieel.

Van de vier fistels waren er in het begin een tweetal productief: de distale fistel en natuurlijk de proximale fistel. Later bleef alleen nog de proximale fistel actief. Deze produceerde ca. 4-6 liter per 24 uur.

Behalve deze enorme productie waren er natuurlijk een veelheid aan andere verzorgingsproblemen waarmee de verpleegkundigen geconfronteerd werden.

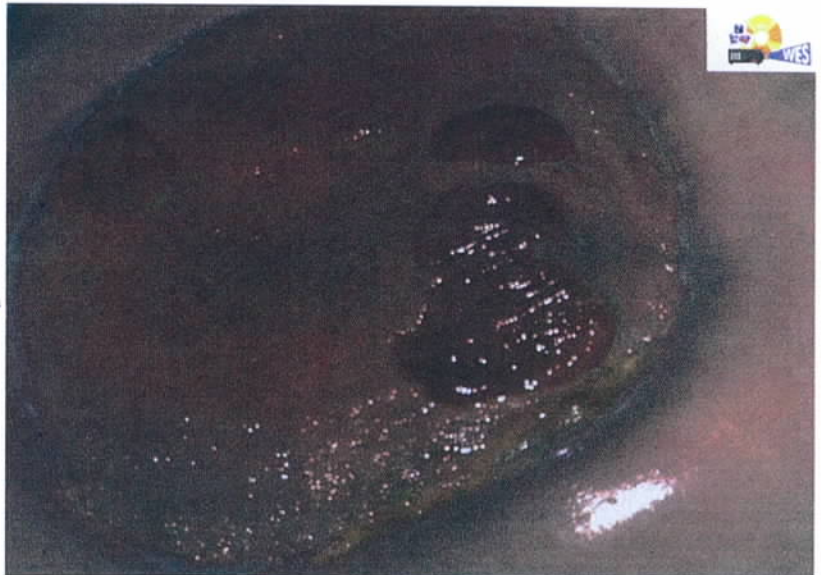


foto 3

Verpleegproblemen.

* Begeleiding van de patiënt en de familie. Na een eerder, langdurig verblijf in het ziekenhuis, moesten zij wederom rekenen op een langdurige opname. (zie ook: De patiënt en de psycho-sociale aspecten bij de wondverzorging).

* De verpleging had te maken met een grote wond (ca. 15 bij 10 cm) en een dunne darmfistel die enorm produceerde. Indien deze sappen niet adequaat opgevangen werden, moest de wond meerdere malen per dag verzorgd worden. Dit betekende voor de patiënt meerdere malen per dag geconfronteerd worden met de wond en voor de verpleging een enorme werkbelasting.

* Bescherming van de wond, de wondranden en de intacte huid rondom het defect, tegen de agressieve darmsappen.

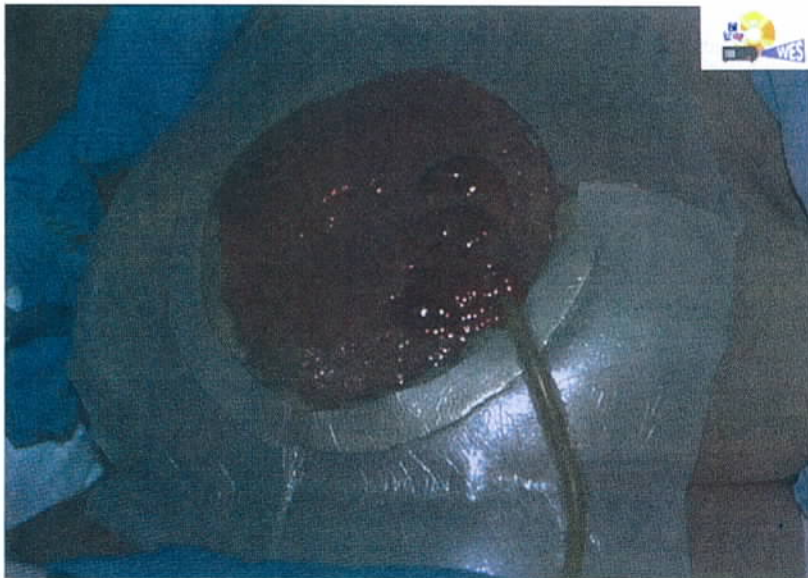


foto 4



foto 5

De dunne darm-inhoud geeft bij contact met de huid of wond forse problemen.

* Complexe wondverzorging, daar de opvang van de fistelproductie en verzorging moeilijk is. Dit vraagt om een deskundige en ervaren benadering en het gebruik van specifieke afzuigapparatuur en wondverzorgingsproducten.

* Goede controle op intake en output door het bijhouden van een uitgebreide vochtbalans). De produktie bedroeg meer dan vier liter per dag.

* Door de landurige bedrust is decubituspreventie noodzakelijk.

Wondverzorging.

Belangrijk is om aandacht te besteden aan de bescherming van de omliggende, intacte huid en de opvang van de agressieve darmsappen. Tevens dient de wond zodanig verzorgd te worden dat het tere granulatieweefsel zo min moge-

lijk wordt beschadigd.

Het probleem van de huidbescherming is met de hydro-colloïd-producten geen probleem meer (zie foto 4). Opvang van de sappen werd gerealiseerd door het inbrengen van een blaascatheter in de onderste fistel en het voorzichtig opvullen van de ballon. Om eventuele lekkage langs de catheter op te vangen, werd een tweede catheter naast en onder de fistel gelegd (zie foto 5). Op beide catheters werd een zuigdrainage aangesloten en werd met ca. 15 tot 20 cm/water gezogen.

Doordat de blaascatheter opgeblazen is, komt de punt van de catheter niet in contact met de darmwand (voorkomt vacuüm zuigen). Echter door het opblazen van de balloncatheter en de druk van de ballon op de darmwand werd een prikkeling veroorzaakt die zorgde voor peristaltische golfbewegingen van de darm. De catheter wordt hierdoor naar buiten geduwd.

Plaatsing van een verbandrol, gefixeerd op de buikwand, hielp om de catheter op zijn plaats te houden. Zo functioneerde de drainage meestal perfect. Echter de darm zal de blaascatheter d.m.v. de darmperistaltiek uit de fistel proberen te duwen.

De catheter naast de fistel werd schuin afgesneden en met de schuine kant naar de fistel gericht, gefixeerd. Hierdoor kon deze zich ook niet aan de fistel of wond vastzuigen. Aan de achterkant en de onderzijde van de catheter werd stomahesive pasta aangebracht. Zo ontstond een soort wal, waardoor de darmsappen niet konden wegstromen en via de catheter werden opgezogen.

Het gehele wondgebied, inclusief de afzuig-catheters, werd daarna afgedekt met steriele gazen, gedrenkt in NaCl 0,9%.

Hierover werd een doorzichtig folie aangebracht om een vacuüm te verkrijgen (onmisbaar voor een goede drainage) (zie foto 6).

Bij een zorgvuldige verzorging hield dit systeem 24-48 uur. Zowel voor de patiënt als voor de verpleging was dit een goede oplossing. De patiënt werd minder vaak geconfronteerd met de enorme open buikwond en het fistelvocht werd opgevangen door het drainagesysteem.

Nota bene

Deze casuïstiek is zeer complex. Een goede, multi-disciplinaire samenwerking met een groot aantal ingeschakelde specialismen, is van wezenlijk belang gebleken.

Er zal uitgebreide diagnostiek moeten plaatsvinden en na enige maanden zal moeten worden geprobeerd om de darmcontinuïteit te herstellen. Tot die tijd zal men trachten de fistelproductie te verminderen door middel van medicamenten (somatostatine).

Door een volledige parenterale voeding dienen alle tekorten aangevuld te worden.

Tevens zal men beducht moeten zijn op de mogelijke bedcomplicaties t.g.v. de langdurige bedverpleging met de daaraan gekoppelde immobiliteit.

Verpleegkundig is het belangrijk de wond- c.q. de fistellekkage beheersbaar te houden, zodat de confrontatie en werkbelasting tot een minimum beperkt blijft.



foto 6

De gehele wondbehandeling en de gebruikte materialen werden uitvoerig beschreven op een speciaal ontworpen formulier (zgn. Wondregistratielijst), welke in het verpleegkundig dossier werd bewaard. Eventuele veranderingen in de verzorging werden hierop aangetekend. Om het verloop en de ontwikkeling in de wondbehandeling en -genezing te documenteren, werden tevens geregeld pollaroid-foto's genomen (met toestemming van de patiënt). Ook deze werden in het dossier bewaard. De foto's bewezen ook hun dienst bij de artsen-visitatie (o.a. vermijden van onnodige verbandwisselingen).

De patiënt en zijn familie zullen begeleid en voorbereid moeten worden op elke ingrijpende verandering.

Psychische ondersteuning is belangrijk, mogelijk moet hiertoe aanvullende professionele hulp ingeschakeld worden.

Bronnen:

- * Gastro-intestinale Fistulas, W. Rinsema.
- * Post Education Program, Convatec.
- * WCS Wondenboek, WCS.