

Behandel flexibel: kijk regelmatig naar de wond en pas de behandeling daar op aan.

Auteur: R. van der Most

Vertaald/bijgewerkt:

Nieuwsbrief: 1996

Pagina: 3

Jaargang: 9

Nummer: 1

Toestemming:

Illustraties:

Bijzonderheden:

Kernwoorden: wondbehandeling trauma traumatologie chirurgische wonden
brandwonden kinderen kindermishandeling

Literatuur:

Dr. Patka, een rijzige man, aan het academisch ziekenhuis van de VU verbonden als traumatoloog. Hij geeft de voorkeur aan de term ongevals–chirurg, omdat, zo verklaart hij in uitstekend Nederlands met een licht Oost-Europees accent, ‘die term de aard van mijn werk preciezer weergeeft’. Een traumatoloog wordt nog wel eens aangezien voor iemand die (ook) geestelijk letsel - een trauma - behandelt, maar dat doet een psychiater. Het ijs is gebroken en ontspannen en geanimeerd wisselen dr. Patka en ik van gedachten over open en gesloten wondbehandeling. Ervaren als hij is, staat bij dr. Patka vooral flexibiliteit hoog in het vaandel: kijken en – op het juiste moment – de behandeling aanpassen aan hetgeen je ziet. Ook maken we in het gesprek een paar uitstapjes: naar de ANWB Alarmcentrale en naar kindermishandeling. Een aimabel gesprek met een aimabele man. Ron van der Most in gesprek met dr. P. Patka, ongevals–chirurg op de afdeling Spoedeisende Hulp van de VU in Amsterdam.

Er is kontakt tussen de VU en de ANWB alarmcentrale, waarover ik anaesthesist Piet Burggraaf heb geïnterviewd. Bent u hier ook bij betrokken?

“De coördinatoren vanuit de VU zijn Piet Burggraaf en Jan van Dijk. Bij de opzet ben ik ook betrokken geweest. Vanuit de afdeling ongevals–chirurgie, waarvan ik hoofd ben, ben ik betrokken bij repatriëring van met name mensen met letsels. Als beide coördinatoren onbereikbaar zijn, ben ik hier het aanspreekpunt.”

Jaargetijde

Wat voor soort wonden ziet u hier? In hoeverre speelt het daarbij een rol, dat het VU Ziekenhuis in Amsterdam ligt?

“Dat varieert van secundaire geïnfecteerde wonden tot primaire wonden als verkeersletsel, beetwonden, schaafwonden, suïcide– pogingen, maar ook contusies: inwendige beschadiging van de weke delen. In Amsterdam is alles te krijgen. Ik heb de indruk dat het aantal schot– en steekwonden toeneemt. Er zijn ook wonden, die een piek vertonen in een bepaald jaargetijde. Als er ‘s zomers veel gebarbequed wordt, stijgt het aantal brandwonden; in december gebeurt

hetzelfde door olie van het oliebollen–bakken en natuurlijk door vuurwerk. Rond de jaarwisseling hebben met name de oogartsen het erg druk; mensen met ernstig letsel aan vooral de handen komen dan bij ons. Je ziet wel een paar van zulke gevallen, maar eigenlijk valt het wel mee.”

Elk van de soorten wonden die u noemde, vereist natuurlijk weer een andere behandeling. Zijn er desondanks bepaalde algemene principes die u hanteert?

“Bij wonden die wij binnen zes uur na het ontstaan kunnen behandelen en die niet (grof) gecontamineerd zijn, passen wij débridement toe, wondtoilet, wondexcisie en primaire sluiting. Wonden die wel gecontamineerd zijn, bijvoorbeeld door een vleesmes, of die ouder zijn dan zes uur – de zogenoemde ‘Friedrichse periode’ – behandelen we open of gedraineerd; de ontstoken wonden maken we ruim open en behandelen we open. Bij de keuze: open of gesloten behandelen, hangt ook veel af van de precieze aard en lokatie van de wond. Een beetwond in de hand behandel je open, maar een beetwond in het gelaat half of geheel gesloten. Als het slachtoffer aan normale sluiting een ernstig litteken in het gelaat zal overhouden, wordt er overigens meteen een plastisch chirurg geconsulteerd.”

Open of gesloten

Heeft u als chirurg in het algemeen een voorkeur voor open, of voor gesloten wondbehandeling?

“Vanuit mijn chirurgische benadering ben ik gauw geneigd prioriteit te geven aan open wondbehandeling. Het lichaam heeft zelf een grote potentie om een wond te laten genezen, mits goed gevoed. Ik ben van mening dat wonden veel te vaak bedekt worden, om ze aan het zicht te onttrekken.”

Dat klopt, maar er staat tegenover dat gesloten wondbehandeling de fibroblasten en de vorming van granulatieweefsel beter stimuleert. Als een open wondbehandeling resulteert in korstvorming, kunnen de epitheelcellen daar moeilijk doorheen komen, hetgeen de genezing vertraagt.

“Is de wond duidelijk gecontamineerd of niet? Daar hangt veel van af. Betreft het een (redelijk) schone wond en behandel je binnen zes uur, dan moet je inderdaad de kans van gesloten behandeling grijpen. Dat is zo. Maar vaak worden ook wél ernstig gecontamineerde letsels van de extremiteiten gesloten behandeld. Dat is vragen om moeilijkheden! Dergelijke wonden hou je open, om ze pas secundair of zelfs tertiair te sluiten. Zelfs een wond na bijvoorbeeld appendectomie wegens perforatie van de appendix wordt, met name door jonge artsen, nog wel eens gesloten, omdat het anders ‘een vreselijk gezicht’ is. Ikzelf pieker daar niet meer over, omdat ik gezien heb wat er dan kan gebeuren!”

Granulatie

Ik ben het helemaal met u eens; de buik sluiten na perforatie van de appendix lijkt me zelfs een kunstfout! Maar een dergelijke wond, ook een platzbauch bijvoorbeeld, gaat na verloop van tijd granuleren. Dan is het wellicht tijd voor een gesloten behandeling en kan er bijvoorbeeld een hydrocolloïdaal verband op.

“Dat gebeurt meestal ook, het is op dat moment de beste behandeling. Het stimuleert de granulatie en kan enige tijd blijven zitten. Bij een open–buikbehandeling plakken we de randen van de wond af met DuoDERM, ter bescherming tegen agressieve lichaamssappen. DuoDERM E is ook zeer geschikt als je ergens tracties op moet aanbrengen. Je neemt dan strips die je niet op de wond, maar op het hydrocolloïd aanbrengt. Daarvoor gebruik ik ook

DuoDERM E.

En bij primair gesloten wonden?

“Ook dan is een hydrocolloïdaal verband soms goed te gebruiken. Een schaafwond is daar bij uitstek een geschikte wond voor. Omdat je het verband dan rustig enige dagen in situ kunt laten, is het bovendien niet duur.

Ik moet wel bekennen dat we, zeker bij primair gesloten wonden, vaker geneigd zijn een conservatieve behandeling toe te passen: tules en droog verband. We gebruiken ook veel zilver sulfadiazine als wondbedekking, bij brandwonden maar ook bij andere wonden.”

Zilver sulfadiazine

Zilver sulfadiazine werkt verkoelend en dempt de pijn. Verder kun je zeggen dat zilver sulfadiazine ontsmettend is, maar ook dat een brandwond in principe niet meer dan gecontamineerd is en dus geen ontsmetting behoeft. Erger nog is, dat zilver sulfadiazine de activiteit van de fibroblasten en endotheelcellen remt. Moet je zilver sulfadiazine dan wel gebruiken bij brandwonden?

“De toepassing van zilver sulfadiazine is beperkt tot eerste- en oppervlakkige tweedegraads brandwonden. Bij diepe tweedegraads of zelfs derdegraads brandwonden vind ik niet dat je hydrocolloïden primair moet toepassen; in eerste instantie moet je denken aan een excisie door de plastisch chirurg, of aan een donorsite. Bestaat er twijfel over de graad van de brandwond, dan gaan er in eerste instantie hydrocolloïden op, of ook wel tule, en dan komen we de volgende dag voor een herbeoordeling. We staan wel open voor nieuwe wondbedekkers. Voor gecontamineerde wonden bijvoorbeeld gebruiken we nu zeewier: alginaten, zoals Kaltostat. Het betreft dan vaak een klinische behandeling. Alginaten werken reinigend en kunnen enige tijd in situ blijven. Met ‘reinigend’ bedoel ik niet dat er necrose of vuil wordt opgeruimd, maar dat de wond wordt ontdaan van een teveel aan vocht. Vroeger gebruikten we voor nattende wonden vaak dextranomen, maar nu niet meer; waarom weet ik eigenlijk niet precies.”

Dextranomen absorberen wondvocht bijzonder goed – misschien wel te goed! Dat zet de wond aan, om nog meer vocht te gaan produceren. Daar moeten dan weer dextranomen op en zo blijf je aan de gang.

“Wij pasten dextranomen veel toe bij een diepe decubitus, waar nog veel necrose in zat – dan werkte het prima. Maar je moet er niet eindeloos mee doorgaan. Het is van groot belang dat je op een gegeven moment vaststelt: we zijn nu zover, dat er een ander verbandmateriaal kan worden toegepast! Bijvoorbeeld stoppen met Kaltostat en overgaan op hydrocolloïden. Flexibel behandelen. Je kijkt voortdurend naar de wond en past je behandeling, wanneer nodig, aan op hetgeen je ziet.”

Kindermishandeling

Nog een uitstapje: er komen hier ook kinderen op de eerste hulp. Er zullen gevallen tussen zitten van kindermishandeling. Voor de diagnostisering daarvan is een protocol opgesteld door prof. dr. Kompernelle [zie Wondkrant 3, 1994]. Was u daar ook bij betrokken? De vraag naar een protocol kwam van úw afdeling.

“Ik was daar inderdaad bij betrokken. Met name de verpleegkundigen gaven aan, behoefte te hebben aan een protocol. Kindermishandeling is vaak moeilijk te herkennen. Het is een onderschat probleem, komt vaker voor dan wordt onderkend. Zeker als arts concentreer je je primair op de behandeling van het letsel, niet op de omstandigheden waaronder dat letsel tot

stand is gekomen. Aan de hand van de negen W's van het protocol kun je checken of je moet denken aan kindermishandeling.”

Merkt u in de praktijk dat er met behulp van het protocol meer gevallen van kindermishandeling worden onderkend?

“Jazeker; het protocol stelt zowel artsen als verpleegkundigen in staat, adequater op kindermishandeling te reageren. Ik kan dit statistisch nog niet onderbouwen, aangezien het onderzoek dat wij hieraan hebben verbonden, nog niet is afgerond. Vast staat evenwel, dat er meer gevallen herkend worden. Of deze gevallen ook altijd te boek komen als kindermishandeling, durf ik nog niet te zeggen. Het protocol biedt niet alleen een handvat tot herkenning van kindermishandeling, maar ook richtlijnen die je vertellen wat je met zo'n vermoeden moet doen, zonder de betrokkenen al te zeer te kwetsen. Dat is voor artsen en verpleegkundigen een duidelijk houvast. In plaats van hun ogen te sluiten, kunnen zij nu bij een vermoeden van kindermishandeling de kinderarts bellen. Ze staan niet alleen. De kinderarts kan een gesprek hebben met de ouders of begeleiders van het kind, of met het kind zelf, om te zien of het vermoeden juist is.”

In vrij korte tijd hebben veel aspecten van wondbehandeling de revue gepasseerd (en meer dan dat). Ervaring en flexibiliteit geven de opvattingen van dr. Patka, tegen het licht gehouden, een fraai genuanceerde veelkleurigheid.

Ron van der Most