

Veelzijdig symposium oncologische wondverzorging: Oncologie eist multidisciplinaire aanpak

Auteur:	Anonimus
Vertaald/bijgewerkt:	
Nieuwsbrief:	1996
Pagina:	13-14
Jaargang:	9
Nummer:	3
Toestemming:	
Illustraties:	
Bijzonderheden:	
Kernwoorden:	oncologische wonden symposiumverslag symposium
Literatuur:	

Op 4 juni jl. vond in 't Spant te Bussum het symposium 'Oncologische wonden: een probleem?' plaats. De belangstelling was bijzonder groot, getuige het feit dat het aantal aanmeldingen ruimschoots het aantal beschikbare plaatsen overtrof.

De acht sprekers behandelden zowel de classificatie van wonden, de chirurgische en radiotherapeutische mogelijkheden, de inschatting van de waarde van wondkweken en de psychosociale aspecten. ConvaTec had in samenwerking met de Woundcare Consultant Society (WCS) en de Vereniging Voor Oncologie Verpleegkundigen (VVOV), voor deze brede opzet gekozen, omdat alle aspecten in de praktijk immers nauw samenhangen. Dit bleek ook tijdens de geanimeerde paneldiscussie die aan het eind van de dag plaats vond onder leiding van dagvoorzitter mevrouw drs. H. Ketelaar (foto boven), hoofdverpleegkundige van de afdeling dermatologie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht.

“Voor wie zijn oncologische wonden een probleem?”...

vroeg Jos Noyen, verpleegkundig specialist van het Eemlandziekenhuis Amersfoort zich in de eerste lezing af. Uiteraard is oncologie vooral (levens)bedreigend voor de patiënt. Een ander risico voor de patiënt is de toenemende isolatie. Vaak moet worden gestopt met werken. Patiënten zullen alles in het werk stellen om de wonden te camoufleren, zodat negatieve reacties uit de omgeving wegblijven. Hulpverleners moeten in het tempo van de patiënt (en dat is vaak erg traag) ingaan op de belevingswereld van de oncologie-patiënt. Gebeurt dit te snel dan is de effectiviteit van de begeleiding gering. In een goede interactie met oncologie-patiënten speelt non-verbale communicatie een belangrijke rol. Er moet veel aandacht worden gegeven aan de psychosociale gevolgen, zodat het sociaal functioneren van de patiënt kan verbeteren. Hij moet zich zo goed mogelijk uiten en zijn gevoelens uitspreken; alle problemen die hij daarbij ervaart moeten serieus worden genomen. Het is, bijvoorbeeld, onverstandig de schending van het uiterlijk te bagatelliseren. Ook moet gerespecteerd worden dat oncologie-patiënten zich enerzijds echt patiënt voelen, maar die rol anderzijds niet

accepteren. Ze proberen zich er van los te maken, maar lopen dan tegen grote obstakels op, bijvoorbeeld de onaangename geur van een grote wond. Alleen al in verband met dit dilemma moet aan de esthetiek grote waarde worden toegekend.

”WCS-visie op oncologische wonden: een zorg voor de toekomst”...

meende de WCS bij monde van Joke Campo, sectorhoofd en bestuurslid van die vereniging. Zij legde uit dat het de taak van de Woundcare Consultant Society is om kennis op het terrein van wondbehandeling en -verzorging te bundelen en te verspreiden. Zij beschreef de indeling van oncologische wonden zoals de WCS die heeft opgesteld. Belangrijk voor een goede beoordeling, behandeling en verzorging van wonden is de lokalisatie en de ernst. Tot slot wees ze op het grote belang dat gehecht moet worden aan het opstellen van een wondbeleid en een behandelplan. Er is nog veel te verbeteren op dit terrein, reden waarom oncologische wonden een grote zorg voor de toekomst zijn.

“Je gaat met de techniek naar huis, maar wat dan?”...

vroeg Ineke Elswijk verpleegkundig consulent zich af. Oncologische pijnbestrijding krijgt terecht steeds meer aandacht. De Daniël den Hoedkliniek heeft een project transmurale zorg opgestart voor patiënten die in verband met chronische pijn invasieve pijnbestrijding behoeven (dus continue toediening van medicatie middels een draagbare pomp). De ondersteuning door de twee in het project betrokken verpleegkundigen is onder meer gericht op kennisoverdracht aan huisartsen en wijkverpleegkundigen. De wijkverpleegkundigen worden geïnstrueerd over de praktische aspecten van de thuiszorgtechnologie (i.c. de pompjes). De huisarts krijgt informatie van de anesthesioloog over de medische behandeling. Bij de verzorging van oncologiepatiënten speelt pijnbestrijding een essentiële rol. Ineke Elswijk onderscheidde drie typen wonden. Als een wond naar verwachting zal genezen (bijvoorbeeld bij wonden die zijn ontstaan tijdens de ingreep) moet pijnbestrijding tijdens de behandeling worden afgebouwd. Thuiszorg technologie komt dan niet aan de orde. Wonden die niet meer genezen behoeven symptomatische behandeling. Goede pijnbestrijding is zeer belangrijk in verband met de kwaliteit van het leven. Invasieve pijnbestrijding is vaak noodzakelijk. De verpleegkundige moet kennis hebben van incidentele extra pijnbestrijding via het infuus (‘een shotje geven’). Het is ook mogelijk dit de patiënt zelf te laten doen. Hiervoor zijn technische hulpmiddelen beschikbaar. De derde groep lijkt sterk op de tweede, omdat de behandeling symptomatisch is. Het betreft patiënten die in een zeer slechte conditie huiswaarts gaan, vaak om thuis te sterven. Pijnbestrijding moet plaatsvinden met zo min mogelijk technologie, omdat hulpmiddelen de kwaliteit van leven negatief kunnen beïnvloeden. De wijkverpleegkundige heeft tot taak voldoende kennis op te bouwen over technologie en psychosociale aspecten van begeleiding van oncologiepatiënten, zodat de hulp zo natuurlijk en ‘gewoon’ mogelijk kan verlopen.

“Bestaat er, chirurgisch gezien, wel zoiets als een oncologische wond?”...

Chirurg O.J. Repelaer van Driel van het Diaconessenhuis Eindhoven stelde zich die vraag bij de aanvang van zijn lezing. In veel gevallen moet die vraag ontkennend worden beantwoord. Een buikwond na sigmoïdrectomie als gevolg van een carcinoom is bijvoorbeeld dezelfde als

na een sigmoïdrectomie ten gevolge van diverticulitis. Ook huidwonden ontstaan na verwijdering van een huidmelanoom of mammacarcinoom. Deze moeten hetzelfde worden behandeld als na ingrijpen bij soortgelijke benigne tumoren. Maar toch gaat deze regel niet altijd op. In een aantal soorten wonden staat de oncologische achtergrond op de voorgrond. Na lymfkliertoiletten moet nadrukkelijk worden gezorgd dat de huidlap postoperatief vitaal blijft. Seroomvorming bedreigt immers de genezing van de overliggende huid. Ook bij huidlappen na mamma-amputatie bestaat het gevaar van necrose. Repelaer van Driel wijst nadrukkelijk op het feit dat het te eenvoudig is om oncologie alleen op basis van wondgenezingsaspecten al dan niet als factor van belang te betitelen.”

“Maak onderscheid tussen vroeg- en laattijdige gevolgen van radiotherapie”

is het advies van dr. H. Martijn, radiotherapeut van het Catharina Ziekenhuis Eindhoven. De ioniserende straling die wordt gebruikt bij radiotherapie dient om kwaadaardige cellen te doden, maar tegelijk het gezonde weefsel zo veel mogelijk te sparen. Het doel van bestraling kan curatief, palliatief of electief zijn. In het eerste geval wordt genezing nagestreefd. Bij palliatieve behandeling wordt getracht de tumorgroei te beperken, zodat klachten worden verminderd of voorkomen. Electieve bestraling is gericht op uitzaaiingen die verwacht kunnen worden op een bepaalde plaats maar daar nog niet zijn aangetoond. Bij curatieve en electieve bestraling worden hoge doses toegediend, wat vaak leidt tot klachten als gevolg van de behandeling. Vroegtijdige klachten zijn afhankelijk van de bestralingsplaats, grootte van het bestralingsveld en de gegeven stralingsdosis. Algemene bijwerkingen zijn ‘malaise’, moeheid en misselijkheid; ze verdwijnen geleidelijk vanzelf. Lokale bijwerkingen zijn uiteraard van de plaats van bestraling afhankelijk. De huid kan letsels oplopen; behandeling is vooral gericht op het drooghouden van het huidoppervlak en het verminderen van jeuk. Ook moeten infecties worden voorkomen. Haaruitval is slechts tijdelijk. Alleen bij zeer hoge doses kan het permanent zijn. Het slijmvlies van mond, keel en slokdarm kan geïrriteerd raken door bestraling. Ook dan moeten profylactische maatregelen worden genomen (spoelen, behandeling met antibiotica). Kunstspeeksel kan uitkomst bieden als de speekselklieren zijn aangetast. Een hoestprikkel als gevolg van bestraling van de borstkas kan met codeïne worden onderdrukt. Misselijkheid, braken en diarree kunnen een bijwerking zijn na radiotherapie in de buikregio. Dieet, anti-emetica en imodium kunnen helpen de klachten te verminderen. Ook moeten voedingsadviezen worden gegeven. Vroegtijdige klachten beginnen twee weken na aanvang van de bestraling en eindigen 2 à 3 weken na beëindiging ervan.

Laattijdige klachten treden pas op een jaar na bestraling. Ze uiten zich in teleangiëctasieën en het dunner en droger worden van de huid. Manuele lymfdrainage, lymfpress of steunkous kunnen uitkomst bieden als lymfoedeem optreedt. Een andere laattijdige bijwerking is proctitis. Laattijdige bijwerkingen zijn vrij zeldzaam dankzij de verbeterde kwaliteit van bestralingstechnieken.

“Beheersen van de wond is vaak belangrijker dan genezen”

meent Hildegard Buijl, wondverzorgings-, stoma- en incontinentieverpleegkundige van de Daniël den Hoed kliniek. Genezen is immers lang niet altijd mogelijk, maar beheersbaar maken is wel een reëel doel. Bij maligne ulcererende wonden treden bijna altijd dezelfde

problemen op: overvloedig exsudaat, een penetrante geur, pijn, bloedingen, sociaal isolement en een negatief zelfbeeld (schaamte). Deze laesies zijn moeilijk (of niet) te genezen. Daarom is beheersen van de wond vaak het hoogst bereikbare. Na een kennismakingsgesprek en wondinspectie wordt een wondverzorgingsplan opgesteld in samenspraak met patiënt, afdelingsverpleegkundigen en artsen. Eventueel kunnen andere deskundigen worden ingeschakeld.

Nadert het ontslag uit het ziekenhuis dan wordt intensief overleg gevoerd met alle betrokkenen, met name de wijkverpleegkundigen. Overdracht vindt zowel mondeling als schriftelijk plaats. Indien gewenst kan consultatief overleg plaatsvinden van wijkverpleging met de wondverzorgingsverpleegkundige van het ziekenhuis. Hildegard Buijl besloot haar lezing met het presenteren van twee casuïstieken. Daarin werd duidelijk dat tijdens het gehele ziekteproces aandacht moet blijven bestaan voor de psychosociale gevolgen van oncologische wonden.

“Allemaal beestjes”

was de pakkende titel van de lezing van de arts-microbioloog dr. M. Tersmette van het Nieuwegeinse Antoniusziekenhuis. De mens heeft in de loop der evolutie een grote natuurlijke weerstand opgebouwd tegen micro-organismen. De intrede der antibiotica maakt de positie van de mens nog sterker, waardoor tot dan toe gevaarlijke microben ineens onder de duim konden worden gehouden. De ontwikkeling van resistentie onder bacteriën heeft dit proces echter grotendeels teruggedraaid. Omdat de huid relatief droog is, vetzuren en vetten produceert en zich in hoog tempo vernieuwt, voelen bacteriën zich er niet erg happy. Wonden zijn dan ook een ideaal oord voor de micro-organismen om de natuurlijke barrière te doorbreken. Leucocyten, bacterieremmende stoffen (lysozymen) en antistoffen (immuunglobulinen) moeten uitgroei van bacteriën dan voorkomen. Lokale factoren bepalen hoe de balans uiteindelijk zal uitslaan.

Dode weefselresten werken ten gunste van de bacteriën, goede doorbloeding werkt ze tegen. De algemene conditie is eveneens een belangrijke factor, evenals eventuele afwijkingen in het immuunsysteem. De aard van de bacterie is medebepalend: sommige bacteriën zijn virulenter dan andere. Indicaties om wondkweken af te nemen zijn: exsudaatvorming, rode wondranden, infiltraat in de wond, vertraagde genezing en een gestoord afweersysteem van de patiënt. Inzenden van kweken gebeurt met een wattenstaafje of een afgesloten spuit (indien veel exsudaat of pus aanwezig is). Bij hoge koorts zijn ook bloedkweken geïndiceerd. Transport van het monster naar het laboratorium moet binnen 24 uur plaatsvinden. Een eerste uitspraak over de aard van de bacteriën kan vrijwel onmiddellijk na ontvangst van de kweek worden gedaan, een meer definitieve kweekuitslag na 2 à 3 dagen. De waarde van dergelijke kweekuitslagen is overigens beperkt. Antibiotica zijn alleen geïndiceerd bij systemische ziekte van de patiënt. Lokale wondinfecties kunnen worden gespoeld met fysiologisch zout, ongeacht de verwekker. Desinfectans kan ook gebruikt worden, maar terughoudendheid is geboden omdat deze stoffen toxisch zijn voor granulatieweefsel. Lokale toediening van antibiotica dient alleen te geschieden bij primaire huidinfecties zoals impetigo, dus niet bij secundaire infecties. Een andere waarde van kweken is dat het informatie verschaft over eventuele resistentie.

“Hoe inventief kun je zijn in de wijk, ... en moet je zijn?”

waren de vragen van de Haagse staffunctionaris voor de Thuiszorg Conny van der Meijden. Ze ving haar betoog aan met de casus van een mevrouw van 73 jaar, die de wijkverpleging

had gevraagd te komen in verband met incontinentie. In verband met de penetrante lucht in het huis vroeg de wijkverpleegkundige naar eventuele andere problemen. Toen bleek dat de vrouw al twintig jaar een mammacarcinoom had, inmiddels 25 cm. groot. Als gevolg van schaamte en een slechte relatie met de huisarts had ze het ulcus al die jaren zelf ‘verzorgd’. De stank die daarvan het gevolg was had geleid tot een sociaal isolement. Een jaar later is de vrouw overleden. De casus illustreert op welke wijze een wijkverpleegkundige in aanraking kan komen met een oncologische wond. Onaangename geur, groen beslag, exsudaat, bloedingen, jeuk, pijn, maceratie, slechte voedingstoestand en psychosociale problemen zijn sterke indicatoren voor oncologische wonden. Conny van der Meijden besprak vervolgens de verpleegkundige richtlijn voor de verzorging van oncologische wonden van het IKW: een nuttige richtlijn. Omdat de wijkverpleegkundige hooguit 1 of 2 keer per dag komt kunnen problemen niet worden opgelost met frequente verbandwisselingen, maar alleen door een goede keuze van de wondbedekker. De wijkverpleging moet, kortom, bijzonder inventief zijn. Alleen dan is de oncologische patiënt in de thuissituatie goed te verzorgen.”

Na de lezingen vond nog een paneldiscussie plaats. Een geanimeerd gebeuren waarin de zaal zich veelvuldig mengde. Veel van de zaken die aan de orde kwamen, zijn in de voorafgaande lezingen al benoemd en in sommige gevallen uitgewerkt. Pijnbestrijding is meer dan ‘een shotje’.

Er zijn manieren om pijnbestrijding meer kwaliteit te geven: zorg voor afleiding (tijdens de wondbehandeling) en biedt ontspannings- en ademhalingstechnieken aan. Ook de bijna klassieke tweestrijd intramuraal-extramuraal kwam weer aan de orde. Een wijkverpleegkundige zei: “Patiënten met oncologische wonden zijn thuis beter af dan in het ziekenhuis, omdat ze daar meer aandacht krijgen voor hun probleem.” Deze uitspraak werd uiteraard en terecht met verve weerlegd, maar uiteindelijk bleek dat het in een aantal gevallen schortte aan de samenwerking tussen de intramuralen en de extramuralen. Een oud zeer. Om dit “relatie”-probleem op te lossen werden allerlei oplossingen aan de hand gedaan. Wij hanteren wat dat betreft een gouden regel: eerst overleg, dan overdracht!” Ofschoon er absoluut geen sprake van polarisatie was, attaqueerde dr. Martijn de uitspraak dat de intramuralen en de extramuralen beter met elkaar moesten leren onderhandelen, met een waardige stelling: “Onderhandelen gaat uit van tegenstrijdige doelstellingen en wij hebben maar één doelstelling en dat is de patiënt!” Daarmee besluiten wij het verslag van een buitengewoon boeiend symposium, dat beslist voor herhaling vatbaar is.