Traumachirurgie voor ernstig gewonden: Van Eerste hulp tot terug in de maatschappij

*W. Bax**

Als het om wondgeneeskunde gaat, is er in de traumachirurgie in de loop der tijd niet zoveel veranderd: een vieze wond moet schoon, en wat dood is wordt niet meer levend. Aldus een nuchtere Mathieu Wijffels (foto 1), traumachirurg in het Erasmus MC, een van de drukste posten voor Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) in Nederland. Nochtans krijgt wondgeneeskunde ook bij de meest ernstig gewonden alle aandacht die het verdient.

Want zwaargewond zijn ze, de mensen die op de SEH van het Erasmus MC worden binnengedragen en die voor Wijffels en zijn collega's steeds weer een nieuwe uitdaging vormen. "Als je kijkt naar de ernst van de verwondingen van mensen die binnenkomen en de plek waar ze dan het best kunnen worden behandeld, onderscheiden we ziekenhuizen van level 1 tot en met level 3, waarbij level 1 staat voor de mogelijkheid om de ernstigste gewonden, die de meest geavanceerde zorg nodig hebben, 24/7 te kunnen opvangen en van een optimale behandeling te kunnen voorzien. Het Erasmus MC is zo'n level 1-ziekenhuis, wat betekent dat de bij de triage op straat gebleken zwaarst gewonde mensen in de regio Rotterdam door de ambulance in principe naar het Erasmus MC worden gebracht. Omdat de capaciteit niet onuitputtelijk is, kan laagcomplexe zorg, waaraan in hoge volumes behoefte is, dan soms weer beter in omringende ziekenhuizen worden geleverd."

Foto 1. Traumachirurg Mathieu Wijffels van het Erasmus MC.

Adrenaline

De zwaarst gewonde mensen, dat betekent adrenaline. Werken en beslissingen nemen op het hoogste concentratieniveau. Hoe schrijnend de situatie van de patiënten ook kan zijn, vele zorgverleners zullen herkennen dat dat het vak ook geweldig mooi en interessant maakt. "Elk jaar komen hier circa 450 multitraumapatiënten binnen. Die scoren boven de 16 op een schaal van letselernst, ofwel omdat ze allerhande wonden hebben, ofwel omdat er een uiterst problematische voorgeschiedenis is die onmiddellijk handelen noodzakelijk maakt. Je ziet ook letsel dat typisch verband houdt met het leven in de grote stad: mensen die met de fiets in de tramrails terechtkomen bijvoorbeeld, of schotwonden."

Elke situatie is uniek en vraagt onverwijld denken en handelen. "Van 'crush-letsel', veroorzaakt doordat er bijvoorbeeld een heftruck over iemands been is heengereden en waarbij fracturen en letsel aan huid, zenuwen en vaten optreden, tot losgeraakte ledematen." De aloude ABCDE-methode zoals EHBO'ers die hanteren op basis van het principe 'Treat first what kills first' is nog altijd van toepassing, waarbij Wijffels er soms nog een C'tje voor moet zetten, voor 'catastrofale bloeding'.

"We spreken van een warm of koud trauma. In de wondbehandeling gaat het bij een warm trauma bijvoorbeeld om het verwijderen van straatvuil of vreemde voorwerpen uit de wond. Bij een koud trauma is de necrose onder controle en ga je over tot stabilisatie en wederopbouw. Eerst draait alles om het redden van iemands leven, dus als een wond levensbedreigend is, behandelen we die natuurlijk meteen. Het behoort allemaal tot ons arsenaal van kennis."

Hoofdbehandelaar

Dat kennisarsenaal is breder dan velen misschien wel denken, want de trauma-arts die de ernstig gewonde

patiënt als eerste ziet, blijft de hoofdbehandelaar van deze persoon. “Niet iedereen weet dat”, zegt Wijffels, “maar elke patiënt die ik op de SEH behandel, blijf ik zien tot diegene terugkeert in de maatschappij.” Daarbij is Wijffels omgeven door een team van specialisten. “Ook dat begint al op de Eerste Hulp. Is er bijvoorbeeld een wekedelen-reconstructie nodig, dan komt er doorgaans een plastisch chirurg bij. Of een KNO-arts bij bijvoorbeeld een afgescheurd en beschadigd oor.”

Het punt is dat we hier alleen maar schrijnende verhalen hebben en dat je niet iedereen kunt redden

Voor Wijffels gaat de overgang van het stadium van de Eerste Hulp naar dat van reconstructie en herstel gepaard met een groeiende band met de patiënt. “Als iemand zeer ernstig gewond de ambulance uitkomt, ervaar je diegene in zekere zin als een machine, waarvan je de vitale functies zo snel en goed mogelijk weer aan de gang moet krijgen. Maar daarna ga je de patiënt begeleiden en heb je gesprekken, en wordt het een mens. Dan komt meer de zorgverlener in me boven. Samen met de patiënt neem je dan beslissingen. Het punt is dat we hier alleen maar schrijnende verhalen hebben en dat je niet iedereen kunt redden. Daar moet je je soms wel tegen wapenen, zorgen dat het je niet te veel raakt. Voor mij helpt het om met anderen over casussen te praten.”

Dirigent

Het team op het Erasmus MC speelt daarbij een cruciale rol. “Het mooie is dat we hier alles met elkaar kunnen bespreken”, vertelt Wijffels. “Alle patiënten worden uitgebreid geëvalueerd en we maken een behandelplan dat zich uitstrekt tot het poliklinische traject. Ook achteraf wordt het bereikte resultaat geëvalueerd met de hele groep. Belangrijkste vraag die hierbij speelt is of de optimale situatie is bereikt. Als trauma-arts ben je de dirigent van een steeds uitdijend orkest, waarbij elke relevante specialist zich aansluit. Daarbij moet je dus wel met een goed verhaal komen, maar ook als er verschillen van inzichten zijn, komen we er samen altijd uit.”

Vanzelfsprekend maken wondspecialisten doorgaans deel uit van het behandelteam rond een patiënt. “Die hebben zeker een rol, zowel adviserend als uitvoerend. Belangrijk is ook de pijnbestrijding. Op de Eerste Hulp is dat het terrein van de anesthesist, op de afdeling hebben we het Pijnteam, en er bestaat ook een speciale pijnpoli waar onze pijnspecialisten actief zijn.”

Materialen

Hoewel de basisbeginselen van de traumachirurgie nooit echt veranderen, ‘een vieze wond moet schoon en wat dood is wordt niet meer levend’, ziet Wijffels wel een voortdurende stroom van nieuwe materialen op zich afkomen. “Daar heb ik wel mijn bedenkingen bij”, zegt hij. “Ik vraag me geregeld af of al die nieuwe spullen wel evidence-based zijn: is het daadwerkelijk beter voor de wondgenezing? Van hemostatisch gaas met chitine, wat we gebruiken om ernstige bloedingen te stoppen, is de goede werking wel bewezen. Maar voor je overgaat op nieuwe materialen, moet wel echt duidelijk zijn dat het een beter is dan het ander.”

Op het WCS Congres, mocht Wijffels al eens spreken over de rol van de wondspecialist. “Ik ging toen in op infectueuze wonden en mijn belangrijkste boodschap was de signaalfunctie die wondverpleegkundigen hebben. Zij zijn onze ogen en oren, en samen hebben we enorm veel expertise. Twijfel je over de aard of aanpak van een wond, neem dan altijd onmiddellijk contact op. Ik hoop dat iedereen weet waar hij of zij moet zijn als het niet goed gaat.” En dan toch ook nog maar even over dat scala aan verschillende verbandmiddelen: “Wees altijd kritisch op wat je gaat gebruiken.”

**Wouter Bax, journalist in de zorgsector*