

Het stellen van de juiste wonddiagnose is een voortdurend proces. Conser-vatieve (niet-chirurgische-) wond-sluiting van een extra-vasatiewond.

Chris Borsten*

In dit artikel wordt aan de hand van een casus getoond hoe het herhaaldelijk sco-ren van een aantal parameters kan leiden tot een optimale wondverzorging voor de patiënt. Het beoordelen van kleur, diepte, vochtproductie en mate van conta-minatie/infectie legt de basis voor elke wonddiagnose. In een goed verbandmid-delenprotocol is het beoordelen van deze vier parameters dan ook opgenomen. Zo is ook het verbandprotocol dat in mijn ziekenhuis gebruikt wordt voorname-lijk gebaseerd op deze vier pijlers van de wonddiagnose. Om van wondbehande-ling echter maatwerk te maken is het essentieel naar patiëntgebonden factoren te kijken. Hierbij komen items als oorzaak en plaats van de wond en stadium van de wondgenezing aan de orde. Natuurlijk mogen zaken als onderliggend lijden en voedingstoestand naast comfort voor de patiënt en kosten van de verzorging niet ontbreken. In verband met de leesbaarheid van dit artikel wordt beperkt tot de eerder genoemde vier hoofdpunten van de wonddiagnose.

De casus

Mw. G. is een actieve vrouw van 68 jaar die zelfstandig woont met haar echtgenoot in een plaats in de regio Nijmegen. Ondanks dat patiënte wat mager is, eet ze goed en is zij zeer levenslustig. Patiënte werd op 6 april op onze intensive care opgenomen na een open-hartoperatie waarbij haar mitralisklep werd vervangen door een kunstklep. Tijdens het postoperatief verblijf op de I.C. is mevrouw langdurig haemodynamisch, respiratoir en metabool zeer instabiel. Door deze slechte situatie ontkwam patiënte niet aan een aantal ernstige complicaties. Zo was onder andere nierfunctievervangende therapie nodig (CAVHD) en moest tijdelijk een tracheostoma aangelegd worden. Na een langdurige en moeizame ontwenningperiode van de beade-mingsmachine kon mevrouw op 23 april gedecanuleerd worden en twee dagen later overgeplaatst worden naar de verpleegafde-ling.

Achtergrond

Patiënte heeft epilepsie welke door middel van medicijnen goed onder controle is. Mevrouw is 6 jaar geleden tijdens een insult op het fornuis gevallen en heeft daarbij over grote opper-vlakken van buik en rug diepe verbrandingen opgelopen en met name de huid van de armen is zeer dun en verlittekend. Mevrouw heeft destijds een half jaar op de I.C. van het

brandwondencentrum gelegen.

Beschrijving van de laesies

Tijdens de instabiele fase op de I.C. houdt patiënte veel interstitieel vocht vast. Mevrouw ziet er extreem "gezwollen" uit. Een deel van dit vocht (± 500 ml) sijpelt door de dunne huid van de armen heen. Te laat wordt opgemerkt dat de catheter van de arteriële lijn die is inge-bracht in de a.radialis niet meer goed in het vat zit. Tijdens het "flushen" van deze lijn wordt op twee plaatsen in de pols een onder-huidse laesie veroorzaakt. Deze vrij zeldzame complicatie heeft meestal geen ernstige gevol-gen. Door de slechte algehele conditie en de status van de huid ontstonden twee blaren die beschermd werden met een dun hydrocolloïd-verband. Dit kon echter niet voorkomen dat het blaardak kapot ging waardoor twee vrij oppervlakkige wonden ontstonden van ± 20 cm² en ± 25 cm². Vanaf 26 maart worden de wonden open behandeld door twee maal daags met eusolparaffine op gaas te bedekken en de wondranden te beschermen met zink-zalf.

Beschrijving genezingsproces

Zoals de tabel en de foto laten zien is er sprake van een vlotte overgang van de zwarte en gele fase naar goed granulerende rode won-den. Achtereenvolgens worden de volgende verzorgingsmethoden gebruikt:



Fig. 1. 31 maart 1996



Fig. 2. 3 april 1996

fase	kleur	vocht- productie	klinische infectie	behandeling/ verzorging
reactiefase	zwart/geel	veel	ja	eusolparaffinegas 2 x dd.
reinigingsfase 1	geel	matig	mogelijk	Tegagel® 2 x dd.
reinigingsfase 2	geel	weinig	mogelijk	Tegagel® 1 x dd.
regeneratiefase 1	geel/rood	weinig	nee	Tegagel® onder Duoderm® ET
regeneratiefase 2	rood/geel	weinig	nee	Duoderm® E/ET 2 x /week
regeneratiefase 3	rood	weinig	nee	Adaptic® en steriel gaas 1x dd

Tabel.1.

In de reactiefase is klinisch sprake van een infectie. Zonder de uitslag van de wondkweek te weten kon de diagnose gesteld worden. Patiënte heeft pijnlijke wonden met rode wondranden. De verwijderde gazen ruiken zoet-weeïg en de omgeving van de wonden is warm. De wondkweek die enkele dagen later binnen is bevestigd onze diagnose. Na enkele dagen verzorgd te zijn met eusolparaffine nemen de reacties wat af. De gazen plakken flink aan de wondbodem vast en er wordt besloten om de behandeling voort te zetten met het calciumalginaatverband. Eerst 2 x daags en als blijkt dat dit goed gaat wordt na twee dagen overgegaan op eenmaal daags. Het alginaat moet in verband met de verminderde vochtproductie vochtig aangebracht worden met fysiologisch zout. Als blijkt dat het gaas bij de verzorging 's morgens toch uitgedroogd is kan dit makkelijk verwijderd worden nadat het opnieuw bevochtigd is. De wonden worden nu snel minder geel. Er zijn geen tekenen meer van een infectie en de behandeling wordt gewijzigd in alginaat onder hydrocolloïdverband. Op deze manier ontstaat een occlusieve wondbehandeling die als voordelen heeft dat de wond snel geneest, weinig verzorging nodig heeft en goed

beschermd is. Als nog slechts weinig geel beslag in de wonden aanwezig is wordt ook het alginaat achterwege gelaten en kan volstaan worden met eerst een hydrocolloïd van normale dikte en later een dunne uitvoering. Dit verband wordt slechts verschoond indien het gaat lekken. Concreet komt dit neer op 2 x per week.

In de laatste fase lijkt het granulatieweefsel zich boven de wondranden te verheffen. Dit kan betekenen dat er hypergranulatie ontstaat. In de meeste gevallen, zo ook hier, betreft het echter celooedeem. De cellen van het granulatieweefsel blijven onder het hydrocolloïdverband zo vochtig dat ze tot boven de wondranden opzwellen. Er treden nu sneller lekkages op en de overgroei van nieuwe huid wordt vertraagd door de verhevenheid van het granulatieweefsel. Daarop wordt besloten de wond eenmaal daags te verzorgen met fijnmazige tule. Het gezwollen granulatieweefsel slinkt binnen enkele dagen en de reëpithelialisatie komt snel op gang. Door contractie en reëpithelialisatie zijn de wonden zonder chirurgische interventie gesloten. In dit geval was dit noodzakelijk in verband met de slechte algehele conditie van de patiënte.

Conclusie

Ondanks het feit dat het hier twee vrij grote laesies betrof zijn deze door een optimale verzorging zonder huidtransplantaat gesloten door contractie en reëpithelialisatie. Bovendien was het uiteindelijk cosmetische resultaat zeer acceptabel en was de verzorgingsperiode te overzien. In dit geval werd afgezien van chirurgische interventie door middel van een huidtransplantatie in verband met de algehele conditie van de patiënte. Er zijn echter vele redenen te bedenken om de verzorging zoals hierboven beschreven te overwegen. Vooral bij patiënten waarvan verwacht kan worden dat een gestoorde wondgenezing op kan treden (diabetes, bestraling, gebruik van corticosteroïden/NSAID's en andere medicatie) moet overwogen worden of het maken van een nieuwe wond, namelijk de donorsite, opweegt tegen de verzorging van de primaire wond zoals hierboven beschreven. Ik hoop dat deze conservatieve (in dit geval niet-chirurgische-) behandeling van ook de wat grotere defecten wat vaker meegenomen wordt in de overwegingen om tot een optimaal beleid te komen. Voorwaarde is dat de verzorging van deze wonden door een verpleegkundige gebeurt die telkens weer de juiste wonddiagnose weet te stellen.

(Voor deze casus werd regelmatig een wondkweek afgenomen. Normaal wordt dit slechts zelden gedaan omdat bijna altijd klinisch vast te stellen is of er sprake is van een wondinfectie. Bij persisterende infecties of bij gevaar van kruisinfecties met andere patiënten op dezelfde kamer is het afnemen van kweken echter raadzaam.)



Fig. 3. 22 april 1996



Fig. 4. 1 mei 1996



Fig. 5. 12 juni 1996

Datum	Wond	Oppervlak	% zwart	% geel	% rood	Infectie
1 april:	Prox	7 x 3.2 cm	5	60	35	ja
	Dist	7.4 x 4.7 cm	10	70	20	ja
2 april:	Prox		0	60	40	?
	Dist		5	45	50	?
4 april	Prox	6.5 x 2.8 cm	0	50	50	?
	Dist	7.0 x 3.7 cm	1	49	50	?
5 april	Prox		0	50	50	nee
	Dist		1	50	50	nee
9 april	Prox		0	40	60	nee
	Dist		0	40	60	nee
13 april	Prox	5.0 x 2.5 cm	0	25	75	nee
	Dist	5.5 x 3.5 cm	0	10	90	nee
22 april	Prox	3 x 1 cm	0	1	99	nee
	Dist	4.5 x 2.5 cm	0	0	100	nee
10 mei	beiden	gesloten				

Tabel 2. Voortgang genezing

	1 april	4 april	12 april	15 april	22 april
gram-preparaat:					
leuco's	grd 2	grd4	grd4	grd3	grd4
ery's		grd 1	grd < 1		
epitheel				grd < 1	
gram ⁺ coccen	grd 4	grd < 1	grd < 1	grd < 1	grd 1
gram ⁻ staven		grd < 1			
gistcellen	grd 2				
hyfen	9				
<i>kweek:</i>					
Candida Albicans	groeidichtheid 2	ghd 1	ghd 1	ghd 1	0
gram ⁺ mengflora	groeidichtheid 3	0			

Tabel 3. Overzicht wondkweken

* Chris Borsten is verpleegkundig wondconsulent in het Academisch Ziekenhuis St.Radboud te Nijmegen en lid van de WCS Commissie Chirurgische wonden en Stoma.

"Brandwondenzorg is totale zorg"

Themanummer WCS Nieuwsbrief

Een breed overzicht over de huidige stand van zaken van de Nederlandse Brandwondenzorg, in een speciale uitgave van de WCS Nieuwsbrief.

Deze uitgave kost slechts f 25,- per stuk (exclusief verpakkings- en verzendkosten) en kan besteld worden via:

de WCS bestellijn: 0252-230026.

WCS SERVICE

Het WCS Classificatie kaartje

Altijd het Classificatiemodel op zak.

Dit handzame kaartje biedt u de gelegenheid om het Classificatiemodel tijdens uw werk altijd bij de hand te hebben.

Dit kaartje kost slechts f 1,- per stuk
(exclusief verpakkings- en verzendingskosten)

en kan besteld worden via:

de WCS bestellijn: 0252-230026.

WCS SERVICE