

Fulminante meningokokken septische shock

Karin (13) ligt al enige weken in een academisch ziekenhuis met een fulminante meningokokken septische shock. De acute fase heeft zij doorstaan, maar haar huid is ernstig aangedaan met grote necrotische plekken.

René Baljon

De meningokokken septische shock (MSS) is een acuut ziektebeeld dat heel snel kan verlopen. Soms gaat dit gepaard met een meningitis, maar dat hoeft niet altijd. Binnen enkele uren na het ontstaan van de eerste symptomen (algehele malaise, hoge koorts – meer dan 40 graden Celcius, sufheid of verwardheid en braken) kunnen kleine huidbloedinkjes (petechiën) ontstaan. Op basis van deze symptomen wordt de diagnose gesteld. Het verschil tussen exantheem (huiduitslag) en kleine huidbloedinkjes is eenvoudig vast te stellen door de 'drinkglasmethode'. Duw een helder glas tegen een plekje: indien het plekje niet verdwijnt heeft men waarschijnlijk te maken met een huidbloedinkje. De petechiën kunnen overgaan in ecchymosen (bloeduitstortingen) en purpura (blauwe plekken) en uiteindelijk kunnen er blaren en necroseplekken ontstaan. De necrose kan zelfs soms tot in de spier uitgebreid zijn. Necrose aan vingers en tenen kan ook optreden. Binnen enkele uren kan de patiënt overlijden ten gevolge van een

septische shock en diffuse intravasale stolling. In negentig procent van de gevallen komt de ziekte voor bij kinderen, maar ook volwassenen kunnen deze ziekte oplopen. De mortaliteit is hoog, dertig tot zeventig procent.

Tijdens de acute fase is er vaak overleg met een brandwondencentrum over de wondverzorging. Als de patiënt eenmaal door de acute fase heen is, zullen de necroseplekken blijven bestaan. Bij uitgebreide necroseplekken kan de patiënt worden overgeplaatst naar een brandwondencentrum.

Gemiddeld tien procent van de patiënten houdt na het doormaken van een MSS restafwijkingen over aan onder andere de huid. Het totaal percentage verloren lichaamsoppervlak bedraagt gemiddeld tien procent, hetgeen leidt tot uitgebreide huidtransplantaties en/of amputaties.

Wond- en huidverzorging

De verpleegkundige huidverzorging richt zich in het acute stadium op het ondersteunen van de microcirculatie en

het voorkomen van huidbeschadigingen en bloedingen. Ter bescherming van de huid kan onder de scherpe kraantjes van het infuus en onder pleisters een transparante hydrocolloid verband (Comfeel Transparant®, DuoDerm Extra Thin®) worden geplakt. Het is van belang dat de necroseplekken droog worden behandeld.

De wondranden worden gedept met povidonjodium. Mochten de wondranden er inflammatoir uit gaan zien met eventuele pusockets onder de necrose, dan dient een chirurgische necrotomie te worden uitgevoerd.

Ook de gezonde huid behoeft extra aandacht. Deze huid dient in een later stadium beschikbaar te zijn als oogstplaats voor de eventuele huidtransplantaties. De huid kan het beste verzorgd worden met een niet-geparfumeerde huidlotion. Door de huid een aantal malen per dag de zachtjes in te masseren met de lotion, blijft de conditie van deze toekomstige donorplaatsen in stand. Ook decubituspreventie, zeker in verband met de slechte perifere circulatie in de acute fase, behoeft extra aandacht. Drukverlagende ligsystemen zijn hierbij geïndiceerd.

De ouders van Karin vonden op internet artikelen over deze aandoening. Daarbij werden diverse patiëntjes behandeld in een brandwondencentrum. De ouders van Karin drongen er op aan dat ook zij in een brandwondencentrum verder behandeld zou worden.

Karin werd overgeplaatst naar een brandwondencentrum in goed overleg tussen haar ouders en de behandelaars van Karin. De behandelaars van Karin hadden zelf ook al eerder contact gezocht met het brandwondencentrum voor behandeladviezen.

Woundcare Consultant Society

Wondconsult wordt gemaakt in samenwerking met de Woundcare Consultant Society (WCS). Deze vereniging van deskundigen in wondbehandeling organiseert allerlei activiteiten en geeft vier keer per jaar het WCS Nieuws uit. De WCS heeft een eigen internetsite met daarop honder-

den artikelen over wondverzorging in een online bibliotheek. De functies op de WCS site zijn kosteloos te gebruiken voor elke bezoeker.

Op onze eigen site: www.verpleegkundenieuws.nl staat telkens de laatste aflevering van wondconsult.

Aangekomen in het brandwondencentrum, maakte Karin een ernstig zieke indruk. Hoewel zij de acute fase was gepasseerd, was zij sterk verzwakt en vermagerd. Ze leek zich de hele situatie niet goed te beseffen. Haar huid vertoonde diepe necrotische plekken met een totaal verloren lichaamsoppervlak van achttien procent. De plekken waren gelokaliseerd op de beide benen, billen, handen, gelaat en voornamelijk haar rechterflank. In het academisch ziekenhuis was al een necrotomie van het linkerbeen verricht. De zwarte necrotische locaties werden daar behandeld met povidonjodium.

Voortgezette behandeling

De behandeling met povidonjodium wordt voortgezet. Als de wonden natend zijn, worden deze behandeld met zilverulfadiazine zalf (ZSD, Flammazine®). De ZSD-zalf wordt elke dag verwijderd met in NaCl 0,9% gedrenkte steriele gazen. Hierna wordt nieuwe ZSD-zalf opgebracht met gazen en vastgezet met zwachtels. Op deze wijze verweken de necroseplekken. Necrotomie zal plaatsvinden en de schone wonden zullen verder behandeld worden zoals huidtransplantaties bij brandwonden. Ook bij Karin werden de droge necroseplekken behandeld met povidonjodium. De necroseplekken die een natend aspect begonnen te vertonen, werden behandeld volgens de hierboven beschreven procedure met ZSD.

In de loop van de opname werd diverse malen necrotomie verricht. Er kon nog niet direct huidtransplantatie plaatsvinden omdat de wondbodem onvoldoende gevasculeerd was. Gestreefd werd naar granulatie van de wond, wat een rode, goed doorbloede wondbodem zou opleveren. De wonden die daarna ontstonden, bloeden snel en de wondbehandeling was zeer pijnlijk. Er werd bij Karin gekozen voor een calciumalginaat (Kaltostat®). Enerzijds vanwege de hemostatische werking, anderzijds vanwege het feit dat het calciumalginaat enige dagen op de wond kon blijven zitten. Karin hoefde dan niet elke dag zo'n uitgebreide en pijnlijke wondbehandeling

te ondergaan. Zo kan de keuze van wondbedekker bijdrage aan de pijnbestrijding.

Wonden die door het granulatieweefsel een rood aspect begonnen te vertonen, kwamen in latere instantie in aanmerking voor transplantatie. De rechter voorvoet van Karin is in de loop van de behandeling geamputeerd.

Karin verliet het brandwondencentrum na een opnameduur van vijf maanden. De transplantaten waren net als de donorplaatsen dichtgegroeid. Karin had uitgebreide littekens en functieverlies in haar handen en van haar rechtervoet. In haar gelaat zat nog een lelijk litteken, wat later door plastische chirurgie enigszins is gecorrigeerd.

René M. Baljon is voorzitter van de Woundcare Consultant Society en zorgmanager van het brandwondencentrum Medisch Centrum Rijnmond-zuid, locatie Zuider te Rotterdam.

Literatuur

- Brand-van Tilburg R.F., Hofland H., Behandeling van patiënten met Toxische Epidermale Necrolyse (Syndroom van Lueel) en meningococcensepsis. WCS Nieuwsbrief 1996;12;3:72-74.
- Tol D., De stille dreiging van de meningokok. Nursing 1996;3;8:51-58.
- Horst C.M.A.M. van der, De behandeling van huid en weke delen letsel ten gevolge van meningococcensepsis. Congresproceedings Symposium Wondinfectie en brandwonden van 8 oktober 1999 te Rotterdam; Convatec. 1999:33-35.
- Hofland H.W. Chr., Westra H.E., Bijzondere ziektebeelden. In: Brand-van Tilburg, Baljon R.M., Klasen H.J. et al., Brandwondenzorg. Een multidisciplinaire benadering. Elsevier Gezondheidszorg Maarssen 2000: 359-375.



Het onderlichaam van Karin bij opname in het brandwondencentrum. Het linkerbeen heeft een necrotomie ondergaan. De necrose op het rechterbeen is goed zichtbaar.



Necrose op de rechterflank van Karin.



Rechteronderbeen na necrotomie. De wondbodem is niet geschikt voor huidtransplantatie.

Internet voor patiënten

Internet biedt een zee aan informatie. De laatste tijd wordt het steeds opvallender dat meer en meer afnemers van zorgproducten ook hun informatie vergaren via het internet. Op deze wijze laten zij zich informeren over allerlei ziektebeelden, zoals de ouders van Karin. Uiteindelijk heeft die zoektocht van haar ouders op het net de uiteindelijke behandelplaats bepaald.

Behandeling in een brandwondencentrum

Naast brandwondpatiënten worden in een brandwondencentrum ook patiënten behandeld met huidaandoeningen die een gelijkenis vertonen met brandwonden, zoals de Toxische Epidermale Necrolyse en de Epidermiolyse Bullosa. Of aandoeningen die een groot huidverlies met zich meebrengen, zoals necrotiserende fasciitis of de meningokokken sepsische shock.

Voordelen voor een behandeling van deze ziektebeelden in een brandwondencentrum zijn:

1. Expertise op het gebied van grote huiddefecten.
2. Klimatologische omstandigheden, zoals drukhiërarchie tussen de diverse ruimtes, hoge relatieve vochtigheid en steriele luchtstromen.
3. Nazorgvoorzieningen zoals bij brandwondpatiënten.