



Chirurgisch ingrijpen essentieel bij vleesetende bacterie

Necrotiserende fasciïtis

Paul is 36 jaar. Hij wordt in een ziekenhuis in het zuiden des lands opgenomen in verband met een pijnlijke zwelling in zijn rechter lies. Vijf dagen later ligt Paul ernstig ziek op de Intensive Care van een brandwondencentrum.

René Baljon

Bij de opname van Paul in het ziekenhuis dacht men aanvankelijk aan een ingeklemde liesbreuk, vanwege de pijn die hij aangaf. Tijdens de operatie bleek er echter alleen een vergrote lymfklier te zijn in zijn rechter lies. Een dag na de ingreep werd Paul steeds zieker. De buikverschijnselen met daarbij een geprikkelde rechter onderbuik deed een appendicitis acuta vermoeden. Op basis van deze verschijnselen werd een appendectomie verricht, maar de appendix bleek niet ontstoken te zijn. Twee dagen na de opname werd Paul progressief zieker. Hij werd septicisch en de huid van de rechter onderbuik en flank begon te verkleuren. Er werd de diagnose necrotiserende fasciïtis gesteld. Paul ging voor de derde keer naar de o.k.. Er werd een uitgebreide

excisie gedaan tot op de spier en ter hoogte van het litteken van de appendectomie tot op het peritoneum. Vanwege het enorme huiddefect wat daarbij was ontstaan (7 procent van het totale lichaamsoppervlak), werd Paul na overleg overgeplaatst naar een brandwondencentrum.

Necrotiserende fasciïtis is een ernstige vorm van een streptokokkeninfectie. Streptokokkeninfecties komen frequent voor en ziektebeelden als roodvonk en streptokokkenpharyngitis zijn daarvan de meest bekende. De necrotiserende fasciïtis wordt weer wat vaker gezien en vanwege de uitgebreide weefseldestructie waarmee de infectie gepaard gaat, wordt de bacterie in de volksmond wel aangeduid als de zogenaamde vleesetende bacterie. De aandoening is veelal gelokaliseerd op de extremiteiten, het genitaal gebied en de buikwand. De aandoening komt in alle leeftijdscategorieën voor, maar voornamelijk bij mannen tussen de veertig en zestig jaar.

Speldenprik

Bij deze ziekte gaat het om een infectie van het subcutane weefsel wat resulteert in een progressieve destructie (gangreen) van de fascia en het subcutane vetweefsel. De huid kan soms intact blijven. Het begint binnen 24 uur na een onopvallend trauma, zoals

een speldenprik, een kleine chirurgische ingreep of een contusie, waarna in het betreffende gebied een initiële roodheid optreedt. Daarna zwelt het aangedane deel op, wordt rood, pijnlijk en warm. Binnen 24 tot 48 uur verkleurt het erytheem tot donkerblauw/paars en ontstaan er blaren die geel vocht kunnen bevatten. Op de vierde en vijfde dag worden de paarse plekken gangreneus. Van de zevende tot de tiende dag treedt er demarcatie op van het aangedane deel en komt de dode huid los te liggen, waardoor de necrotisch onderliggende plekken zichtbaar worden. Inmiddels wordt de patiënt steeds zieker en er kan bewustzijnsdaling optreden. Tevens kunnen er metastatische abscessen ontstaan, bijvoorbeeld in de longen.

Het is van groot belang deze ziekte te onderscheiden van cellulitis, hetgeen in het beginstadium moeilijk kan zijn. Echter, een zich snel verspreidende infectie, het optreden van blaren, de ernstige pijn en het steeds zieker worden van de patiënt duiden op necrotiserende fasciïtis. Chirurgisch ingrijpen is essentieel. Hierbij wordt fasciotomie en uitgebreid debridement met drainage verricht; dit laatste heeft tot doel de toxineproductie zoveel mogelijk te beperken. Tevens wordt materiaal voor zekerheid te stellen. De post-operatieve behandeling bestaat uit spoelen met waterige betadine oplossing of fysiologisch zout. In een later stadium kan bedekking van de wond met donorhuid noodzakelijk zijn. Niet zelden is amputatie noodzakelijk, waarbij de

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 honderden 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.verpleegkundennieuws.nl staat telkens de laatste aflevering van wondconsult.

wond niet primair wordt gesloten en een spoelsysteem wordt aangelegd; in een later stadium kan het huiddefect worden gesloten met een huidtransplantaat.

In sommige centra adviseert men het gebruik van de hyperbare zuurstoftank; er zijn echter weinig gegevens in de literatuur die een gunstig effect van deze behandeling aantonen.

Infectieuze wonden

Paul werd bij binnenkomst op de Intensive Care van het brandwondencentrum direct geïsoleerd verpleegd in verband met de infectieuze wonden. Het grote defect werd in eerste instantie behandeld met de topicale oplossing Nitrofuril (Furacine®). Tussen het wondbed en de met Nitrofuril doordrenkte gazen werd een wondcontactmateriaal gebruikt (Mepitel®, Adaptic®, Atrauman®, Cuticerin®). Op deze wijze werd het verwijderen van de enigszins uitgedroogde gazen minder pijnlijk.

Vijf dagen na opname in het brandwondencentrum onderging Paul zijn tweede operatieve wondtoilet. De wonden werden daarna bedekt met homografts. De homografts werden weer afgedekt en gefixeerd met Surfasoft®. Over de Surfasoft werden met Nitrofuril doordrenkte gazen gelegd. Deze gazen werden tweemaal daags verschoond. Dankzij de Surfasoft bleef het feitelijke wondbed onberoerd.

Drie dagen na de operatieve ingreep werd de Surfasoft verwijderd. Omdat Paul ook haemodynamisch stabiel was geworden, kon hij vanaf dat moment in bad. In bad werd het wondbed met een douchekop dagelijks afgesproeid. Dit is een goede mechanische reiniging van een dergelijk groot oppervlak. De doucheslang moet vooraf wel gedurende dertig seconden met heet water doorgespoeld worden in verband met mogelijke aanwezige pseudomonas of legionella in stilstaand water in de waterleidingen. Na de badbehandeling werden de wonden behandeld met een wondcontactmateriaal waar overheen gazen met Nitrofuriloplossing gingen.

Drie weken na opname zag het wondbed er schoon uit. Wederom werd Paul geopereerd. De operatie werd samen met een plastisch chirurg uitgevoerd. Eerst werden de resten van de homografts verwijderd. Daarna werden spieren vrij geprepareerd van het bovenbeen en als lappen ingehecht in de wond. Op deze wijze werd een stevige buikwand gecreëerd. Over de wonden gaan gemeshete splitskin grafts.

De meshgrafts werden gefixeerd met Surfasoft. De donorplaats werd behandeld met een alginaat (Kaltostat®, Algosteriel®, Seasorb Alginaat®, Tegagen®). De wonden werden verder net zo behandeld als met transplantaten behandelde brandwonden. De donor-site genas spontaan onder het alginaat. Zes weken na opname ging Paul met ontslag. De buikwand was fraai genezen.

Groot huiddefect

In een brandwondencentrum worden niet alleen brandwondpatiënten behandeld. Patiënten met aandoeningen die een groot huiddefect met zich meebrengen, worden eveneens in de brandwondencentra behandeld. Daarvoor in aanmerking komende ziektebeelden zijn vooral Toxische Epidermale Necrolyse (syndroom van Lyell en het syndroom van Stevens-Johnson), Epidermolysis Bullosa, Meningokokken Sepsis en de necrotiserende fasciïtis. Brandwondencentra zijn qua klimatologische omstandigheden en qua expertise volledig gefaciliteerd om patiënten met ernstige huiddefecten onder zo optimaal mogelijke condities te behandelen.

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

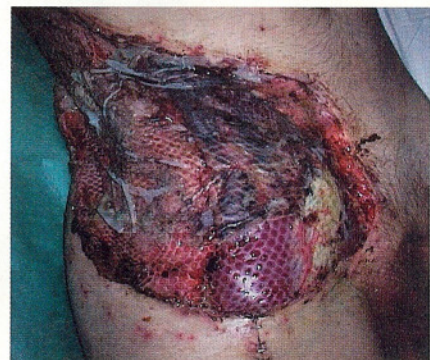
Literatuur:

- Zijlstra E.E., *Infectieziekten en de huid 3. Infecties met invasieve groep A streptokokken (inclusief de vleesetende bacterie).* WCS Nieuwsbrief 1996;12;2:30-33.



Foto: s. WCS

Een uitgebreid defect na wondtoilet.



Transplantaten over de vrij geprepareerde beenspier. Het geheel is afgedekt met Surfasoft.



Fraai genezen transplantaten.

- Borsten C.H., *Het stellen van de juiste wonddiagnose is een voortdurend proces. Conservatieve (niet-chirurgische) wondsluiting van een extra-vasatiewond.* WCS Nieuwsbrief 1997;13;2:40-43.
- WCS Wondenboek, Leiden 1998.
- 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.