

DE WOND IS DICHT, EN DAN:

H. den Besten*

Een decubituswond kan op verschillende manieren genezen, door verbandproducten of door een operatie. Maar bij alle genezen decubituswonden geldt wel, dat wanneer een wond genezen is, er ook nog een nabehandeling zal moeten plaatsvinden. Dit artikel gaat over een sacrale decubituswond. Deze casus gaat over een meneer die wordt opgenomen in een revalidatiecentrum dat gespecialiseerd is in het behandelen van hoge dwarslaesies. Bij deze groep patiënten wordt er specifiek op decubitus gelet, zeker gezien het hoge risico wat zij hebben om decubitus te krijgen. Hieronder wordt uitgelegd hoe de nabehandeling gaat na een genezen decubituswond.

CASUÏSTIEK:

Het betreft een 48 jarige man uit Suriname. Hij heeft in Suriname een boom op zijn nek gekregen en een incomplete cervicale dwarslaesie C7 opgelopen. Patiënt is in Suriname geopereerd en kreeg daar een halo-vest aan. Deze man wilde in Nederland gaan revalideren, omdat hij dan meer kans had op goede kennis van zaken. De heer werd overgeplaatst naar een ziekenhuis in Nederland en kwam daarna over naar het revalidatiecentrum. Bij opname in het centrum had de patiënt een decubitus graad 4 wond (zie foto 1) op zijn stuit.

BEHANDELING:

De heer kwam te liggen op een low-air-loss matras, de wond lekte veel vocht en werd 3x per dag verschoond. De plastisch chirurg heeft meerdere malen necrotomieën gedaan. De heer kon geen wisselgating krijgen, omdat hij een halovest aanhad en mensen met een hoge dwarslaesie hebben toch al moeite

om op hun zij te liggen. Bij deze patiëntencategorie moet er opgelet worden dat de schouders goed vrij blijven liggen, anders kunnen ze hier erg veel last van krijgen.

Na een paar weken is de heer overgegaan op een rotatiematras, zodat hij wel op zijn zij kon worden gedraaid. Door het rotatiematras gebeurt dit op een natuurlijke manier en kreeg de heer geen last van zijn schouders. Na 3 maanden was de wond genezen.

MOBILISEREN:

Voordat er kan worden overgegaan tot het mobiliseren in een rolstoel, gaan wij in ons revalidatiecentrum altijd eerst een decubitus-team plannen. In dit team zitten een revalidatiearts, arts-assistent, fysiotherapeut, ergotherapeut en de wondverpleegkundige. In dit team wordt onder andere het volgende besproken:

1. Hoe het gaat met de wond of met de genezing ervan
2. Kan er gestart worden met zitten in de rolstoel

3. Is er voldoende rek op de huid. Wanneer een patiënt lang bedrust heeft gehad vanwege de decubituswond, dan moet er door de fysiotherapie gekeken worden hoe de rek rond de wond is tijdens het zitten. Hoe is de rek als de benen in 90 graden komen te zitten. Dit oprekken kan gebeuren met een T-kussen (zie foto 2) in bed. De benen worden dan in bed alvast iets opgerekt.
4. In welke stoel het zitten gaat plaatsvinden; een kantelbare rolstoel, een elektrische rolstoel, een zelfbeweger.
5. Op welk zitkussen wordt er gestart. Na een gesloten decubituswond, wordt er in ons centrum altijd gestart op een roho kussen, omdat dit kussen het makkelijkste is in te stellen.
6. Hoe de transfer gaat plaatsvinden en met welke tilmat.

Wanneer er iets besloten is, dan wordt dit daarna altijd met de



Foto 1





Foto 2

patiënt besproken.

Mobiliseren na een decubituswond gebeurt altijd met een langzaam-schema, dit schema duurt 17 dagen (zie figuur 3). Na iedere mobilisatie wordt de huid van een patiënt gecontroleerd op roodheid. Als er niets te zien is, dan kan er worden doorgedaan met het schema. Als er wel iets te zien is, dan stopt het schema of wordt er niet verder gegaan met opbouwen.

In de eerste week wordt er ook altijd een drukmeting verricht, zodat er goed gekeken kan worden of dat de patiënt goed op zijn kussen zit met de juiste drukverdeling. Na het schema helemaal gevolgd te hebben blijft patiënt de eerste tijd op een roho-kussen zitten. Na enkele weken wordt er begonnen met het veranderen van het matras, in ons centrum is dat een Repose-matras. Als dit goed blijft gaan, dan kan men overgaan op een standaard schuimmatras. Als het veranderen van het matras is doorgevoerd, dan wordt pas de volgende stap gezet. Dit is het veranderen van het zitkussen. Een roho-kussen is niet geschikt om hiermee met ontslag te gaan. Mensen zitten hier instabiel op en het is kwetsbaar. Het kussen kan makkelijk lek gaan. Het kiezen van een ander zitkussen gebeurt na een drukmeting; zo kan de ergotherapeut kijken welk zitkussen (Vicair, Jay, Schuim, foto 4) het beste is voor de individuele patiënt.

CONCLUSIE:

Decubituswonden bij dwarslaesiepatiënten blijven een moeilijk te behandelen probleem. Deze patiënten worden vaak met een wond op

OPBOUWZITTITIJDEN

LANGZAAM

1e DAG	1 X ¼ UUR	
2e DAG	2 X ¼ UUR	
3e DAG	1 X ¼ UUR	1 X ½ UUR
4e DAG	2 X ½ UUR	
5e DAG	2 X ¾ UUR	
6e DAG	2 X 1 UUR	
7e DAG	2 X 1½ UUR	
8e DAG	2 X 1½ UUR	
9e DAG	2 X 2 UUR	
10e DAG	2 X 2 UUR	
11e DAG	2 X 2½ UUR	
12e DAG	2 X 2½ UUR	
13e DAG	2 X 3 UUR	
14e DAG	2 X 3½ UUR	
15e DAG	2 X 3½ UUR	
16e DAG	2 X 4 UUR	
17e DAG	VOLLEDIG	

Figuur 3

de stuit in een stoel geplaatst, omdat dit goed zou zijn voor de longen en het voorkomen van een trombosebeen. Maar bij overplaatsen naar een gespecialiseerd revalidatiecentrum krijgen deze patiënten juist bedrust totdat de wond genezen is. De definitie¹ van decubitus geeft zelf aan dat decubitus ontstaat door druk, dus wanneer een patiënt dan een decubituswond heeft op zijn stuit, is het eerste wat er gedaan moet worden, het wegnemen van de druk. De patiënt komt dus op een AD-systeem en krijgt wisselgigging als dit mogelijk is. Zolang er een decubituswond is, zal de patiënt bedrust hebben.

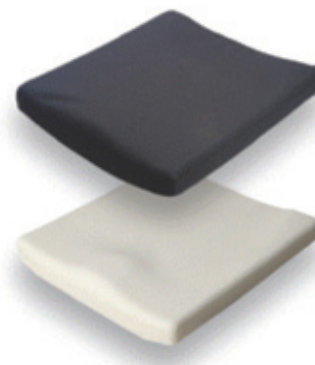
*** Henk den Besten, wond- en decubitusverpleegkundige
Revalidatiecentrum Rijndam te Rotterdam**

LITERATUUR:

- 1) Werkgroep Consensus Decubitus. Richtlijn Decubitus, tweede herziening. Utrecht: CBO; 2002



Jay kussen



Schuimkussen



Roho



Vicair

Foto 4