

ZORG BIJ EEN DARMFISTEL

J. Rosier*

Op 17 en 18 november is het weer zover: het WCS-Wondcongres in de Jaarbeurs in Utrecht. Uit het grote aanbod van centrale sessies, parallelsessies, workshops en discussiebijeenkomsten lichten we er vast een uit: de parallelsessie over darmfistels.

Het thema van het twaalfde wondcongres is wond- en watermanagement. Bij zo'n thema mag een sessie over fistels niet ontbreken. Meindert Sosef, chirurg in het Atrium Medisch Centrum in Heerlen, zal dan ook in een parallelsessie uitvoerig ingaan op de medische en verpleegkundige zorg voor patiënten met darmfistels. 'Een darmfistel is een enorme belasting voor de patiënt en vraagt uitgebreide verpleegkundige zorg,' licht Sosef toe. 'Er is sepsisgevaar, pijn, een enorm ongemak voor de patiënt, de voedingstoestand vraagt veel aandacht en de wondzorg is intensief. Alle aspecten van het behandelprotocol komen op het congres uitvoerig aan bod, met onder meer verschillende casuïstieken. En is er natuurlijk volop gelegenheid om vragen te stellen en te discussiëren.' Voor het WCS-Nieuws zet Sosef alvast de grote lijnen van het behandelprotocol uiteen.

UITEENLOPENDE TYPEN DARMFISTELS

Een eerste onderscheid is te maken tussen inwendige en uitwendige fistels. Een inwendige darmfistel loopt tussen twee lichaamsholten: twee darmlissen, de darm en de blaas, of de darm en de vagina bijvoorbeeld. Zo'n fistel ontstaat meestal door de ziekte van Crohn, soms ook door kanker. Via de fistel komt de darminhoud in de andere holte terecht. Bij een fistel naar de blaas bijvoorbeeld heeft de patiënt daardoor een voortdurende blaasinfectie en met de urine komen darminhoud en darmgassen (lucht) mee. Bij een fistel tussen twee darmlissen hangt de ernst af van de locatie. Loopt de fistel bijvoorbeeld tussen het begin van de dunne darm en het colon, dan treedt er een enorme lekkage op van

vloeibare dunne darminhoud naar het colon.

Een uitwendige darmfistel (of enterocutane fistel) loopt van de darm via de huid naar buiten. Deze fistels ontstaan meestal na een operatie. De naar buiten lekkende darminhoud tast de omliggende huid aan en kan, afhankelijk van de locatie, ook de genezing van de operatiewond verstoren. Vrijwel altijd is er intensieve wondzorg nodig.

Een tweede onderscheid tussen fistels is er op basis van de output. Vaak wordt bij een verlies van darminhoud van minder dan 500 ml per 24 uur gesproken van 'low output'. Bij een verlies van meer 500 ml per 24 uur is er sprake van 'high output' fistel. Bij high output is de kans kleiner dat de fistel zich spontaan sluit en dat uiteindelijk chirurgisch ingrijpen nodig is.

BEHANDELPROTOCOL: ZES ASPECTEN

Omdat elke fistel anders is en ook de conditie van de patiënt van grote invloed is, vraagt de zorg telkens een individuele aanpak. Maar algemeen gesproken bestrijkt het behandelprotocol voor darmfistels zes aspecten. Het meest bedreigend voor de patiënt is sepsis. Het verslechteren van zijn voedingstoestand is het tweede urgente gevaar. Daarna komt de wondzorg en zorg voor de huid rond de fistel. Aandachtsgebieden voor de wat langere termijn zijn het vaststellen van de fistel-anatomie en een mogelijke chirurgische oplossing. Gedurende de hele periode heeft de patiënt psychische ondersteuning van het behandelteam nodig.

1. SEPSIS TEGENGAAN

Het ernstigste risico bij een darmfis-

tel is sepsis. Bacteriën uit de vrijgekomen darminhoud kunnen gemakkelijk via de wond of een abces in de bloedbaan komen. Preventief zal de chirurg met behulp van een scan of foto's controleren of er abcesvorming is opgetreden, en indien nodig een holte of abces openen en draineren. Bij sepsis krijgt de patiënt antibiotica.

2. VOEDINGSTOESTAND OPTIMALISEREN

Meestal moet een patiënt met een darmfistel lange tijd totaal parenterale voeding (TPV) gebruiken. Zo krijgen de darmen zoveel mogelijk rust om te genezen en blijft het verlies van darminhoud via de fistel zoveel mogelijk beperkt. Met de darminhoud verliest de patiënt ook veel elektrolyten. Daarom is controle van de elektrolytenwaarden in het bloed van groot belang. Eventueel worden via het infuus elektrolyten toegediend. (Ook de albuminespiegel in het bloed wordt gecontroleerd. Deze geeft echter geen indicatie van de voedingstoestand, maar geeft aan in hoeverre de patiënt aan het herstellen is. Bij onder meer darmziekten is de albuminespiegel verlaagd; een normale albuminespiegel duidt op herstel.)

3. WONDZORG

De verzorging van een fistel kost meestal veel tijd. Vooral als de fistel in een wond ligt, is de wondzorg uiterst gecompliceerd. Uiteraard is consultatie van een wondverpleegkundige noodzakelijk. Veel problemen ontstaan door de galzouten uit de darminhoud, die rond een externe fistel de huid irriteren en beschadigen. Daarbij kunnen de bacteriën uit de darminhoud al snel een huidinfectie veroorzaken.

Bij een fistel die weinig produceert, kunnen huidbeschermende film of crème rond de fistel en een absorberend verband soms voldoende zijn. Bij een hogere vochtproductie is een stomazakje, eventueel met een koolstoffilter om geurproblemen te bestrijden, of woundmanager nodig. Van belang is verder de fistel en/of de wond zo af te dekken dat de patiënt zo goed mogelijk kan mobiliseren.

4. ANATOMIE VASTSTELLEN

Na verloop van tijd, als de toestand van de patiënt zich heeft gestabiliseerd, zal de chirurg de precieze anatomie van de fistel uitzoeken om beter zicht te krijgen op de prognose. Als er bijvoorbeeld voorbij de fistel, 'stroomafwaarts' in de darm, een vernauwing is, dan neemt de darminhoud de weg van de minste weerstand en blijft via de fistel naar buiten komen. In dat geval zal de fistel zich niet spontaan sluiten. Bij de afweging om te wachten op spontane

sluiting of chirurgisch in te grijpen, weegt ook de precieze locatie in de darm mee.

5. CHIRURGIE

Pas na lange tijd, als de darmen zoveel mogelijk rust hebben gehad, de patiënt in een goede voedingstoestand verkeert en weer goed is gemobiliseerd, kan de laatste stap een chirurgische behandeling zijn. Daar wordt voor gekozen als de fistel zich na lange tijd nog niet spontaan heeft gesloten, en naar verwachting ook niet spontaan zal sluiten. Het darmgedeelte met de fistel wordt operatief verwijderd. De patiënt heeft dan meestal al een maandenlange herstelperiode achter de rug.

6. PSYCHISCHE ZORG

In het begin zal de patiënt geschokt zijn door wat hem overkomt, bang zijn voor wat hem verder te wachten staat, maar ook niet goed weten wat er precies aan de hand is. Een belangrijke taak van de verpleegkundige en de arts is de patiënt goed

informerend, en uitleg geven over de wondzorg en de TPV. Na verloop van tijd is het belangrijk de patiënt te informeren over de lange herstelperiode. Als verpleegkundige zul je de patiënt regelmatig gerust moeten stellen en helpen de moed erin te houden. Patiënten zien ook op tegen de langdurige wondzorg, vaak meerdere keren per dag. Lekkage van darminhoud door loslatend wondzorgmateriaal en geurproblemen kunnen een bijkomende psychische belasting vormen. Met deskundige wondzorg kun je de belasting zoveel mogelijk beperken.

MEER WETEN OVER DE ZORG BIJ DARMFISTELS?

De parallelsessie over darmfistels vindt plaats op de tweede congresdag van het WCS-Wondcongres, woensdag 18 november. Een beknopt overzicht van het congresprogramma en een aanmeldingsbon vind je in dit nummer van het WCS Nieuws.

***Joop Rosier**