

Casuïstiekbeschrijvingen chirurgisch debridement in de thuiszorg: de praktijk

A. Hulzinga*

Over een chirurgisch debridement in de thuiszorgsetting werd in het verleden al geschreven in WCS Nieuws (1). Een chirurgische debridement wordt uitgevoerd om het dode weefsel te verwijderen met een schaar, pincet, mes, curette of laser (2,3). Het verwijderen van het dode weefsel staat in verband met een snellere wondgenezing (4,5). Wekelijks debrideren is naar aanleiding van onderzoek (4) ook in verband gebracht met een snellere wondgenezing.

In deze casuïstiekbeschrijving gaat het over een uitbehandelde patiënt bij wie 'scherpe debridementen' werden toegepast ten einde de patiënt comfort en kwaliteit van leven te bieden. De patiënt was uitbehandeld in het ziekenhuis in verband met haar palliatieve terminale status. De wondverpleegkundige coördineerde in samenwerking met de verpleegkundig specialist en de huisarts de zorg voor de patiënt met de wond.

Palliatieve zorg sluit geen actieve behandeling uit. Best practice aanbevelingen vanuit de literatuur focussen zich vaak op drukontlasting en schuifkrachten vermijden. Daarnaast wordt ook aanbevolen om het zorgplan aan te passen op patiëntcomfort, patiëntautonomie en het behouden van waardigheid (6). In deze casuïstiekbeschrijving hebben leefomstandigheden en de wens van de patiënt een grote rol gespeeld.

Algemene anamnese

De 84-jarige patiënt, mw. K., wordt aangemeld voor palliatieve thuiszorg en wondzorg. Patiënt blijkt een maagcarcinoom te hebben met metastasen in de darmen. Patiënt en familie besluiten samen geen verdere behandeling meer te willen. Op 6 oktober 2021 volgt de anamnese van de thuiszorg in het ziekenhuis met dochter en patiënt, waarbij de patiënt aangeeft heel graag naar huis te willen; zij wil zo veel mogelijk de eigen regie behouden.

Voorgeschiedenis

1987 basaalcelcarcinoom
1995 TIA
2021 beginnende Alzheimer

Medicatie: carbasalaatcalcium en een statine

Patiënt ging na de zomer van 2020 langzaam achteruit, zij was bekend met het beginstadium van dementie en werd door de reguliere thuiszorg geholpen met medicatie-

inname en eveneens werd zij begeleid bij wassen en aankleden.

Patiënt is goed hersteld van haar TIA in 1995 en heeft daarna nooit meer klachten gehad.

Begin juli 2020 was mevrouw al steeds vaker moe en lag voor langere tijd in bed. Als gevolg hiervan zijn er volgens haar dochter wonden ontstaan aan de hielen. Dit was al voordat ze in het ziekenhuis terecht kwam. Patiënt is na eenmalig bloedbraken verwezen naar het ziekenhuis. Haar algehele toestand was al wel verslechterd in de afgelopen maanden. Ze had weinig eetlust en was enkele kilo's in gewicht verloren. Patiënt kon niet aangeven hoeveel. De huisarts was hiervan op de hoogte en de diëtiste was betrokken bij patiënt.

Patiënt is in verband met de wonden tijdens haar opname naar de wondpoli geweest, waar afgesproken is dat gezien de situatie van mevrouw de verdere behandeling in de thuiszorg zal plaats vinden. Patiënt werd verwezen naar het specialistisch Wondzorg & Dermatologie Team en de verpleegkundig specialist van 'Allerzorg - Ziekenhuis op Wielen' (7) in verband met de complexiteit van de wond (foto 1) en de specifieke complexe behandeling die nodig is.

Specifieke anamnese

Patiënt heeft aangegeven dat ze pijn heeft van haar wonden bij het lopen; dit verhindert haar om überhaupt te lopen. Haar rechtervoet geeft zoveel pijn bij belasting dat zij niet kan mobiliseren. Patiënt kan goed aangeven waar het pijn doet en geeft deze pijn bij belasting een 8 op de NRS pijnscore. Als zij de voet niet belast geeft ze nauwelijks pijn aan. Patiënt geeft aan dat de wonden klein begonnen zijn, maar steeds groter werden. Ze geeft geen duidelijke arteriële vaatklachten aan, de verminderde loopafstand wijt zij aan de pijn van de wond. Verder heeft ze geen pijn in rust, last van stijfheid in de gewrichten of

gevoelstoornissen. Patiënt geeft wel aan in het verleden een trans-ischemisch accident (TIA) doorgemaakt te hebben (8). Tijdens de anamnese geeft ze aan dat ze graag van de wonden af wil, zodat ze meer vrijheid heeft.

Lichamelijk onderzoek

De verwijzing van het ziekenhuis gaf aan dat er mogelijk ook sprake zou zijn van arterieel vaatlijden, maar er is geen diagnostiek uitgevoerd. Omdat patiënt geen duidelijke klachten had en er zou worden gekozen voor een palliatief beleid gezien haar diagnose, besluit de verpleegkundig specialist in de thuis situatie verder onderzoek te doen. Patiënt heeft geen koude voeten of afwijkingen aan de nagels. Bij palpatie zijn aan zowel de arteria tibialis posterior als aan de arteria dorsalis pedis pulsaties te voelen. Bij aanvullend onderzoek met de doppler worden hier eveneens bifasische signalen waargenomen, waarna een enkel-armindex van 0,85 is vastgesteld.



Foto 1. 10-10-2021 Startsituatie, gele en zwarte necrose.

Wondgegevens hielwond plantaire zijde voet

Afmetingen 5,1 x 3,9 cm

Diepte 2,2 cm

T: 30 % zwart 10% geel 60% rood

I: geen infectieverschijnselen

M: vochtig

E: wondranden onregelmatig en op sommige plaatsen verweekt

Hielwond achterzijde ter hoogte van de achillespees

Afmetingen 5,6 cm x 3,3 cm

Diepte 0,3 cm

T: 25% zwart 30 % geel 45% rood

I: geen infectieverschijnselen

M: vochtig

E: wondranden verheven, onregelmatig en iets verweekt

Diagnose: decubitus categorie 3

Er bestaan op dit moment nog geen landelijke protocollen voor het uitvoeren van chirurgisch debridement thuis.

Wondbeleid

Op basis van de casus en klachten van patiënt is in goed overleg met patiënt en haar dochter besloten te starten met drukontlasting. Daarnaast is er besproken om met behulp van wekelijks chirurgische debridement de wonden zo veel mogelijk schoon te maken. Voor het verwijderen van het necrotisch beslag/weefsel is het chirurgisch debridement vaak de snelste behandelmethode (4,5). Patiënt heeft aangegeven dat zij wenst zo snel mogelijk weer zelfstandig te kunnen zijn.

In verband met eerdere pijnklachten wordt het weefsel verdoofd met lidocaïne met prilocaïne (9), dit is in de thuiszorg goed toe te passen en het maakt het debridement makkelijker uitvoerbaar.

Er bestaan op dit moment nog geen landelijke protocollen voor het uitvoeren van chirurgisch debridement thuis, daarom wordt bij Allercare het door een interne commissie ontwikkelde protocol met stappenplan gebruikt, waarin rekening gehouden wordt met de wetgeving. In deze specifieke casus werd ook rekening gehouden met het gebruik van de trombocytenaggregatremmer clopidogrel door patiënt (10).

Naast het toepassen van een wekelijks debridement wordt een alginaatverband ingezet in verband met de hemostatische werking van het alginaat. De wondranden worden beschermd met een barrièrecreme. Ook is gestart met compressietherapie middels een tweelaags compressiesysteem waarbij de druk beperkt blijft tot 20 - 30 mmHg. Dit vanwege het feit dat er bij drie metingen verschillende waarden uit de EAI kwamen, en mild arterieel vaatlijden niet geheel kon worden uitgesloten.

Verloop

Na de start met wekelijks scherp debrideren, vier weken volledige drukontlasting, verbinden met alginaat, absorberend verband en compressief zwachtelen wordt een goede genezigstendens gezien (foto 2). Met patiënt en diëtist is over de inname van extra eiwitten gesproken. Per week worden de wonden kleiner (foto 3) en kan de patiënt voorzichtig starten met mobiliseren, waarna zij zichtbaar meer kwaliteit van leven ervaart. Patiënt is na circa drie maanden in staat volledig de voet te belasten en kan zich zelfstandig met behulp van een rollator door haar huis voortbewegen. Ondanks haar slechte prognose ervaren zowel zij als haar dochter dit als een grote verbetering van de kwaliteit van leven.



Foto 2. Na vier weken is er een mooie genezingsstendens te zien. De necrose is voor het grootste deel verdwenen.



Foto 3. De laatste loodjes na circa 10 weken.

Beschouwing casus

In de literatuur wordt chirurgisch debridement beschreven als een techniek die in verband staat met snellere wondgenezing (4). In de literatuur wordt eveneens beschreven dat in een palliatief traject waar de verwachting is dat de patiënt snel zal komen te overlijden, de focus verschuift. De traditionele wondzorg waar de focus ligt op genezing en sluiting van de wond verschuift naar het bevorderen van comfort, het wegnemen of vermijden van lijden en het verbeteren van de kwaliteit van leven. Tevens wordt in de literatuur geschreven dat palliatieve zorg adaptief moet zijn aan de gehele mens. De holistische mensvisie staat beschreven bij het zorgen voor patiënten in de palliatieve fase (6). De 'kwaliteit van leven' stond voor de patiënt in deze casus centraal, daarbij was haar wens om de wond zo snel mogelijk te sluiten. Voor de patiënt in deze casus was met name de snelle wondgenezing een persoonlijke wens. In deze casus bleek chirurgisch debridement een goede keuze. Het is veilig, weloverwogen en de keuze om een debridement in de thuiszorg uit te voeren is een bewuste keuze geweest.

Er bestaan op dit moment geen VILANS-protocollen of andere landelijke richtlijnen hierover. Als organisatie heeft Allertzorg een eigen protocol ontwikkeld en stap voor stap uitgeschreven waarbij rekening gehouden wordt met de risico's, de contra-indicaties en de mogelijke complicaties. Daarnaast wordt gezorgd voor jaarlijkse scholingen en voldoende wondverpleegkundigen die de handeling uit mogen voeren volgens de kwaliteitseisen die vanuit de wet gesteld worden. Een landelijk uniform protocol zou wenselijk zijn om deze zorg ook landelijk uniform te kunnen laten plaats vinden en daardoor beter te kunnen sturen op kwaliteit, veiligheid en ervaring in de eerste lijn. Zorg op maat en op de juiste plek door de juiste persoon is in dezen essentieel.

Literatuur

1. Cromwijk-Joosten M, van Hartingsveldt J, van 't Hoff M, et al. **Snijden in de Thuiszorg**. WCS Nieuws, 2016; Jaargang 32,20-2.
2. Whitney J, Phillips L, Aslam R, et al. **Guidelines for the treatment of pressure ulcers**. Wound Repair and Regeneration, 2006;14:663-79. 4.
3. Poot E, Mintjes J, Weststrate J, et al. **Decubitus te lijf: Handboek decubituspreventie voor verpleegkundigen**. Houten, 2008; Bohn Stafleu van Loghum.
4. Nube V, Alison J, Twigg S. **Journal of Foot and Ankle Research (2021)** 14:52 <https://doi.org/10.1186/s13047-021-00489-1>
5. Wilcox JR, Carter MJ, Covington S. **Frequency of debridements and time to heal: a retrospective cohort study of 312 744 wounds**, JAMA Dermatol, 2013;149(9):1050 <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2013.4960>
6. Woo KY, Krasner DL, Kennedy B, et al. **Palliative wound care management strategies for palliative patients and their circles of care**. Adv Skin Wound Care, 2015;28(3):130-40; quiz 140-2.
7. Allertzorg: Ziekenhuis op Wielen, <https://www.dejuistezorg-opdejuistestep.nl/praktijkvoorbeelden/allertzorg-ziekenhuis-op-wielen/> Bezoekt op 25-1-2022.
8. NHG richtlijn Perifeer arterieel vaatlijden, <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/perifeer-arterieel-vaatlijden> bezocht op 25-1-2021
9. Richtlijn Federatie Medisch Specialisten **Wondzorg pijn prilocaïne of lidocaïne**, https://richtlijnen-database.nl/richtlijn/wondzorg/wondzorg_pijnbestrijding/wondzorg_pijn_prilocaine_of_lidocaine.html bezocht op 26-1-2022
10. EWMA-document via https://www.wcs.nl/wp-content/uploads/EWMA-Debridement_5_Hoge-resolutie.pdf geraadpleegd op 26-1-2022.
11. Koridon I, van der Stok M. **Debridement in de eerste lijn**. WCS Nieuws, 2019; jaargang 35, 46-48.

*Anja Hulzinga, verpleegkundig specialist AGZ wondzorg en dermatologie, Allertzorg 'Ziekenhuis op Wielen'.
Lid WCS Commissie Chirurgische wonden.