

POSITIEVE PRAKTIJKERVARINGEN MET BIATAIN-IBU

K. Creemers*

In dit artikel beschrijft wond-, decubitus en oncologieverpleegkundige Karin Creemers, werkzaam in het Nederlands kanker instituut- Antoni van Leeuwenhoek, vijf cases over het gebruik van Biatain-Ibu. Het zijn praktijkervaringen bij oncologische ulcera en er wordt gebruik gemaakt van het schuimverband waarin het NSAID ibuprofen is verwerkt.

De problematiek van pijn die wordt veroorzaakt door chronische wonden blijft in te veel gevallen onderbelicht¹.

Het is voor verpleegkundigen vaak moeilijk om in te schatten hoe ernstig dit probleem feitelijk is². Dit heeft voor een deel te maken met het feit dat wetenschappelijk onderzoek op dit gebied schaars is, maar het komt ook deels omdat de patiënt pijn een logisch gevolg vindt van een chronische wond en zich er dus niet voldoende over uitlaat³.

Toch is pijn bij chronische wonden bepaald geen uitzondering.

Integendeel zelfs. Voor patiënten met decubituswonden geldt dat tussen de 68 en de 87 % te maken heeft met chronische wondpijn⁴.

En bij oncologische wonden ligt dit percentage rond de 38 %⁵.

Dit zijn niet mis te verstane cijfers. Daarom is het van belang dat je als (wond)verpleegkundige aandacht besteedt aan de pijnbeleving van de patiënt.

Vraag ernaar, rapporteer erover en stuur iemand zonnodig door naar een pijnverpleegkundige of pijnarts.

VIJF PRAKTIJKCASES

De cases studies beschrijven praktijkervaringen bij oncologische wonden die bedekt worden met Biatain-Ibu. Dit is een schuimverband met exsudaatmanagement, waarin het NSAID ibuprofen is verwerkt. De ibuprofen wordt constant en geregeld op lokaal niveau afgegeven aan de wond, wanneer het in contact komt met wondexsudaat.

De praktische ervaringen met het werken met Biatain-Ibu zijn nog beperkt.

CASUS I: MEVROUW K.M. (79 JAAR)

Bij mevrouw K.M., een gepensioneerd administratief medewerkster en actief in het vrijwilligerswerk, werd in 1997 een basaalcarcinoom ontdekt. Ze had een melanoom van de voetzool rechts.

In verband met kliermetastasen onderging zij een oppervlakkig en diep lieskliertoilet, waarna ze aansluitend chemotherapie onderging. In 2005 bleek er sprake van een subcutane meta van de rechter kuit,

waarop een irradicale excisie werd verricht. Later in 2005 volgde er:

- o excisie van een meta, plus SSG (split skin graft)
- o excisie meta rechter bovenbeen en buikwand
- o radicale excisie intrasit meta rechter enkel lateraal
- o excisie meta bovenbuik en
- o recidief meta been plus SSG met uitlopers in diepere lagen.

In 2006 volgde er wederom een excisie van een meta aan haar onderbeen, plus SSG (split skin graft). De vrouw onderging daarop een perfusie van het rechterbeen. K.M. kon niet terugvallen op mantelzorg en wilde haar autonomie behouden.

Ze had een gemiddelde pijnscore van tussen zes en acht volgens de pijnscorelijst van NKI-AvL.

De wond was voor zeventig % rood en dertig % geel. De huid en wondranden waren droog. Het exsudaat was matig.

Tussen 2003 en 2006 waren verschillende wondmaterialen gebruikt, uitlopend van siliconenverbanden, alginaat en zalfgazen tot schuimver-



Casus 1 - 1



Casus 1 - 2



Casus 2



Casus 3

banden, absorberende verbanden, zilververbanden en honingverbanden.

K.M. gebruikte driemaal daags diclofenac (50 mg) en viermaal daags paracetamol (1.000 mg), plus Selokeen® (RR medicatie) en Stilnoct® (slaapmedicatie) omdat zij anders 's nachts wakker werd van de pijn.

In mei 2006 begonnen wij de wond van K.M. te behandelen met Biatain-Ibu. Haar pijnscore zakte heel snel naar twee tot drie. Ze kon 's nachts weer slapen zonder medicatie. Ze gebruikte zo nodig nog wel paracetamol, maar kon stoppen met NSAID. In oktober, enkele weken na de perfusie, was de wond gesloten. Dit kwam mede door de perfusie behandeling tegen het oncologische ulcus. Maar de Biatain-Ibu heeft er zeker toe bijgedragen dat de laatste fase van haar wondgenezing minder pijnlijk voor haar was.

CASUS II: MEVROUW A.V.H. (87 JAAR)

In 2003 werd bij mw. A.v.H. wegens een afwijking aan het linker onderbeen door de dermatoloog een biopsie verricht.

Op basis hiervan werd de diagnose atypische plaveiselcel proliferatie gesteld.

In 2004 volgde excisie van de plaveiselcel.

Mw. A.v.H. is een alleenstaande huisvrouw die voor mantelzorg kan terugvallen op haar kinderen en kleinkinderen.

Haar gemiddelde pijnscore bevond zich tussen de vijf en de zes. Ze

gebruikte hiervoor viermaal daags paracetamol (500 mg) en viermaal daags codeïne (10 mg).

De wond was voor 60 % rood en voor 40 % geel en gaf veel exsudaat. De wondranden waren gemacereerd. In de periode van april 2006 tot en met juni 2006 werd gebruik gemaakt van siliconenverbanden, alginaat, zalfgazen, schuimverbanden en absorberende verbanden in een poging om de klachten, die de wond gaf, te ondersteunen en de pijn te verlichten.

Vervolgens werd er overgegaan op Biatain-Ibu i.v.m. de pijn die mw. aangaf in het wondgebied.

De pijnscore van mevrouw zakte snel naar één tot twee.

Ze kon stoppen met het gebruik van codeïne en gebruikte alleen nog paracetamol naast de Biatain-Ibu.

De wond was binnen een maand gesloten, waarop de behandeling met Biatain-Ibu kon worden gestaakt.

CASUS III: MEVROUW M.J. (80 JAAR)

Mw. M.J. is een gepensioneerde, alleenstaande administratief medewerkster bij wie in 2006 door de dermatoloog een huidverkleuring aan het linker onderbeen werd verwijderd.

Omdat er sprake bleek van een melanoom, werd zij verwezen naar NKI-AvL.

Hier volgde een oppervlakkig en diep lieskliertoilet van het linkerbeen i.v.m. zeven positieve klieren. Vervolgens onderging zij in volgorde de volgende behandelingen:

o excisie van het melanoom aan het

linkeronderbeen plus SSG
o een irradicale excisie van het melanoom aan de voetrug
o na radiotherapie volgde nogmaals een excisie van het melanoom aan het linker onderbeen en de voetrug

o een excisie van twee melanomen aan het linkeronderbeen.

Wegens herhaalde metastasen werd amputatie van het linkeronderbeen voorgesteld.

Mw. M.J. woont inmiddels tijdelijk bij haar zus en zwager, die voor haar zorgen.

Ze heeft een gemiddelde pijnscore van tussen de acht en negen.

Ze gebruikt driemaal daags diclofenac (50 mg) en viermaal daags paracetamol (1.000 mg).

Om te kunnen slapen gebruikt ze temazepam.

Haar wond is voor 10 % rood en voor 90 % geel. De huid en wondranden zijn droog, het exsudaat is matig. Er is sprake van oedeemvorming.

Tussen april en september worden vele wondmaterialen gebruikt (siliconenverbanden, alginaat, zalfgazen, schuimverbanden, absorberende verbanden, zilververbanden, honingverbanden, hydrogel en wondrandbeschermers), maar zonder resultaat.

Nadat in september is begonnen met Biatain-Ibu i.v.m. veel lokale pijnklachten van het oncologische ulcus, zakt de pijnscore van mw. M.J. radicaal naar één tot twee.

Ze kan weer goed slapen zonder medicatie, gebruikt nog wel paracetamol maar stopt met NSAID.

In oktober is ze in het AMC gestart



Casus 4 - 1



Casus 4 - 2

met hyperbare zuurstoftherapie om de wond de mogelijkheid tot sluiting te geven. In een later stadium zal ze een perfusie ondergaan.

Vooralsnog wordt de behandeling met Biatain-Ibu met succes voortgezet.

CASUS IV: MEVROUW E.M. (87 JAAR)

Mw. E.M. is een alleenstaande, gepensioneerde juriste die in een aanleunwoning woont.

Voor haar mantelzorg kan ze terugvallen op familie en op de verzorgenden die verbonden zijn aan die aanleunwoning.

In 1977 heeft mw. E.M., vanwege mammacarcinoom, zes weken radiotherapie gekregen. Ten gevolge hiervan heeft zich een niet maligne sternumulcus ontwikkeld.

Van osteomyelitis is geen sprake. Voorgesteld wordt het ulcus conservatief te behandelen, gezien de grote van de operatie en de leeftijd van mw.

De wond is voor 10 % rood en 90 % geel, de huid en huidranden zijn droog en het exsudaat is zeer matig.

Mw. E.M. heeft een pijnscore van vier tot vijf. Ze gebruikt viermaal daags paracetamol (1.000 mg). In de periode augustus tot en met september 2006 worden diverse wondmaterialen gebruikt (siliconenverbanden, zalfgazen, hydrogel, wondrandbeschermer) in een vergeefse poging het ulcus te ondersteunen en mogelijk te laten genezen. In september wordt een begin gemaakt met Biatain-Ibu, gecombineerd met een hydrogel, om een

vochtig wondmilieu te creëren.

E.M. gebruikt nog wel paracetamol, maar haar pijnscore daalt naar nul tot één.

Mw. is zeer tevreden met haar wondbehandeling met Biatain-Ibu.

CASUS V: DE HEER V.M. (64 JAAR)

De heer V.M. is ondernemer en is gehuwd.

Omdat er een melanoom in het rechterbovenbeen wordt vastgesteld met metastasen in longen en lever, krijgt hij palliatieve chemotherapie. Zijn vrouw, familie en wijkverpleegkundigen kunnen mantelzorg verlenen.

De wijkverpleegkundige ondersteunt dhr. alleen bij de wondverzorging.

Dhr. V.M. heeft een gemiddelde pijnscore tussen de zes en zeven.

Zijn wond is 20 % rood en 80 % geel en riekt fors.

De huid is droog en de wondranden zijn verweekt, er is veel exsudaat en in het hele been is sprake van oedeemvorming.

Hij gebruikt viermaal daags paracetamol (1.000 mg), tweemaal daags Oxycontin® (40 mg) en nog andere medicatie voor overige klachten.

In september en oktober worden siliconenverbanden, absorberende verbanden, wondrandbeschermer, alginaat en koolstofverbanden gebruikt, allen ingezet om de klachten, die dit oncologische ulcus geven, te ondersteunen.

In september 2006 wordt een start gemaakt met Biatain-Ibu i.v.m. lokaal veel pijn en fors exsudaat.

De pijnscore van dhr. V.M. zakt naar

drie tot vier.

Hij blijft zijn overige pijnmedicatie gebruiken.

De behandeling met Biatain-Ibu, gecombineerd met een koolstofverband, wordt voortgezet.

CONCLUSIE

De vijf cases in deze studie laten zien dat behandeling met Biatain-Ibu voor alle vijf deze patiënten meerwaarde heeft gehad.

Er was sprake van verbetering van de wondsituatie, en een reductie van pijn in het wondgebied.

Van belang is bovendien dat de pijnscore bij alle vijf deze patiënten aanzienlijk is gedaald en in enkele gevallen zelfs nagenoeg is verdwenen.

Deze resultaten zijn bereikt met Biatain-Ibu, nadat eerdere behandeling met andere wondproducten minder succesvol was gebleken.

In deze gevallen is duidelijk sprake van verbetering van de kwaliteit van leven van de betrokkenen.

Nu beschrijven deze cases natuurlijk slechts vijf gevallen van patiënten bij wie de behandeling met Biatain-Ibu succesvol was.

Op basis hiervan kunnen geen conclusies worden getrokken, daarvoor zijn deze patiëntenaantallen te gering. Feit blijft dat oncologische wonden/ulcera niet kunnen genezen door de toepassing van specialistische verbandmaterialen. Een gerichte behandeling tegen de kanker staat daarom ook op de voorgrond. Pas als deze succesvol is, zal de wondgenezing ook een reëlere kans krijgen. Echter, je kunt de klachten die dit



Casus 5 - 1

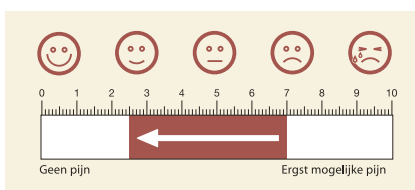


Casus 5 - 2

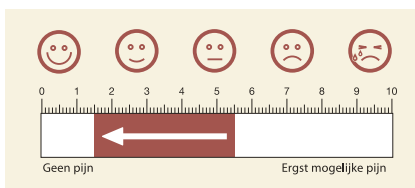
soort wonden geven wel ondersteunen met specialistische verbandmaterialen.

Biatain-Ibu is in deze casuïstiek van duidelijke meerwaarde geweest m.b.t. pijnreductie en opvang van fors exsudaat.

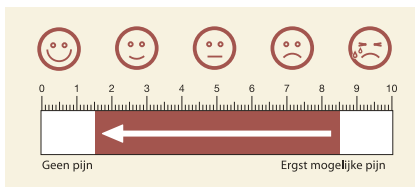
* Karin Creemers, Wond-, decubitus- en oncologieverpleegkundige, NKI-Antonie van Leeuwenhoek Amsterdam



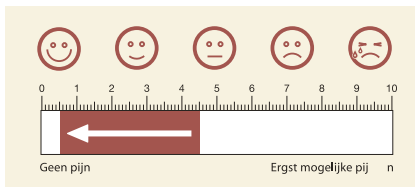
Pijnschaal casus 1



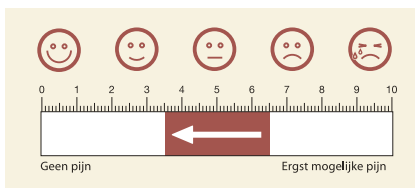
Pijnschaal casus 2



Pijnschaal casus 3



Pijnschaal casus 4



Pijnschaal casus 5

LITERATUUR:

1. Husband LL. Venous ulceration: the pattern of pain and the paradox. *Clinical Effectiveness in Nursing*. 2001, 5, 35-40.
2. Briggs M. The prevalence of pain in chronic wounds and nurses' awareness of the problem. *British Journal of Community Nursing*. 2006, 15[21 supp. (Acknowledging and addressing chronic wound pain)], 5-9.
3. McCaffrey M and Pasero C. *Pain: Clinical manual*. 1999, 2, 1-869. St. Louis, USA, Mosby.
4. Dallam L, Smyth C, Jackson BS, Krinsky R, O'Dell C, Rooney J, Badillo C, Amella E, Ferrara L, and Freeman, K. Pressure ulcer pain: assessment and quantification. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 1995, 22[5], 211-218.
5. Naylor W. Pain in Fungating Wounds: Another Perspective. *British Journal of Nursing*. 2003, 49[11], 9-12.
6. Steffans B and Herping SPK. Novel wound models for characterizing the effects of exudate levels on the controlled release of ibuprofen from foam dressings. 2006, Poster. Prague, Czech Republic, European Wound Management Association.