

TOEPASSING VAN HYALURONZUUR BIJ ONCOLOGISCHE WONDEN

A. Kreiter*

Hyaluronzuur is een stofje dat bij vele biologische processen in ons lichaam een rol speelt. Een van de belangrijkste eigenschappen is dat Hyaluronzuur een van de meest hygroscoopische (vochtaantrekkende) moleculen in de natuur is: het kan tot 3000 keer zijn eigen gewicht aan water absorberen, waarbij een gel ontstaat. Hyaluronzuur handhaaft het watergehalte van het weefsel. Daarnaast kunnen nog allerlei andere eigenschappen aan Hyaluronzuur worden toegeschreven (Chen et al, 1999¹) die op het niveau van de huid een belangrijke rol spelen bij het herstel van de huid na beschadiging. Bovendien is Hyaluronzuur betrokken bij de vorming van granulatie weefsel.

Bij oncologische wonden, wonden ontstaan door de behandeling van kanker, is er vaak sprake van (zeer) vertraagde wondgenezing. Oorzaken hiervoor kunnen zijn:

- Slechte voedingstoestand
- Radiotherapie in het verleden
- Combinatietherapie ondergaan (b.v. chemotherapie/ radiotherapie)
- Operatie in een moeilijk gebied b.v. in het vulvaire/ rectale gebied of de liesklieren zijn verwijderd

Bij bovenstaande categorie wonden geneest het overgrote deel uiteindelijk wel. Sommige wonden vertonen echter geen enkele genezings-tendens. In het Antoni van Leeuwenhoek

Ziekenhuis wordt dan een behandeling gestart met Hyalofill®/ Hyalogran® (producten waarin Hyaluroxzuur is verwerkt). Hieronder worden twee casuïstieken beschreven die de positieve werking van de Hyaff laten zien bij chronische wonden

CASUS 1.

Dhr. Janssen, 65 jaar, is een gezonde man die een actief en sportief leven lijdt.

Ziektegeschiedenis:

- In 1987 is uit het rechterbeen een weke delen sarcoom verwijderd.
- In 1998 volgt re- excisie i.v.m een recidief.
- Bij het doorbuigen knapt er een

hechting en ontstaat er een defect van ongeveer 2 cm.

- Er volgt een nabehandeling met 25 x radiotherapie ondanks het wonddefect.
- De wond geneest volledig.
- In augustus 1998 (3 maanden na genezing van de wond) komt er weer gelig vocht uit de wond. De dermatoloog schrijft Fucidine zalf voor.
- In oktober wordt de vochtproductie groter en wordt dhr. voor het eerst gezien door de wondverpleegkundige. De wond is atoon en heeft een geel wondbed. Er wordt gestart met een Alginaat om de wond te reinigen en omdat dit langer kan blijven zitten. De onderliggende spier beweegt los ten opzichte van de huid. Dit geeft extra irritatie van het wondbed en weinig kans om te vergroen met de huid.
- De wond wordt iets schoner in de maanden daarop. Maat wond 3,4 cm x 1,6 cm/ 50% rood/ 50% geel. De genezing gaat erg traag. In april 1999 (zie foto 1) wordt besloten om te starten met Hyalofill® (net op de markt). De Hyalofill® wordt op maat van de wond aangebracht (foto 2), hier overheen gaat een hydrofiber (Aquacel®) (foto 3) en het wordt afgedekt met een dunne hydrocolloïd (foto 4). Dit geheel kon 3 dagen blijven zitten.
- In de maanden daarop wordt het wondbed steeds ondieper (foto 5). De wond zelf wordt niet echt kleiner. De spier is inmiddels aan de huidlaag vastgegroeid. In juni 2000 is de wond eindelijk helemaal dicht en wordt het fragiele weefsel nog





een aantal weken beschermd met een dunne hydrocolloïd (foto 6).

CASUS 2.

Dhr. van Putten, 68 jaar. Dhr. is diabetes (goed ingesteld, gebruikt tabletten).

Ziektegeschiedenis:

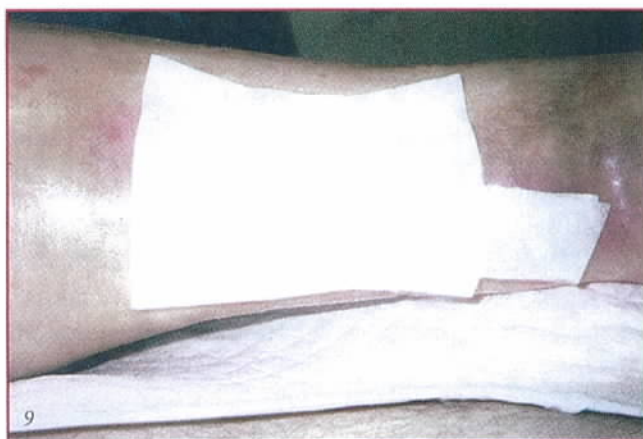
- In 1993 ondergaat dhr. een perfusie van zijn linkerbeen i.v.m. een recidief Schwanoom (tumor uitgaande van een zenuw). Dhr. is eerder geopereerd in een ander ziekenhuis.
- In 1994 wordt de necrotisch geworden tumor uit zijn been verwijderd.
- Hierna krijgt dhr. 25 bestralingen.
- In 1998 wordt dhr. opnieuw opge-

nomen i.v.m. een abces in het oude operatiegebied. Dit wordt op de OK ontlast en gedraineerd. Op de afdeling wordt de ontstane wond gespoeld en krijgt dhr. Antibiotica. Er wordt enkele malen een necrotomie verricht i.v.m. taai, geel beslag op de wondbodem.

- 1999: de wond gaat niet vooruit en de plastisch chirurg wordt geconsulteerd. Deze raadt een grote, corrigerende operatie af omdat dat weinig kans van slagen heeft door de operaties die al in het gebied plaats hebben gevonden en de bestraling die dhr. ondergaan heeft. Hij stelt voor door te gaan met het afgesproken beleid, n.l. 2 x daags spoelen onder de douche

en verbinden met vochtige NaCl 0,9%. Als de wond op huidniveau is dan zo mogelijk een huidplastiek aanbrengen. De wond produceert veel vocht en dhr. heeft veel last van lekkage.

- Op 24 februari 1999 komt dhr. voor het eerst op de wondpoli en wordt er gestart met Hyalofill®. De wond bestaat dan 1 jaar (zie foto 7). De Hyalofill® wordt binnen de wondranden aangebracht en dit wordt afgedekt met hydrofiber (verticale, ruime vochtopname). Dit geheel wordt afgedekt met 2 plakken adhesieve schuimverband 17,5 x 17,5 cm (foto 8 t/m 10) omdat dit goed afsluit en veel vocht opneemt. Een voordeel is



ook dat de pleister over het hele oppervlak plakt zodat het op dit onregelmatige oppervlak overal goed hecht en er minimaal kans is op lekkage. Ondanks het hoge absorberende vermogen van de verbanden moet de verbandwisseling toch 1 x daags plaatsvinden.

- In maart is de kleur van het wondbed veel roder en vertoont weer 'leven'. (foto 11) Dit proces zet zich voort en in mei wordt dhr. opgenomen voor een thierschplastiek. Over het nieuwe huidje wordt een wondcontactmateriaal gehecht. Hierop wordt een laagje Hyalofill® aangebracht en hier overheen gaat weer Aquacel®. Om het huidje de kans te geven te hechten wordt er

een gipsspalk aangebracht.

- Het nieuwe huidje slaat voor 75% aan (foto 12). De nog niet gesloten delen worden verder behandeld met Hyalofill en de wond ziet er nu uit als op foto 13 (augustus 2001). Of de wond ooit helemaal dicht zal gaan zal de toekomst uitwijzen. In ieder geval is de wond voor het overgrote deel dicht en ondervindt dhr. nog maar weinig last van de wond.

*** Annemieke Kreiter, wond- en decubitusverpleegkundige, Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis, Amsterdam en lid WCS commissie Oncologische Wond**



LITERATUUR

1. The Monograph, Hyalofill, innovations in woundcare, 2001