

Wondbedpreparatie: nieuwe inzichten, betere resultaten

Auteur: Anonimus

Vertaald/bijgewerkt:

Nieuwsbrief: 2002

Pagina: 7-8

Jaargang: 5

Nummer: 2

Toestemming:

Illustraties:

Bijzonderheden:

Kernwoorden: wondbehandeling wondverzorging wondbedpreparatie decubitus ulcus

Literatuur:

Wondverzorging is onderwerp van gesprek onder een groeiend aantal wetenschappers en medici. De clinicus-practicus wordt overspoeld met informatie over nieuwe bevindingen, methoden, middelen en richtlijnen. Middelpunt van de belangstelling: wondbedpreparatie.

“Wondbedpreparatie is niet nieuw”, relativeert Maarten Lubbers. Hij is chirurg van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam en specialist op het gebied van de wondzorg. “Al langere tijd is bekend dat bepaalde stoffen in het wondbed de genezing kunnen vertragen. Wel hebben we tegenwoordig meer mogelijkheden gekregen om daar wat aan te doen. Alle kennis die we hebben, was tot voor kort gericht op de acute wond. Dankzij moderne wondmiddelen en technieken kunnen we nu ook de chronische wond beter behandelen. We hebben nieuwe inzichten verkregen in de pathofysiologie van de wond.” Wonden worden klassiek verdeeld in acute en chronische wonden, elk met hun eigen problemen. De klassieke droge wondgenezing heeft het gaas en de korst als kenmerk. Een gaas wordt aangebracht om de bloeding te stoppen en een korst te verkrijgen; de natuur zorgt voor de rest. Later ontstond de tweede generatie wondverzorgende producten. Het gaat hierbij om occlusieve oftewel vochtige wondgenezing. De wond wordt vochtig gehouden onder een occlusief verband. Externe factoren zoals pathogenen kunnen door deze barrière niet meer in de wond komen en de stoffen in de wond die nodig zijn voor genezing blijven aanwezig. De wond droogt niet uit en er ontstaat geen necrotische korst, doorgaans een voedingsbodem voor bacteriën. Gevolg: snellere wondgenezing, minder infectie.

Rust krijgen

De beschreven therapieën bieden soelaas bij de ‘gewone’, acute wond. Lastiger wordt het als er sprake is van een chronische wond. Dat kan een open-beenwond zijn, een decubituswond of een voetulcus. Zo’n wond geneest niet snel genoeg en kenmerkt zich door een instabiel wondbed met veel wondvocht (exsudaat). Er is dan sprake van bacteriën, infecties of dood weefsel. Lubbers legt uit: “De clinicus-practicus moet nagaan welk type wond het betreft, in welke fase van de genezing de wond zich bevindt en welke behandeling het overwegen waard

is om de wond te genezen. Het belangrijkste is om de wond schoon te krijgen zonder infectie en met een normale vochtigheid en een goede oxygenatie. Dat noemen we wondbedpreparatie: de behandeling van het wondbed, zodanig dat er sprake is van een goede doorbloeding en minimale exsudatie. De wond moet de nodige rust krijgen en geen nieuwe traumata ondergaan. Maar de arts doet er ook goed aan de ziekte of aandoening van de patiënt adequaat te bestrijden. Je kunt de conditie van de chronische wond namelijk niet los zien van het onderliggend lijden. Je moet je afvragen hoe iemand aan zo'n wond komt. Wat is zijn gezondheidstoestand? Hoe is de fysiek en het geestelijk welbevinden?"

Verlengde aandacht

Een voor de hand liggende methode om van een chronische wond af te komen, is om deze gewoon weg te snijden. De chronische wond wordt daardoor een acute wond. De chirurg past huidtransplantatie toe door de wond af te dekken met een zwaailap. Echter, de plaats van de wond zal altijd een kwetsbare plek blijven die constante aandacht verdient. Lubbers denkt dat wondbedpreparatie met onder andere moderne antiseptica een goed alternatief zijn voor bovengenoemde rigoureuze methode. Het teveel aan necrose, bacteriën en wondvocht in het wondbed is met een juist antisepticum te verwijderen. Andere mogelijkheden zijn bijvoorbeeld de patiënt met het been omhoog leggen, een compressieverband aanbrengen of vacuümtherapie, waarbij het exsudaat onder een occlusief plastic wordt weggezogen. "Hoe dan ook blijft verlengde aandacht voor het wondbed noodzakelijk", weet Lubbers. "De chronische wond vraagt continue zorg om het verstoorde microklimaat in de wond blijvend te herstellen. Er wordt ook gezocht naar methoden om de patiënt thuis te behandelen. Continue zorg in het ziekenhuis is een dure en voor de patiënt minder comfortabele situatie. Wondverbanden kunnen ook worden aangebracht door thuiszorg- of wijkverpleegkundigen, mits die goed zijn opgeleid en steeds worden bijgeschoold. Ook zijn er technische voorwaarden aan verbonden. De apparatuur dient eenvoudig bedienbaar en draagbaar te zijn, zoals voor vacuümtherapie."

Kunsthuid

Verzorging van chronische wonden is een ketenafhankelijk proces. Wondbedpreparatie is daar een onderdeel van, evenals wondgenezing, infectiebestrijding, antiseptica en antibiotica, voeding, oxygenatie en de methode van wondbedekking. Voor zeer problematische wonden is al een derde generatie wondbedekkers beschikbaar: de bio-actieve verbanden. De mogelijkheden van kunsthuid nemen toe, al zijn ze voor de clinicus-practicus nog niet van belang. Dankzij 'tissue engineering' in laboratoria is het nu al mogelijk om de twee huidlagen epidermis en dermis te kweken. Het grote voordeel van kunsthuid is dat het cosmetisch betere resultaten biedt dan huidtransplantatie: er is immers geen lelijk litteken van de donorplaats. Ook het litteken zelf wordt vaak fraaier. "We moeten eerst nog weten hoe de immunologische processen bij wondgenezing precies samenwerken en in welke concentraties. Bio-actieve stoffen zoals cytokinen en groeifactoren spelen hierbij een sleutelrol. Hoewel we daar nog niet het fijne van weten, kunnen we wel alles in het werk stellen om de juiste voorwaarden voor wondgenezing te scheppen. Een optimaal wondbed is stabiel, goed doorbloed, goed geoxygeneerd (zuurstof), met weinig exsudaat, weinig bacteriën, geen infectie en weinig

weefselvocht (oedeem). Bovendien verlangen we van de patiënt dat die er een bewust leefpatroon op nahoudt. Dus gezonde voeding en niet roken.”