

VERSLAG VAN HET CONGRES WONDGENEZING & WONDBEHANDELING 2002 TE ROTTERDAM (CRUISE TERMINAL) OP 18 OKTOBER 2002

A. Roest - v.d.Wijngaard

De uitgangspunten voor dit jaarlijks congres over wondbehandeling en wondgenezing zijn overzicht, inzicht en pragmatiek.

Het congres is bedoeld voor specialisten en anderen in de zorgsector met een directe betrokkenheid bij wondbehandeling. Als commissielid oncologische wonden (WCS) en oncologieverpleegkundige met als aandachtsgebied wonden en wondbehandeling klinkt zo'n aankondiging je natuurlijk als muziek in de oren!

Ik heb dit congres dit jaar opnieuw gevolgd, omdat ik het vorig jaar een goede indruk heb opgedaan. Het congres was goed bezocht, alhoewel ik zelf denk dat er nog véél meer belangstelling zou moeten zijn.

De organisatie van dit congres is in handen van de stichting Wondgenezing & Wondbehandeling, in samenwerking met de afdeling Heelkunde van het medisch Centrum Rijnmond Zuid en het Ikazia Ziekenhuis en de afdeling Plastische Chirurgie van het Erasmus Medisch Centrum. De korte inleiding van professor S.E.R. Hovius (Erasmus M.C. Rotterdam) deed mij zelf al goed! Hij zei dat de gehele wondgenezing en wondbehandeling toch ook zeker bij de verpleegkundige vanuit de breedte verder opgepakt moet worden. Zij moet zich verder specialiseren en ontwikkelen. Prima opmerking, dit congres kon al niet meer stuk.

De heer R. Legerstee (marketing manager advanced wound care & tissue regeneration van Johnson & Johnson) had een goede en vlotte presentatie over honing, modder en maden. Deze spreker had een goed geïllustreerde presentatie met al onze voorouders. Hij ging terug naar de periode van Hippocrates (460 jaar voor Christus), naar Celsus (rond het jaar nul) waarin ze het al hadden over pijn, roodheid en zwelling bij wonden, naar de oude volksstammen die vroeger al bezig waren met wondbehandeling. De Egyptenaren gebruikten al honing in de wonden. Zijn uitgangspunt was dat de oorzaak en vooral de oorsprong van moderne methoden in de wondbehandeling alleen maar in ons eigen verleden kunnen worden gevonden. Wat is bijvoorbeeld de

invloed geweest van grote uitvindingen zoals de microscoop, de antiseptis en de antibiotica op wat we vandaag denken van, doen met en weten van wondbehandeling? En, omgekeerd, hebben dit soort uitvindingen dan ook invloed uitgeoefend op hoe we vandaag aankijken tegen oude behandelmethoden, waaronder het likken van wonden, honing in de wond, het gebruik van bloedzuigers en maden en het toepassen van aarde (klei en modder)?

Publicatie: Root RS and Root-Bernstein MR (1997); Honey, mud, maggots and other medical marvels; MacMillan Publishers Ltd. London.

Natuurlijk, en zeer volledig, werden ook de gehele psychosociale kant en de psychologische factoren rondom de wondbehandeling en genezing benoemd. Met name de patiënten met chronische wonden en verminkingen. Hoe ga je mee als hulpverlener. Waar moet je aan denken.

Dr. K. Busscher (chirurg Jeroen Bosch Ziekenhuis te s²-Hertogenbosch) sprak over de achtergrond en feiten van open buikbehandeling. Het ging over patiënten met een ernstig generaliserende peritonitis ten gevolge van een perforatie van het maagdarmkanaal, postoperatieve naadlekkage of geïnfecteerde necrotiserende pancreatitis. Ondanks alle vooruitgang op het gebied van diagnostiek, chirurgische behandeling, antibiotica therapie en intensive care genees-

kunde blijft de sterfte van deze groep ernstig zieke patiënten hoog.

De traditionele chirurgische behandeling is er op gericht de bron van intra-abnormale infecties te verwijderen en de bacteriële verontreiniging te verminderen. De patiënt krijgt zondig een tweede laparotomie. Deze behandelingsstrategie is echter dikwijls niet succesvol doordat de infectie aanwezig blijft of opnieuw optreedt. Om de kans op restinfectie dan wel re-infectie te verminderen werden in de jaren tachtig twee nieuwe chirurgische behandelmethoden ingevoerd: de geplande relaparotomie en de open buik behandeling. Bij de geplande relaparotomie wordt de buikholtte stelselmatig heropend om de infectiebron te inspecteren en om geïnfecteerde vochtcollecties op te ruimen. Na elke laparotomie wordt de buikholtte gespoeld en gesloten. bij de open buikholtte behandeling wordt deze opengelaten voor permanente drainage. Dit staat de chirurg toe op eenvoudige wijze meerdere exploraties van de buikholtte te verrichten zonder veel schade toe te brengen aan de buikwand. Het herhaaldelijk sluiten van de buikwandfascie wordt door de voorstanders van de open buik behandeling als één van de grote nadelen van de geplande relaparotomie beschouwd. de open buik behandeling kent ook een grote morbiditeit: fistels, nabloedingen en buikwanddefecten. Er werd gesproken over 95 patiënten die in Utrecht werden vervolgd

nadat ze een open buik behandeling en stelselmatig uitgevoerde relaparotomieën kregen (1988-1995).

De conclusie was dat, ondanks het instellen van een open buik behandeling en het uitvoeren van geplande relaparotomieën, de mortaliteit van patiënten met een ernstige peritonitis ten gevolge van een geïnfecteerde necrotiserende pancreatitis, een perforatie of een naadlekkage, hoog blijft en dat de morbiditeit aanzienlijk is.

Er zal toch geadviseerd worden een open buik behandeling te starten indien meer dan twee relaparotomieën nodig zijn of wanneer het technisch gezien niet mogelijk is de buik te sluiten.

Dr. W.A. Bleeker (chirurg in het Wilhelmina Ziekenhuis te Assen) sprak over de Vacuüm Assisted Closure bij de behandeling van gecompliceerde open buiken. Hij sprak over deze relatief nieuwe methode om laparotomie wonden te behandelen. De laparotomie wond onderscheidt zich in diverse aspecten van andere wonden; de grootte, de contaminatiegraad, de al dan niet aanwezigheid van enterocutane fistels, de aanwezigheid van kwetsbare weefsels (darmen) die niet beschadigd mogen worden en de vaak forse wondvocht productie. Wondbedekkingsmaterialen die gebruikt kunnen worden zijn: Absorberende garen, diverse typen woundmanagers, alginaten, drainage onder plastic sheets en hydrocolloïden. Deze hebben hun voor en nadelen bij de diverse aspecten van open buik behandeling. Bij de vraagstelling uit de zaal kwam toch wel naar voren dat $\pm 50\%$ van de aanwezigen er voor was om de V.A.C. therapie te gebruiken bij open buiken met fistels van de darmen. De andere $\pm 50\%$ was absoluut tegen!

Onderzoek is er helaas nog niet wat dit betreft. Ook begreep ik dat in Amerika, bij open buik behandeling, geen V.A.C. therapie meer wordt ingezet. In Amerika zijn ze een beschermende mat aan het maken om de darmen te beschermen voordat er gezogen mag worden met de V.A.C. Hopelijk zullen we hier snel

meer van horen.

Littekenhypertrofie, dermatografie als behandeling voor postoperatieve wondgenezing is aan de orde geweest. De siliconenverbanden die veelvuldig worden gebruikt bij littekenhypertrofie is ook niet met onderzoek bewezen. Bij keloïd is het na excisie, in combinatie met siliconenapplicatie en druktherapie, verstandig dit te combineren met brachytherapie.

Onduidelijk is of dit in de toekomst een verhoogde kans geeft op maligne nieuwvormingen. Nagenoeg elke andere behandeling heeft een te hoge recidiefkans.

Toch wel zeer opvallend was de reactie in de zaal na de presentatie van drs. P.M.G. Filius en dr. I.C. Gijssens. Zij hadden het over het belang van het stellen van een juiste diagnose bij de behandeling van een wondinfectie. Vrijwel alle chronische wonden zijn gekoloniseerd met commensale bacteriën van de huid en de darm. Wanneer uit een wondkweek B-hemolytische streptokokken of meer dan 10^5 bacteriën per gram weefsel worden gekweekt is er sprake van infectie van de wond. De definitieve diagnose van een wondinfectie kan echter alleen worden gemaakt wanneer purulente afscheiding wordt gevonden of bij aanwezigheid van een ontstekingsreactie die heftiger is dan een normale ontstekingsreactie op weefselbeschadiging.

Een lichte roodheid van een wond met helder weefsel wordt niet als een wondinfectie beschouwd.

De belangrijkste verwekkers van wondinfecties zijn staphylococcus aureus en streptococcus pyogenes en steeds vaker staphylococcus epidermidis. Belangrijk is een goede wondkweek af te nemen omdat dan de keuze van een goed antibioticum gemaakt kan worden.

Zij vertelden dat één wattenstok geen kweek was! Minimaal twee wattenstokken, maar eigenlijk helemaal geen wattenstok, maar een bioptie of vocht met spuitje opgezogen in een kweekpotje.

Dit omdat er anders geen gram preparaat bekend was. Je wilt verwekkers hebben, dit in verband

met het antibioticascherm.

De meerderheid van de aanwezigen in de zaal deed de wondkweek met één wattenstok hetgeen niet goed blijkt te zijn.

Professor K.G. Harding (Rehabilitation Medicine, wound healing, UK) had een goed verhaal in de middagsessie. Hierna waren nog twee parallelsessies:

- Het inschatten van de lokale situatie van chronische wonden
- V.A.C. therapy in de praktijk, effectief eenvoudig

Rond de klok van 17:00 uur was het congres ten einde. Twee brandende vragen heb ik nog voor de WCS lezers. Wie weet hier in het volgende nummer een antwoord op?

1. Klopt het dat een wondkweek van één wattenstok niet voldoende is?
2. In de zaal werd de opmerking geplaatst dat metronidazol (flagyl) spoelingen op/in sterk geurende wonden een sepsis kunnen veroorzaken. Dit is op een Summerschool in Engeland besproken. Wat is hiervan waar? Hoe is dit mogelijk?

Na het congres en natuurlijk tijdens het congres is het heerlijk om al de "wondenmensen" zo bij elkaar te zien. Ik heb weer vele bekende mensen van verschillende locaties gesproken. Leuk om te horen waar een ieder mee bezig is en nog mee bezig zou willen zijn.

Vanuit de breedte van ons broep als verpleegkundige, wonddeskundige of professional moet nog veel gebeuren. En natuurlijk in de toekomst véél meer Evident Based onderzoek!! Veel berust op ervaringsdeskundigheid binnen de "wondenwereld".

***Alice Roest-v.d. Wijngaard, Oncologie verpleegkundige L.U.M.C., WCS Commissielid oncologische wonden.**