

"WCS WONDZORG, DOOR DIK EN DUN"

DINSDAG 20 NOVEMBER 2007

PLENAIRE SESSIE BEATRIXZAAL

	Dagvoorzitter Mw. Hanneke Kappen	
09.30 - 09.35	Opening	R.M. Baljon MSM, voorzitter WCS, manager netwerkontwikkeling Oogzorgnetwerk, Het Oogziekenhuis Rotterdam
09.35 - 10.05	Openingsact	Vrouw Holland
10.05 - 10.30	Vetzucht: een nieuwe zucht	Dr. M.D.S. Becker, huisarts Utrecht
10.30 - 11.00	Pauze	
	BLOK 1 Mw. JANSEN heeft obesitas, decubitus en smetten	
11.00 - 11.10	Inleiding casus	Dagvoorzitter
11.10 - 11.30	Decubitus graad 4 bij obesitas	T. de Groot, transmuraal decubitusconsultant 't Lange Land Ziekenhuis en Vierstroomzorgring, Zoetermeer
11.30 - 11.40	Inleiding casus	Dagvoorzitter
11.40 - 12.00	Smetten, preventie en behandeling	Drs. J. Huizinga NP i.o. afdeling dermatologie UMC Groningen, Groningen
12.00 - 13.30	Pauze	
	BLOK 2 Mw. Pietersen heeft obesitas, stuwingserytheem, diabetische voet en een stoma	
13.30 - 13.40	Inleiding casus	Dagvoorzitter
13.40 - 14.00	Pittingoedeem en stuwingserytheem bij obesitas	K. Timm NP IJsselland Ziekenhuis, Capelle a/d IJssel
14.00 - 14.10	Inleiding casus	Dagvoorzitter
14.10 - 14.30	Met overgewicht een dikke kans op diabetes	Prof. dr. R.J. Heine, hoogleraar diabetologie, Vu Medisch Centrum, Amsterdam
14.30 - 14.40	Inleiding casus	Dagvoorzitter
14.40 - 15.00	Stoma en obesitas, VETTE problemen!	I. Rook, stomaverpleegkundige Diaconessenhuis, Leiden
15.00 - 15.30	Pauze	
	BLOK 3 Mw. de Boer heeft obesitas, brandwonden en een oncologische wond	
15.30 - 15.40	Inleiding casus	Dagvoorzitter
15.40 - 16.00	Brandwonden en obesitas	J. de Jong, verpleegkundige Brandwondencentrum Martini Ziekenhuis, Groningen
16.00 - 16.10	Inleiding casus	Dagvoorzitter
16.10 - 16.30	Oncologische wond en obesitas	H. Lintz, verpleegkundig specialist Radiotherapie UMC Sint Radboud, Nijmegen
16.30	Afsluiting, borrel in Expozaal	Dagvoorzitter

10.05 - 10.30 Vetzucht: een nieuwe zucht

M. Becker, huisarts

Obesitas, Adipositas, Vreetzucht wordt dit onze volksziekte nr. 1?

Wat houden deze begrippen in en hoe definieer je de slanke lijn?

De epidemiologie en een resumé van alle nadelige gevolgen met nadruk op de gezondheidsproblemen, die door het dikzijn ontstaan, volgen.

Afsluiten wil ik met een korte uitkijk van hoe ik als huisarts met dit probleem omga.

PLENAIRE SESSIE

BEATRIXZAAL

11.10 - 11.30 Decubitus graad 4 bij obesitas

T. de Groot, decubitusconsulent

Mw Jansen heeft obesitas en decubitus. M.b.v. een lotusslachtoffer wordt de problematiek die daarbij komt kijken toegelicht.

De casuïstiek laat o.a. zien dat een opname en/of polikliniekbezoek in het ziekenhuis bij een graad 4 decubitus van de stuit voorkomen kan worden als er een deskundig transmuraal wondteam participeert.

11.40 - 12.00 Smetten (intertrigo); preventie en behandeling

J. Huizinga, NP dermatologie

'Smetten is een ontsteking van de huidplooien'. Dit is de definitie uit de richtlijn 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling'. Deze richtlijn is door het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) en het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) in samenwerking met de V&VN Dermatologie (voorheen Nederlandse Vereniging van Dermatologisch Verpleegkundigen en Verzorgenden) en het Medisch Centrum Alkmaar (MCA) tot stand gekomen.

Smetten (intertrigo) komt voornamelijk voor in de liezen, oksels, bilnaad en onder de borsten, maar ook in de buikplooien, plooien van de oogleden, nekplooien, elleboogsplooien, de navel en tussen de tenen. Omdat ook andere huid-aandoeningen in de huidplooien kunnen voorkomen, kan het lastig zijn om smetten te diagnosticeren. In de literatuur worden verschillende definities van smetten beschreven, ook is er overlap met andere huidaandoeningen zoals mycosen en bacteriële infecties.

Hoe smetten precies ontstaat, is niet bekend, maar aangenomen wordt dat smetten ontstaat door huid op huid contact. Er ontstaan oppervlakkige beschadigingen doordat de huidlagen tegen elkaar schuren. Warmte, vochtigheid en 'broeien' door gebrek aan luchtcirculatie zijn factoren die een negatieve invloed hebben op het verdere verloop. Er kan maceratie (verweking) van de huid ontstaan, waardoor de huid zijn natuurlijke afweer verliest en er een bacteriële of schimmelinfectie kan ontstaan.

In de richtlijn worden objectieve en subjectieve symptomen van smetten beschreven. Objectieve symptomen zijn; erytheem (roodheid), natten (vochtig), dunne/glanzende huid, fissuur (scherpe wondlijn in het midden van de plooi), spiegelvorming, erosie/ontvelling en maceratie. Als subjectieve kenmerken worden pijn, jeuk en een schrijnend/brandend gevoel genoemd.

Smetten kent een gradueel verloop en kan globaal in vier fasen worden verdeeld.

Fase één kenmerkt zich door een lichtrode, intacte huid. De patiënt kan een schrijnend/brandend gevoel ervaren.

Fase twee kenmerkt zich door een felrode, glanzende, intacte huid. De patiënt kan ook hier een schrijnend/brandend gevoel ervaren. De eerste en tweede fase kunnen gelijktijdig voorkomen en ze kunnen elkaar erg snel opvolgen. Ze zijn in de praktijk niet altijd strikt van elkaar te onderscheiden.

Fase drie kenmerkt zich door een felrode, nattende en kapotte huid en maceratie. Er kan een fissuur zichtbaar zijn op de breuklijn van de ene helft van de huidplooi naar de andere helft. Ook hier kan de patiënt jeuk, pijn en een schrijnend/brandend gevoel aangeven.

In fase vier is sprake van geïnfecteerde smetplekken. De huid is kapot en kan een wit, geel of groen aspect vertonen (afhankelijk van het infecterende micro-organisme). Er kan sprake zijn van een onaangename geur. De patiënt ervaart pijn, jeuk en een brandend/schrijnend gevoel, waarbij de pijnklachten meestal meer op de voorgrond staan dan de jeukklachten.

Smetten kan in principe bij iedereen ontstaan. Er is sprake van een verhoogd risico op smetten bij obesitas, verminderde mobiliteit; verhoogde lichaamstemperatuur, vochtige huid ten gevolge van transpireren of incontinentie, oudere patiënten (64+) en vrouwen.

Bij de preventie wordt uitgegaan van de algemene principes waarvan wordt aangenomen dat deze een rol spelen bij het ontstaan van smetten. Preventieve maatregelen zijn gericht op het voorkomen van huid op huid contact, het drooghouden van de huidplooien en het voorkomen van overmatige transpiratie. De patiënt wordt geïnformeerd en/of

PLENAIRE SESSIE

BEATRIXZAAL

geadviseerd, zodat deze zelf preventieve maatregelen kan nemen. Dagelijkse huidzorg is ook van belang.

Ook bij de behandeling van smetten wordt uitgegaan van de algemene principes waarvan wordt aangenomen dat deze een rol spelen bij het ontstaan van smetten. Daarnaast is het geven van informatie en/of advies, dagelijkse huidzorg, het herstel van de huid en het consulteren van deskundigen van belang. Ook de behandeling van een mogelijke bacteriële of schimmelinfectie is van belang.

In de richtlijn wordt de behandeling van smetten per fase beschreven. Voorgesteld wordt om de behandeling van smetten regelmatig, te weten op dag 3, dag 7 en dag 14, na de start van de behandeling te evalueren op basis van de afname van objectieve en subjectieve symptomen.

Literatuur

Landelijke richtlijn verpleging en verzorging 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling', NVDVV, LEVV, NIVEL, Utrecht 2004.

De richtlijn is te downloaden van: www.levv.nl. In de richtlijn zijn de namen van de leden van de expertgroep en de literatuurlijst terug te vinden.

13.40 - 14.00 Pittingoedeem en stuwingserytheem bij obesitas

K. Timm, NP

Stuwingserytheem uit zich als een rode verkleuring aan het onderbeen en gaat vaak gepaard met zwelling, pijn en een warme huid. Het is dan ook niet zo raar dat in eerste instantie het vaak wordt verward met erysipelas, dat ook deze verschijnselen kent. Er zijn echter verschillen waardoor de juiste diagnose kan worden gesteld en onnodige behandeling met antibiotica vaak achterwege kan blijven.



Hypostatisch eczeem



Erysipelas

Patiënten met obesitas hebben door het overgewicht te kampen met een hogere druk op de lies en daarmee op de beenvaten, waardoor veneuze insufficiënte, maar ook afwijkingen aan het lymfstelsel, vaker bij deze patiëntengroep voorkomt. Dit hoeft, behalve oedeem in de onderbenen, niet veel klachten te geven, waardoor patiënten geneigd zijn dat oedeem maar voor lief te nemen en pas naar de dokter gaan als de klachten toenemen.

Veneuze insufficiëntie uit zich in, zoals reeds genoemd, oedeem, varices, en in een later stadium huidverkleuringen en hyperpigmentaties, eczeem en nog later het ulcus cruris. Door stuwings van het veneuze systeem verwijden de capillaren in de huid zich waardoor een roodheid in de huid optreedt. Als het veneuze bloed lang in het onderbeen aanwezig blijft treden afwijkingen als eczeem en huidverkleuringen op. Het lymfestelsel raakt hierdoor ook beïnvloed waardoor erysipelas eerder kan optreden.

Erysipelas is een ontsteking van de huid en subcutis via de lymfbanen voortschrijdend en wordt veroorzaakt door een bacteriële (streptokokken) infectie van de huid. Het brengt scherp begrensde roodheid (rubor, erytheem), warmte (calor), zwelling (oedeem), pijn (dolor), functio lesie (verlies van functie) en hoge koorts en een gevoel van ziekzijn met zich mee. Er kunnen na enkele dagen blaren optreden en na ongeveer 10 dagen kan het aangedane gebied gaan vervellen.

PLENAIRE SESSIE

BEATRIXZAAL

Vooral de hoge koorts en het ziekzijn wijzen op een klassiek beeld van erysipelas of wondroos. Zijn deze factoren niet aanwezig dan is waarschijnlijk sprake van hypostatisch eczeem of stuwingserytheem, alhoewel een infectie veroorzaakt door een andere bacterie ook tot de mogelijkheden behoort. Als differentiaal diagnose mag ook trombose niet over het hoofd worden gezien.

In alle gevallen geldt dat (na) behandeling bestaat uit compressietherapie. Bij stuwingserytheem is dit de primaire behandeling, bij erysipelas is compressie vooral gericht op preventie van lymfoedeem. Geadviseerd wordt om na de eerste doorgemaakte erysipelas gedurende 6 maanden een klasse II (vlakbrei) kous te dragen. Bij recidiverende erysipelas wordt geadviseerd het veneuze en lymfesysteem levenslang te ondersteunen.

Bij veneuze insufficiëntie is het afhankelijk of de insufficiëntie te behandelen is door middel van scleroseren, laserbehandeling of operatie. Is dit niet mogelijk, dan zal de patiënt het advies krijgen de kous levenslang te dragen.

Het is aan de verpleegkundige om ook obesitas aan de orde te stellen tijdens de behandeling. Het mag immers nooit zo zijn dat de patiënt achteraf kan zeggen dat niemand het hem/ haar ooit heeft verteld wat het verband is tussen het overgewicht en het ziektebeeld.

14.10 - 14.30 Met overgewicht een dikke kans op diabetes

R.J. Heine, hoogleraar diabetologie

De pathofysiologie van type 2 diabetes mellitus, de meest voorkomende vorm van diabetes, is complex en slechts ten dele opgehelderd. Bij type 2 diabetes is de capaciteit van de alvleesklier (pancreas) om insuline te produceren verminderd. Daarnaast is er vrijwel altijd sprake van een verminderde gevoeligheid voor het effect van insuline op de verschillende organen (insulineresistentie). Insulineresistentie wordt vaak gezien bij mensen met overgewicht. Chronische hyperglycemie, dus diabetes, ontstaat wanneer de pancreas niet in staat is om aan de toegenomen behoefte aan insuline tegemoet te komen. Omdat dit proces zeer geleidelijk optreedt kan het vele jaren, tot 10 jaren, duren voordat de diagnose wordt gesteld. Hierdoor kunnen tal van complicaties optreden, waarvan de bekendste zijn retinopathie (oogafwijkingen resulterend in blindheid), nefropathie (nierafwijkingen mogelijk leidend tot transplantatie/dialyse) en neuropathie (zenuwafwijkingen). Deze laatste complicatie geeft gevoelsstoornissen en beïnvloedt in ongunstige zin de microcirculatie, waardoor de huid van m.n. de voet kwetsbaar wordt. Daarnaast verhoogt het bestaan van type 2 diabetes het risico op hart-en vaatziekten aanzienlijk; deze is 3-voudig verhoogd bij mannen en tot 5-voudig bij vrouwen.

Berucht zijn de vaak optredende voetulcera bij personen met diabetes. Deze vormen vaak het begin van een langdurig proces dat uiteindelijk resulteert in een amputatie van de voet of het onderbeen.

Deze complicaties kunnen worden voorkomen door goede diabeteszorg en adequate behandeling van de risicofactoren voor hart-en vaatziekten. Deskundige verzorging van de voeten en behandeling van eventueel bestaande drukplekken en ulcera kan voorkomen dat de voet of onderbeen verloren gaat. De uitdaging voor de komende jaren is om de bestaande kennis te vertalen in goede zorg.

14.40 -15.00 Stoma en obesitas, VETTE problemen!

I. Rook, stomaverpleegkundige

Inleiding

Door de toename van obesitas in onze samenleving krijgt de verpleegkundige steeds meer te maken met de praktische problemen rondom de stomaverzorging van stomapatiënten met obesitas. Kennis en inzicht van de verpleegkundige zijn nodig om voor deze patiënten een passende oplossing te vinden zodat kwaliteit van leven wordt gewaarborgd.

In deze presentatie wordt nader in gegaan op de problemen en complicaties die kunnen ontstaan bij deze groep patiënten. De oplossingen en toepassingen van materiaalkeuzes is nog niet evidenced based maar practice based.

15.40 - 16.00 Brandwonden en obesitas

J. de Jong, verpleegkundige

Naar aanleiding van een gespeelde casus van een brandwonden patiënt, worden er verpleegkundig diagnoses opgesteld volgens de NANDA= North American Nursing Diagnosis Association. De interventies worden uitgewerkt volgens de

PLENAIRE SESSIE

BEATRIXZAAL

NIC = Nursing Interventions Classification. Aan de hand van deze interventies kunnen de effecten van het verpleegkundig handelen beoordeeld worden via de NOC= Nursing Outcomes Classification. De NANDA, NIC en NOC zijn Amerikaanse verpleegkundig classificatie systemen.

De interventies worden onder meer verduidelijkt met een foto sessie van een verbandwissel. De zorgresultaten verduidelijkt met een observatie score lijst. Diagnoses, interventies en zorgresultaten zijn gericht op de individuele patiënt en de hun zorgverleners.

16.10 -16.30 Oncologische wond en obesitas

H. Lintz, verpleegkundig specialist Radiotherapie

Inleiding

Binnen de commissie oncologische wond van de WCS wordt onderscheid gemaakt tussen een oncologische wond en een oncologisch ulcus. Het oncologisch ulcus is een wond ontstaan door een tumor of metastase. De oncologische wond is een wond ontstaan door de behandeling van kanker zoals chirurgie, chemotherapie en radiotherapie. Het verschil tussen deze wonden is, dat het onderliggend weefsel bij een oncologisch ulcus maligne is en bij een oncologische wond benigne. Dit vereist voor beide wonden een verschillende aanpak.

Methode

In deze presentatie wordt ingegaan op de oncologische wond ontstaan door radiotherapie. De laatste jaren zijn er een aantal ontwikkelingen op dit gebied gaande. Zo is het jarenlang preventief poederen van het bestralingsgebied in veel radiotherapeutisch instituten losgelaten. Ook is er een verandering waar te nemen in de behandeling van een nattende desquamatie (wond ontstaan door radiotherapie). Daar er nauwelijks grote, goed onderbouwde wetenschappelijke studies zijn, is het niet mogelijk om dit evidenced-based te onderbouwen. Hierdoor heeft momenteel elk radiotherapeutisch instituut zijn eigen beleid. In deze presentatie wordt met behulp van een literatuurstudie inzicht gegeven in de ontstaansfactoren en de hedendaagse visie op de behandeling van de diverse gradaties huidreacties ten gevolge van radiotherapie.

Conclusie

Een praktische verpleegkundige presentatie waarbij naast nieuwe ontwikkelingen, de nadruk zal liggen op de beleving en verzorging van een oncologische wond ontstaan door radiotherapie bij een patiënte met obesitas.