

# PARALLELSESSIE ONCOLOGISCHE WONDEN EN ULCERA

## ZAAL 712

13.30 - 13.50	"Ascitisdrainage thuis"	R. Dubbelman, nurse practitioner chemo-radiotherapie Nederlands Kanker Instituut-Antonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam
13.50 - 14.00	Casus "Kanker in het hoofd/halsgebied" Benadering vanuit intra- en extramuraal	M. Keijzer, wond-stoma verpleegkundige Aveant Expertisecentrum Thuiszorg, Utrecht H. Lintz, verpleegkundig specialist radiotherapie UMC St. Radboud, Nijmegen
14.00 - 14.30	Bespreken van de casus gerelateerde wondverzorgingsproblematiek en het aandragen van oplossingen	M. Keijzer, wond-stoma verpleegkundige Aveant Expertisecentrum Thuiszorg, Utrecht H. Lintz, verpleegkundig specialist radiotherapie UMC St. Radboud, Nijmegen
14.30 - 15.00	(Onder)voeding en wondgenezing	H. Wierda, diëtist UMC St. Radboud, Nijmegen
<b>15.00 - 15.30</b>	<b>Pauze</b>	
15.30 - 16.00	De rol van voeding bij het ontstaan van kanker.	Dr.Ir. Mw Sandra Bausch-Goldbohm, Senior onderzoeker TNO Delft
16.00 - 16.30	Plastische chirurgie bij oncologische patiënten	Dr. J.J. Hage, plastisch chirurg Nederlands Kanker Instituut-Antonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis Amsterdam
<b>16.30</b>	<b>Afsluiting, borrel in Expozaal</b>	

(dit programma wordt ook op de tweede dag gegeven).

### 13.30 - 13.50 "Ascitisdrainage thuis".

*R. Dubbelman, nurse practitioner chemo-radiotherapie Nederlands Kanker Instituut-Antonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam*

Onder ascites wordt een pathologische vochtophoping in de peritoneaalholte verstaan. De meest voorkomende oorzaak van ascites bij kankerpatiënten zijn peritonitis carcinomatosa, massale metastasering in de lever, obstructie van de vena cava inferior of de vena hepatica door tumorgroei of beschadiging of obstructie van lymfevaten en metastasering in het peritoneum -

Door de grote hoeveelheid vocht in de buikholte ontwikkelen de patiënten klachten als misselijkheid, problemen bij de ademhaling, beperkte mobiliteit en gebrek aan eetlust. Om de buikholte te ontlasten moet de patiënt regelmatig naar het ziekenhuis komen voor paracentese d.w.z. een ascitespunctie.

Ascites vorming en de daarvoor benodigde paracentese in het laatste stadium van de ziekte kanker heeft een negatieve invloed op het welzijn van de patiënt en maakt de patiënt in hoge mate afhankelijk van het ziekenhuis.

Er worden, naast paracentese, diverse andere methoden onderzocht om de ascites te draineren. Een van die methoden is het inbrengen van een zogenaamde PleurXcatheter.

De PleurXcatheter is een drainagesysteem dat oorspronkelijk is ontwikkeld voor de drainage van pleuravocht.

Sinds eind 2002 loopt er een studie in het Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (NKI-AVL) naar de toepassing van de PleurXcatheter voor ascites.

Er wordt o.a. onderzoek gedaan naar de complicaties van de PleurXcatheter, hoelang de catheter in situ blijft, of voorkomen kan worden dat patiënten in de palliatieve/terminale fase van hun ziekte regelmatig naar het ziekenhuis moeten komen voor paracentese en de invloed op het welzijn van de patiënt.

Tot nu toe zijn er 48 patiënten geënterd in de studie, 33 vrouwen en 15 mannen met verschillende vormen van kanker.

# PARALLELSESSIE ONCOLOGISCHE WONDEN EN ULCERA

ZAAL 712

In de presentatie zal aandacht geschonken worden aan de praktische en logistieke organisatie, de ervaringen van de patiënt en de resultaten van het onderzoek.

## 13.50 - 14.00 Casus "Kanker in het hoofd/halsgebied". Benadering vanuit intra- en extramuraal

*M. Keijzer, wond-stomaverpleegkundige, H. Lintz, verpleegkundig specialist radiotherapie*

## 14.00 - 14.30 Bespreken van de casus gerelateerde wondverzorgingsproblematiek en het aandragen van oplossingen

*M. Keijzer, wond-stomaverpleegkundige, H. Lintz, verpleegkundig specialist radiotherapie*

## 14.30 - 15.00 (onder)voeding en wondgenezing

*H. Wierda, diëtist*

Energie- en eiwitondervoeding is een veelvoorkomend probleem bij de oncologische patiënt. Afhankelijk van de meetmethode, leeftijd en het soort tumor ligt de prevalentie tussen de 30-85%. De meeste patiënten hebben al gewicht verloren voordat de diagnose is gesteld en 45% van de patiënten verliest tijdens het ziekteproces meer dan 10% van het oorspronkelijke gewicht.

Met screeningslijsten als de MUST en de SNAQ kan een risicoscore op het ontwikkelen van ondervoeding worden vastgesteld.

In de curatieve setting is het voorkomen en het behandelen van ondervoeding van essentieel belang.

De ondervoede patiënt heeft een groter risico op complicaties van chirurgie zoals een vertraagde wondgenezing, groter infectierisico. Een goede voedingstoestand heeft ook positief effect op de frequentie, ernst en duur van de bijwerkingen van radiotherapie en chemotherapie. Kwaliteit van leven wordt hierdoor ook positief beïnvloed. In de curatieve setting is het doel van de voedingsbehandeling dan ook altijd het handhaven dan wel verbeteren van de voedingstoestand.

In de palliatieve setting waarin er geen behandeling van de patiënt meer plaatsvindt, heeft de voedingsinterventie een heel ander doel. Voedingsinterventie is primair gericht op het maximaal welbevinden en het oplossen en/of om kunnen gaan met voedingsgerelateerde klachten. Handhaven van de voedingstoestand is niet uitgesloten, maar heeft vaak geen prioriteit.

Aan de hand van een casus worden tijdens de sessie de noodzaak, doelen en interventies van voeding in zowel de curatieve als palliatieve setting toegelicht.

## 15.30 - 16.00 De rol van voeding bij het ontstaan van kanker.

*Dr.Ir. Mw Sandra Bausch-Goldbohm, Senior onderzoeker TNO Delft*

## 16.00 - 16.30 Plastische chirurgie bij oncologische patiënten

*J.J. Hage, plastisch chirurg*