

## WONDCASUS: NA GRAAD 4 WEER OP DE BEEN

J. Rosier\*

**De expertise om te onderkennen dat een behandeling niet geschikt is: dat is de eerste succesfactor in de casus die we hier bespreken. Goede voorlichting aan de patiënt is de tweede belangrijke factor. En de derde, misschien vanzelfsprekend maar toch altijd onmisbaar: geduld en optimisme. Deze casus van een verpleeghuispatiënt met decubitus graad 4 komt uit de praktijk van Carla van Dijk, decubitus- en wondzorgconsulent bij Zorgcirkel Waterland.**

### De patiënt VOORGOED IN BED

Een 71-jarige vrouw is van de afdeling chirurgie overgeplaatst naar het transitorium, een afdeling van het verpleeghuis in het ziekenhuis. Patiënten met een verpleeghuisindicatie worden hier geplaatst als ze bij de medisch specialist zijn uitbehandeld en wachten op overplaatsing. De vrouw heeft decubitus graad 4 op haar stuit. Het is een forse, diepe wond en die vormde ook de indicatie waarmee ze in het ziekenhuis werd opgenomen. Ze was thuis bedlegerig geworden, mogelijk na een cva. In ieder geval had ze al vele jaren een spastisch hemibeeld links ten gevolge van een cervicale myelopathie. Daarbij viel ze regelmatig. Al geruime tijd lukte het haar niet meer om uit bed te komen en sindsdien werd ze thuis door haar man verpleegd. Hoewel haar conditie achteruit ging, had het echtpaar vrede met de situatie. Totdat die onhoudbaar werd vanwege de stuitwond.

### Voorgeschiedenis COLOSTOMA EN VAC- THERAPIE

Begin april 2003 laat de huisarts de patiënt opnemen vanwege de ernstige decubitus. De behandelend chirurg in het ziekenhuis besluit eerst een tijdelijk colostoma aan te leggen om Vacuum Assisted Closure (VAC) therapie mogelijk te maken. Aan het einde van de maand heeft de VAC-behandeling nog geen enkele verbetering gebracht. Er wordt een plaats in het verpleeghuis aangevraagd en de patiënt wordt overgeplaatst naar het transitorium. Carla van Dijk coördineert vanaf dat moment de wondzorg.

### Eerste helft mei EEN BETERE OPTIE

In de wond is necrose en een dik, taai beslag. De wond loopt op sommige plaatsen door tot onder de huid en produceert veel exsudaat. Carla overlegt met de chirurg en stelt voor te stoppen met de VAC-therapie. De necrose in de wond is immers een contra-indicatie voor deze behandeling. In ieder geval belemmeren necrose en beslag de genezing; een necrotomie lijkt daarom de beste behandeloptie. Aldus wordt besloten.

In afwachting van de necrotomie wordt de wond behandeld met Algosteriel, een alginaat. Dat verband kan de grote hoeveelheid wondvocht opnemen en helpt de wond te reinigen. Afdedekt met een absorberend verband kan het twee dagen blijven zitten.

De patiënt kan nog niet worden gemobiliseerd. Vanwege de wond kan ze onmogelijk zitten. Ze krijgt wisselgigging, heeft een bed met een hoog-dynamisch ligstelsel en in bed doet ze oefeningen op aanwijzing van de fysiotherapeut. Pijn heeft ze nauwelijks doordat bij decubitus graad 4 de zenuwen in het wondgebied defect zijn. Alleen de wondranden zijn enigszins gevoelig maar pijnstilling heeft ze niet nodig. Mevrouw heeft weinig eetlust en ook de pakjes aanvullende drinkvoeding krijgt ze niet altijd op. Ze maakt over het algemeen een afwezige indruk: alsof het haar niet zoveel uitmaakt wat er allemaal gebeurt.

### Tweede helft mei NIEUW PERSPECTIEF

Half mei vindt onder algehele anesthesie de necrotomie plaats. De

### REAGEREN OP DEZE CASUS?

In elk nummer van het WCS Nieuws bespreken we een casus. Het accent ligt daarbij op wonden waar je in de thuiszorg en het verpleeghuis mee te maken krijgt. Je kunt reageren op deze casus. Ga daarvoor naar [www.wcs-nederland.nl](http://www.wcs-nederland.nl). Je kunt daar ook de reacties lezen.

ingreep verloopt probleemloos. De wond is daarna grotendeels rood met nog een enkele gele plek en produceert nog veel vocht. Hij wordt verbonden met Allevyn Cavity, een verband in de vorm van een bolletje met 5 cm of 10 cm doorsnede, dat in een diepe wond past. De binnenkant bestaat uit hydrocellulair schuim; de buitenkant is een niet-verklevende geperforeerde folie. Het verband kan veel vocht kan opnemen en vasthouden maar houdt tegelijkertijd een vochtig wondmilieu in stand. Het is er ook in een langwerpige vorm; dat wordt bij deze patiënt gebruikt in de holte waar de wond de huid ondermijnt. De stuit wordt met een absorberend verband afdedekt. Drie keer per week wordt het verband verwisseld. De pijn blijft zo gering dat pijnstilling niet nodig is. Het valt op dat de patiënt niet goed beseft wat er met haar aan de hand is. Navraag leert dat ze dat wel wil weten. Geleidelijk bereidt Carla haar daarop voor en als de necrotomie heeft plaatsgevonden laat ze de wond zien op de het scherm van de digita-





Foto 1: De stuit bij opname op het transitorium, eind april. Boven en rechts loopt de wond door onder de huid.



Foto 2: Half mei, vlak voor de necrotomie, na bijna twee weken behandeling met alginaat.



Foto 3: Eind mei, twee weken na de necrotomie.



Foto 4: Half juli, in afwachting van de huidtransplantatie.



Foto 5: Eind augustus, anderhalve week na de huidtransplantatie



Foto 6: Begin oktober, vijf maanden na de opname op het transitorium.

le camera. Op die manier komt een wond niet zo confronterend over als op een afdruk, maar het blijft een schok, ook dit keer. Wel een belangrijke schok. Voor het eerst sinds lange tijd doet mevrouw weer wilskracht op: ze wil van de wond af en

terug naar huis. Carla legt haar uit dat ze dat vooruitzicht beslist heeft, maar dat het bij zo'n wond misschien nog een jaar kan duren voor het zover is. Toch blijkt het perspectief terug naar huis te kunnen een stimulans te zijn. Mevrouw raakt

gemotiveerd en het lukt haar beter om goed te eten.

#### Juni-juli **CONTACT MET PLASTISCHE CHIRURG**

Begin juni is de wond is iets minder



diep en bijna honderd procent rood. In het teamoverleg met de verpleeghuisarts en de fysiotherapeut wordt besloten dat de patiënt kan beginnen met mobiliseren: een half uur per dag in de stoel op een altemnerend zitkussen, in het weekend een uur. De transfers vinden plaats met de fysiotherapeut.

Carla stuurt nu een foto van de wond naar de chirurg. Ze licht toe dat mevrouw gemotiveerd is en graag naar huis wil, en vraagt of ze in aanmerking komt voor plastische chirurgie. De chirurg geeft een positief advies.

In de loop van de maand heeft de patiënt twee complicaties: eerst een luchtweginfectie en daarna een urineweginfectie. Beide zijn met antibiotica snel onder controle te krijgen. Eind juni is de wond honderd procent rood en produceert minder exsudaat; het verband hoeft nog maar twee keer per week verwisseld te worden. Het is wachten op de plastische chirurg. Die bekijkt eind juli de wond en neemt de patiënt op in zijn planning.

#### Augustus ZWAAILAP

Half augustus kan de patiënt naar het ziekenhuis. De plastische chirurg brengt onder algehele anesthesie een zwaailap aan op de wond. Omdat spierweefsel wordt meegetransplanteerd geeft deze behandeling een stevige afdekking van de wond. De postoperatieve fase verloopt zonder complicaties en het transplantaat slaat overal goed aan. Een paar dagen na de operatie kan mevrouw terug naar het verpleeghuis. De wond hoeft niet meer verbonden te worden, er wordt alleen ter bescherming nog enige tijd een absorberend verband aangebracht. Opnieuw gaat de patiënt elke dag een half uur uit bed op de stoel.

#### September-februari LOPEN MET DE ROLLATOR

De wond geneest snel en ongecompliceerd. Begin oktober, vijf maanden nadat mevrouw is overgeplaatst naar het transitorium, is haar wond helemaal genezen. Er volgt nog een periode van enkele maanden waarin ze met fysiotherapie en ergotherapie

intensief revalideert. Het lukt haar om zelfstandig met de rollator te gaan lopen.

Begin 2004 volgt nog een ziekenhuisopname om het colostoma op te heffen. Ook deze ingreep verloopt zonder complicaties. In februari kan mevrouw terug naar huis. Ze heeft geen thuiszorg nodig. Wel krijgt ze voortaan twee dagen per week dagbehandeling in het verpleeghuis om haar te blijven activeren en haar echtgenoot enigszins te ontlasten van de zorg voor haar.

Terugblikkend op deze patiënt komt de gedachte op dat de genezing waarschijnlijk snel had kunnen verlopen als de zwaailap eerder was aangebracht. Toen de transplantatie eenmaal plaatsvond, was de wond eigenlijk al flink geslonken. Maar de wachttijd voor de ingreep is vaak een factor die je niet zelf in de hand hebt. Verder overheerst tevredenheid: een vrouw die erin berustte dat ze niet meer van haar bed afkwam, kon uiteindelijk lopend met de rollator het verpleeghuis uit.

\* Joop Rosier

#### JE EIGEN CASUS IN HET WCS-NIEUWS

Een lastige wond dicht gekregen? Of veel energie gestoken in een wond waarbij de kans op genezing minimaal is? Voor anderen is het interessant om meer daarover te weten. Neem daarom contact op met het WCS-nieuws, want voortaan bespreken we in elk nummer een wondcasus. Voor alle duidelijkheid: je hoeft de casus niet zelf te schrijven, dat regelen wij. Omdat de thuiszorg en het verpleeghuis in het WCS Nieuws minder vaak aandacht krijgen, hebben wonden uit die velden de voorkeur. Je bereikt ons via [info@wcs-nederland.nl](mailto:info@wcs-nederland.nl).

#### WCS /S/E/R/V/I/C/E/

#### FUNCTIEBESCHRIJVING DECUBITUSCONSULENT

Het WCS-DN heeft een functiebeschrijving gemaakt over de functie van decubitusconsulent. Deze beschrijving is een hulpmiddel om te komen tot een functietypering voor uw eigen organisatie.

De folder kost € 2,- (exclusief verpakings- en verzendingskosten).

#### BESTELLEN KAN VIA:

- [INFO@WCS-NEDERLAND.NL](mailto:INFO@WCS-NEDERLAND.NL)
- [VIA WWW.WCS-NEDERLAND.NL](http://WWW.WCS-NEDERLAND.NL)
- **BESTELKAART ACHTERIN HET WCS NIEUWS**