

LYMFOEDEEM EN ONCOLOGISCHE ULCERA

E.J.M. Kuijper-Kuip*

De titel "Lymfoedeem en Oncologische ulcera" stelde mij voor een groot probleem. Over oncologische ulcera is weinig literatuur voorhanden, over het aspect lymfoedeem in combinatie hiermee praktisch niets. De afgelopen jaren kreeg ik tijdens mijn werkzaamheden als huid- en oedeemtherapeut meer en meer te maken met palliatieve zorg en daarmee ook met oncologische ulcera. Met vallen en opstaan en door middel van veel overleg met gespecialiseerde verpleegkundigen en niet in de laatste plaats met patiënten heb ik heel veel geleerd. Deze lezing is dan ook voor een deel op kennis uit de praktijk gestoeld.

De termen oncologische wonden en oncologische ulcera worden vaak door elkaar gebruikt. Het WCS probeert een duidelijke tweedeling te maken. Een oncologische ulcus is een wond die ontstaat door een oncologisch proces, bijvoorbeeld door primaire huidtumoren, tumor-groei of metastasen.

De wonden die ontstaan door de behandeling van kanker noemen we oncologische wonden, bijvoorbeeld wonden veroorzaakt door operaties, radiotherapie of chemotherapie.

Wanneer er een combinatie van radiotherapie en chemotherapie gegeven wordt zal een operatiewond slechter genezen. Ook andere oorzaken kunnen vertraging van de wondgenezing veroorzaken. Voorbeelden hiervan zijn: lymfoedeem, een slechte lichamelijke en of geestelijke conditie, leucopeni, anemie en ascites.

Behandeling van oncologische wonden hangt af van de oorzaak en de conditie van de wond. Het doel van de wondbehandeling is een zo snel mogelijk herstel met zoveel mogelijk beperking van ongemak en pijn.

Over de behandelings mogelijkheden van oncologische wonden is in 2002 een boekje uitgegeven door de Vereniging van Oncologie Verpleegkundigen onder de titel "oncologische wonden".

Anders is het bij de behandeling van oncologische ulcera. Genezing is hier vaak niet meer mogelijk. De definitie van een oncologisch ulcus luidt als volgt: *een oncologisch ulcus is een onderbreking van de epidermis door infiltratie van maligne cellen. Dit kan veroorzaakt worden door*

primaire maligniteit van de huid, door metastasen in de huid of door-groei van dieper gelegen structuren door de huid heen.

Binnen de kankerregistratie zijn tumor recidieven of huidmetastasen niet terug te vinden. Deze vorm van metastasering treedt vaak op in een terminaal stadium, waardoor er weinig bekend is over de incidentie.

Het WCS hanteert het volgende stagiëringssysteem:

- Graad I: intacte epidermis met dreigende aantasting van de huid door onderliggend tumorweefsel.
- Graad II: beginnende aantasting van de subcutis.
- Graad III: diepe doorgroei met aantasting van de subcutis.
- Graad IV: droge en/of vervloeiende necrose tot 30% van het wondoppervlak.
- Graad V: droge en/of vervloeiende necrose op meer dan 30 % van het wondoppervlak.

Hoewel er bij oncologische ulcera ook een rood, geel, zwart classificatie gegeven kan worden is de behandeling van deze oncologische ulcera wezenlijk anders dan die van benigne ulcera. In de praktijk zijn de wonden niet uitsluitend rood, geel of zwart en zal het weefsel niet spontaan genezen. Rood weefsel is bij een oncologisch ulcus meestal geen granulatie weefsel, maar tumorweefsel. Het gele aspect wordt veroorzaakt door celresten en samengeklonterde eiwitten. Zwarte wonden zijn het

gevolg van necrotisch weefsel.

Indien mogelijk zal genezing alleen plaats vinden door tumorgerichte therapie. In de meeste gevallen zal genezing echter niet meer plaats vinden en bestaat de therapie uit het behandelen van de symptomen van het ulcus waarbij de wens van de patiënt voorop staat.

De belangrijkste symptomen van oncologische ulcera zijn: bloedingsneiging, geur, pijn, jeuk en exsudaat. Vanwege de bloedingsneiging is necrotomie van de wond gecontraïndiceerd. In sommige gevallen kan gekozen worden voor een enzymatische necrotomie. Oncologische ulcera kunnen zeer sterk ruiken. De geur wordt vaak veroorzaakt door een anaërobe bacterie of door vervloeiende necrose. De behandeling ervan is zeer belangrijk omdat het voor de patiënt en familie een constante confrontatie is met zijn of haar ziekte. Ook over de behandeling van oncologische ulcera is door de Vereniging van Oncologie Verpleegkundigen een boekje uitgegeven onder de titel: "Oncologische ulcera".

Een bijkomende factor bij oncologische ulcera kan lymfoedeem zijn. Door recidief tumor of lymfkliermetastasen kan een blokkade ontstaan wat een maligne lymfoedeem veroorzaakt. Deze maligne blokkade kan ontstaan van binnen uit: de kercellen dringen het lymfvat binnen, delen zich en verstoppen het lymfvat. Dit verschijnsel heet lymfangiosis carcinomatosa. Een maligne blokkade kan ook ontstaan van buiten het lymfvat: de groeiende tumor verdringt de lymfvaten. In deze situ-

atie worden vaak ook zenuwen, venen en arteriën verdrukt. De huid verkleurt dan tot donkerblauw en een duidelijke venenstuwung is zichtbaar. Een combinatie van deze twee vormen van maligne lymfoedeem kan ook optreden.

Hoe groter de blokkade, hoe ernstiger het lymfoedeem zal zijn. Ledematen kunnen opzwellen tot ongekende omvang waardoor de patiënt niet alleen veel pijn kan hebben maar deze ook in hoge mate in beweging beperkt wordt.

In de volgende tabel ziet u de ken-

merken van goedaardige en maligne lymfoedemen.

Lymfoedeem op zich is onder te verdelen in primair lymfoedeem, en secundair lymfoedeem. Primair lymfoedeem ontstaat door aangeboren afwijkingen aan het lymfvatstelsel. Deze vorm van lymfoedeem laten we hier verder buiten beschouwing. Secundair lymfoedeem wordt veroorzaakt door beschadigingen aan het lymfvatstelsel. Deze beschadigingen zijn bijvoorbeeld trauma, operatie en of radiotherapie.

| | Benigne lymfoedeem | Maligne lymfoedeem Primaire vorm | Maligne lymfoedeem Secundaire vorm (na behandeling) |
|-----------------------------|--|---|--|
| Begin | Meestal sluipend | Meestal acuut | 1: acute verslechtering van een bestaand lymfoedeem 2: acuut optreden |
| Progressie | Langzaam soms intermitterend | Snel | Snel |
| Pijn | Meestal weinig, eventueel stuwingspijn, eventueel pijn door orthopedische complicaties, belasting en weersafhankelijk | Onverdraaglijk fel | Onverdraaglijk fel |
| Parese/ Paralyse | niet | vaak | vaak |

Wanneer lymfoedeem spontaan ontstaat moet men altijd maligne processen uitsluiten

Lymfoedeemtherapie is een van de behandelingsmogelijkheden van maligne lymfoedeem.

Vaak wordt de vraag gesteld, wanneer ga je nu precies met oedeemtherapie aanvangen?

Mijn antwoord is dan meestal: zodra de eerste tekenen van lymfoedeem zich voordoen.

Indien bekend is dat zich metastasen vormen in of nabij lymfklierstations en zich door tumorweefsel blokkades van lymf afvloed voordoen, is de kans groot dat er uiteindelijk een enorm lymfoedeem optreedt. Het behandelingsdoel is in dat geval **OEDEEMBEHEERSING**. Door ledematen zolang mogelijk zo oedeemvrij mogelijk te houden voorkom je

verlies van kwaliteit van leven. Nog zelfstandig naar het toilet kunnen of in een rolstoel met veel hulp deze gang moeten maken, maakt voor de patiënt een groot verschil. Lymfoedeem kan zeer pijnlijk zijn, door verhard weefsel weer zachter te maken kun je pijnvermindering bewerkstelligen.

Oedeemtherapie bestaat uit verschillende onderdelen:

- manuele lymfdrainage
- oedeem- en fibrose grepen
- compressietherapie
- lymfetaping
- bewegings- en ademhalings-oefeningen

Manuele lymfdrainage bestaat uit

zachte grootvlakkige cirkelvormige bewegingen met een toe en afname van druk. Tijdens de massage wordt gewerkt van centraal naar perifeer. Het doel van manuele lymfdrainage is het aanzetten van de lymfvasomotoriek, het vergroten van de lymftransportcapaciteit van de nog wel werkende lymfvaten, het leiden van de transportrichting van lymfvocht en daarmee het verkrijgen van oedeemreductie. De massage is door de langzame rustige bewegingen met lichte druk, pijn dempend door stimulatie van de 2/3a afferenten. De manuele lymfdrainage heeft daarnaast een kalmerend effect. Ook hierom kan een lymfdrainage behandeling gewenst zijn.



Oedeemgrepen zijn handgrepen om oedeem door het weefsel te verplaatsen. De oedeemgrepen worden uitgevoerd met grotere druk in de richting van een plaats zonder oedeem. Fibrosegrepen zijn speciale rekgrepen om verhard weefsel weer zachter te maken. Deze grepen mogen niet op bestraald weefsel worden toegepast.

Compressie therapie kan zowel apparatief, (lymfapress) als met zwachtels worden toegepast.

De mogelijke behandeldoelen van oedeemtherapie zijn:

- oedeem reductie (indien mogelijk)
- oedeembeheersing
- voorkomen van ontstekingen
- pijnvermindering
- ontspanning

Maligne lymfoedeem wordt vaak gezien als een contra-indicatie voor manuele lymfdrainage. De behandeling ervan is een bron van discussie. Sommige deskundigen menen dat door de behandeling door versleping van kankercellen de kans op metastasering toeneemt. Anderen menen dat versleping naar de bloedbaan juist een gunstige ontwikkeling is, omdat er in de bloedbaan meer afweer aanwezig zou zijn. Nog weer anderen menen dat de theorie over verslepen van cellen onzin is en nog nooit aangetoond, en dat bijvoorbeeld het dragen van een schouder-tas (en zelfs gewoon bewegen!) bij patiënten met een mammacarcinoom ook versleping van cellen zou kunnen veroorzaken. In mijn opinie is voornamelijk het stadium waarin de patiënt verkeert van belang. In een duidelijk terminaal stadium moet je alle vormen van zorg in kunnen zetten die voor de patiënt verlichting kunnen bieden.

Acute ontstekingen daarentegen zijn zeker een contra-indicatie voor oedeembehandeling evenals cardiale problemen. Relatieve contra-indica-

ties zijn arteriële afsluitingen, hyperthyreoïdie en het carotissyndroom.

ABSTRACT LEZING "LYMFOEDEEM EN ONCOLOGISCHE ULCERA"

De termen oncologische wonden en oncologische ulcera worden vaak door elkaar gebruikt. Oncologische wonden zijn wonden veroorzaakt door de behandeling van kanker. Oncologische ulcera zijn wonden die veroorzaakt worden door tumor-groei of metastasen. De therapie van oncologische ulcera is meestal palliatief en bestaat uit het behandelen van symptomen zoals bloedingsneiging, pijn, geur, jeuk en exsudaat. Door tumorgroei in of rond lymfvaten kan een maligne lymfoedeem ontstaan. Lymfoedeemtherapie is een van de behandelingsmogelijkheden bij lymfblokkades.

Lymfoedeemtherapie bestaat uit manuele lymfdrainage, oedeem- en fibrose grepen, compressietherapie, lymfetaping en bewegings- en ademhalingsoefeningen.

De behandeldoelen van deze therapie zijn: mogelijke oedeem reductie, oedeembeheersing, voorkomen van ontstekingen, pijnvermindering en ontspanning.

ABSTRACT WORKSHOP "MANUELE LYMFDRAINAGE"

Manuele lymfdrainage is een massagetechniek om de lymfafvoer te ver-



Kinesiotaping (lymfetaping) is aanbrengen van een elastische tape, met een rek van 140% welke overeenkomt met de basis-elasticiteit van onze huid en spieren. Door de tape op speciale wijze aan te brengen en gebruik te maken van de anatomie van het lymfvatstelsel kan een oedeem reductie worden bereikt. Belangrijke voordelen van deze tape zijn dat het weinig belastend is voor de patiënt en dat de tape meerdere dagen kan blijven zitten, zelfs bij het douchen. Met behulp van bewegings- en ademhalings-oefeningen kan de patiënt zelf ook de lymfafvoer stimuleren.

beteren of te richten naar gebieden waar nog wel lymfafvoer voorhanden is. Enige anatomie van het lymf-vat systeem wordt kort aangegeven. De workshop is voornamelijk zeer praktisch. Tijdens de workshop krijgt iedereen de gelegenheid een aantal massage handgrepen te oefenen en te ondergaan.

Voordracht gehouden tijdens het WCS Congres "Van zwaluwstaart naar apenstaart" d.d. 4 en 5 november 2003 in de Jaarbeurs te Utrecht.

* Ellen J.M. Kuijper-Kuip, huidtherapeut, Medicare Leiden

LITERATUUR

1. WSC wondenboek, WCS Leiden
2. M. Lowik, J. Noyen. H. Lintz-Luidens ,Oncologische ulcera, werkboek vereniging van oncologie verpleegkundigen, van Zuiden Communications, Aphen a/d Rijn 2003
3. M. Lowik, J. Noyen. H. Lintz-Luidens, Oncologische wonden, werkboek vereniging van oncologie verpleegkundigen, van Zuiden Communications, Aphen a/d Rijn 2002
4. M Foldi en S. KubikLehrbuch der Lymphologie, Urban & Fischer Munchen.Jena 2002
5. Gert Walrave, Fysiotherapie bij oedeempatiënten, Elsevier Gezondheidszorg Maarsen, 2001