

Het venijn zit in de start

Openbuikbehandeling op de IC

F. van Wijck*

Na een grote buikoperatie is het in een aantal gevallen niet mogelijk om direct de buikwand te sluiten. Voor de patiënt liggen dan grote gezondheidsproblemen op de loer en veel van deze patiënten belanden dan ook op de IC. In het Radboudumc bestaat de unieke situatie dat een verpleegkundig specialist wond- en decubituszorg op de IC werkt. Multidisciplinaire samenwerking na de operatie en na de acute fase is de basis voor optimale zorg voor deze specifieke categorie patiënten.

Open buik

Aan het einde van de meeste buikoperaties kan de buik primair gesloten worden. In een aantal gevallen is dit echter niet mogelijk en moet dus worden gekozen voor een openbuikbehandeling. 'Soms is de buikdruk dusdanig hoog dat het niet mogelijk is de buikwand te sluiten', zegt Marion van der Kolk, chirurg/intensivist in het Radboudumc. 'Er is dan teveel vocht of bloed in de darmen. Vaak is het ten gevolge van een buikvliesontsteking als complicatie van een eerdere operatie, waardoor uiteindelijk fascie gaat wijken. Dan ontstaat een open buik en liggen darmen of buikvet bloot. In een heel enkel geval komt het ook voor dat een deel van de buikwand weg is door bijvoorbeeld het bijten van een dier of een groot ongeval.' De gevolgen zijn ingrijpend. In veel gevallen moet de patiënt op de IC worden opgenomen. De open buik kan leiden tot infecties, darmfalen en elektrolyten- en temperatuurstoornissen. Bovendien kan enterocutane fisteling optreden, waardoor de patiënt afhankelijk kan worden van totale parenterale voeding. En als het wel lukt om de buikhuid te (laten) sluiten, kan een littekenbreuk optreden, waardoor dus toch weer een opening in de buikwand bestaat.

Zo snel mogelijk herstelgerichte behandeling

Het is te prefereren als de buik in ieder geval binnen acht dagen kan worden gesloten. 'Na die tijd neemt de kans op complicaties heel snel toe', zegt Van der Kolk. 'Het risico van verklevingen van de darmen ligt dan op de loer en dan kan het herstel maanden duren. Bij deze behandeling zit het venijn daarom ook echt in de start: het is belangrijk om al direct na de ingreep een op herstel gerichte behandeling in gang te zetten. De wondverpleegkundige speelt hierin een essentiële rol.'

Wendy Groetelaers-Kusters, verpleegkundig specialist wond- en decubituszorg, verkeert in haar functie in de bijzondere positie dat ze een IC-achtergrond heeft en ook

in haar huidige functie op de IC van het ziekenhuis werkt. 'In relatie tot de patiënten bij wie een openbuikbehandeling wordt toegepast een relevant gegeven', zegt ze, 'zeker twee derde van deze patiënten komt na de operatie op de IC terecht, omdat een of meer vitale functies moeten worden ondersteund of zelfs geheel overgenomen dienen te worden. Om te begrijpen in welke fase we staan met betrekking tot de wondgenezing is het goed om te begrijpen hoe het met de vitale functies gesteld is. Ook als ze niet naar de IC gaan, zijn deze patiënten meteen in beeld bij mijn collega's. Ons ziekenhuis heeft sinds kort een wondexpertisecentrum, wat in relatie tot deze patiëntencategorie betekent dat altijd direct een wondverpleegkundige in consult kan worden geroepen als zo'n patiënt na de operatie naar de afdeling gaat. Bovendien zijn op de afdeling heelkunde wondcoaches aanwezig, verpleegkundigen die het aandachtsveld wondzorg hebben en die nauw samenwerken met de wondverpleegkundigen. Er is ook goede samenwerking tussen de verpleegkundigen en de chirurg die de ingreep heeft uitgevoerd.'

Zorgvuldige procesbewaking

In de acute, septische fase direct na de ingreep is procesbewaking de belangrijkste taak van de verpleegkundig specialist. Groetelaers vertelt: 'Op wondgebied is de hoeveelheid, de kleur en de consistentie van het exsudaat belangrijk, dit zal dus moeten worden opgevangen. Verder moet ervoor worden gezorgd dat de darmen niet uitdrogen en dat de omliggende huid gezond wordt gehouden.' Het doel is zoals gezegd de patiënt binnen acht dagen zo stabiel te krijgen dat de wond kan worden gesloten. 'Tijdige verbandwisselingen zijn hierbij heel belangrijk, om verklevingen aan het wondgebied te voorkomen', zegt Groetelaers. 'We weten op grond van literatuur en ervaring dat anders de darmen of de rest van het wondgebied beschadigd kunnen raken. Communicatie met de fysiotherapeut is ook belangrijk in deze fase. Ondanks het feit dat de patiënt

zijn buikspieren niet kan gebruiken, moet hij goed doorademen om zijn longfunctie te behouden. De fysiotherapeut speelt ook een rol om te zorgen dat de patiënt zo snel mogelijk uit bed kan worden gehaald. Voor ondersteuning van de buik kan hierbij eventueel een sluitlaken worden gebruikt, om te voorkomen dat teveel druk op de onderkant van de buik komt te staan.'

Zo snel mogelijk bewegen

Omdat de mobiliteit van de patiënt beperkt zal zijn, zeker in aanvang, is het zaak ook decubitus te voorkomen. Groetelaers: 'Meteen als de patiënt van de OK afkomt, voeren we al een eerste huidinspectie uit.'

Meteen als de patiënt van de OK afkomt, voeren we al een eerste huidinspectie uit

We passen vervolgens altijd om de drie uur wisselhouding toe. En we doen veel met kinestatic, een wijze van verplaatsing in bed om de patiënt een meest natuurlijke houding te bieden, eventueel met gebruik van rolkussens.' Het is belangrijk de patiënt te laten bewegen, ook als uit bed komen nog niet tot de mogelijkheden behoort. Van der Kolk: 'Dit kan niet altijd, want er zijn ook gevallen waarin de patiënt gedurende de eerste fase op de IC bewust slapend wordt gehouden. Aan de ene kant geeft dit de wond de gelegenheid om rustig te genezen, maar aan de andere kant brengt het wel alle complicaties van IC-behandeling met zich mee. Het spierverlies dat optreedt en de patiënt aan de beademing houden, vertragen de wondgenezing juist weer.' Waar de patiënt wel wakker is, worden zo snel mogelijk stappen gezet. 'In het kader van vroegmobilisatie ligt op de IC de patiënt ook in een bedfiets, om de spieren goed te houden', zegt Groetelaers. 'We doen dit omdat we weten dat spierverlies een groot probleem is op de IC en we kunnen vroegmobilisatie passief en actief toepassen.'

In het kader van vroegmobilisatie ligt op de IC de patiënt ook in een bedfiets, om de spieren goed te houden

We beschikken in het Radboudumc zelfs over de unieke mogelijkheid om de patiënt in een bad te mobiliseren. Daarvoor moeten we bij deze patiënten wel heel creatief zijn om de wond goed af te dekken met een wound manager. Als die zorgvuldig wordt toegepast is deze therapie in een aantal gevallen zelfs al direct na de acute fase mogelijk.' Verder is het zaak de voedingstoestand van de patiënt in de gaten te houden, liefst door zo snel mogelijk te beginnen met enterale voeding. De diëtist speelt dus ook een rol in de zorg voor deze patiënten. Groetelaers: 'Voor het bepalen van de eiwitbehoefte gebruiken we één of twee

keer per week een metabole monitor. De voeding wordt aangepast aan de uitkomst van die meting.'

Voortdurende betrokkenheid van de chirurg

De chirurg blijft gedurende het gehele proces van genezing van de buikwond betrokken. 'Logisch', zegt Van der Kolk, 'je wilt de patiënt niet alleen opereren, je wilt die beter maken. Naarmate de patiënt meer opknapt wordt de rol van de verpleegkundige natuurlijk groter, maar de chirurg blijft dus wel aangehaakt, niet alleen in het multidisciplinair overleg, maar ook om bij veranderingen in de situatie snel ter plaatse te kunnen zijn. En ook bij het familieoverleg trouwens. Het nare voor de patiënt is dat die vaak gedurende een langere periode niet of nauwelijks verbetering ziet, als sprake is van een open buik die niet binnen het streefmoment van acht dagen kan worden gesloten. Ze zien dan een hele tijd geen invloed van de behandeling op hun kwaliteit van leven. Je moet mensen dus een perspectief bieden, uitleggen dat het geen blijvende situatie is. In bijna alle gevallen werk je toe naar een situatie waarin een uitgebreide reconstructie weer mogelijk is. De timing hiervoor is essentieel, drie maanden is vaak echt te vroeg. Vaker is het zes maanden tot een jaar en dat is voor de patiënt natuurlijk moeilijk om te accepteren, maar het is beter om het in één keer goed te doen dan om een naadlekage te creëren die je weer terug bij af brengt. Ook moet je zeker weten dat je geen onderliggend probleem intact laat.'

Vanwege de lange duur van het totale proces is psychosociale begeleiding van de patiënt enorm belangrijk, stelt ook Groetelaers. 'De patiënt gaat ondanks de goede voorlichting de operatie in zonder te weten wat hem te wachten staat en wordt met een open buik wakker', zegt ze. 'Zeker na een spoedoperatie komt pas na de eerste postoperatieve fase het besef van de gevolgen hiervan. Daar komt nog bij dat de patiënten soms een delirante periode hebben meegemaakt. Om te voorkomen dat de verpleegkundige op de afdeling niet weet wat er op de IC is gebeurd, hebben wij voorzien in een nazorgprotocol dat garandeert dat die informatie wordt overgedragen. En omdat ik participeer in het wondexpertisecentrum, kom ik ook op de verpleegafdeling en speel ik een rol in het multidisciplinair overleg. We betrekken zo nodig ook de thuiszorgverpleegkundigen bij het patiëntoverleg, om het moment te bepalen waarop de thuiszorg de zorg voor de patiënt kan overnemen.' Van der Kolk zegt deze multidisciplinaire aanpak in steeds meer ziekenhuizen te zien ontstaan. 'Daar ben ik ook blij mee', zegt ze. 'De valkuil van een expertisecentrum zijn, is dat je patiënten vanuit overal in het land toegewezen krijgt. De patiënt moet dichtbij huis terecht kunnen voor deze zorg, of via het expertisecentrum snel weer in eigen omgeving behandeld kunnen worden. Kennis moet je delen.'

* Frank van Wijck, freelance journalist