

Multidisciplinair en transmuraal casereport

Decubitus bij dwarslaesiepatiënt

R. van Leeuwen*

Directe samenwerking en/of communicatie tussen de verschillende disciplines, intramuraal, extramuraal en transmuraal, is niet een vanzelfsprekend gegeven en zijn soms zeker voor verbetering vatbaar. Om verschillende disciplines bij elkaar te brengen (en te houden) is geduld nodig, veel geduld en volharding. In de literatuur wordt het belang van multidisciplinaire samenwerking aangetoond. Samenwerking kan leiden tot verbeterde afstemming tussen verschillende soorten zorgverleners. Dit levert niet alleen kwaliteitsvoordelen op, maar kan ook de efficiëntie van de zorg verbeteren (2-4).

Definitie multidisciplinaire samenwerking:

Beroepsmatige samenwerking van mensen uit verschillende disciplines of vakgebieden, waarbij ieder zijn eigen expertise inbrengt.

Casereport

In het onderstaande casereport wordt de samenwerking en communicatie beschreven tussen verschillende disciplines bij een dwarslaesiepatiënt met decubitus. Met name zal het voortraject van verpleeghuis naar ziekenhuis, het deel over de reconstructieve ingreep door de plastisch chirurg en een deel over het revalidatietraject wat daar op volgt, belicht worden. Het multidisciplinaire proces werd gecoördineerd door de wondconsulent. De contacten verliepen met name via mail en de telefoon.

In deze casus gaat het om een 61-jarige vrouw, zij heeft een dwarslaesie opgelopen in 2004. De dwarslaesie is vanaf de 7e cervicale wervel (C7), hierdoor is zij verlamd (paretisch) aan beide benen en deels haar armen. Mevrouw is rolstoelafhankelijk en heeft een beperkte

zitbalans; ze zit passief in de rolstoel. Haar linkerhand is spastisch en rechts heeft zij beperkte kracht. Na verschillende neurochirurgische operaties en revalidatie is zij in een verpleeghuis komen te wonen. In 2008 was voor het eerst sprake van decubitus op het zitbeen met een matige tot slechte genezingstendens. In het verpleeghuis werd de zorg gecoördineerd door een nurse practitioner in samenwerking met de wondaandachtvelder van de thuiszorg WZH (WoonZorgcentra Haaglanden). Ondanks alle goede zorg verslechterde de situatie. Daar de transfer voor mevrouw een te zware exercitie zou zijn, werd besloten om de casus via telefonisch consult, met ondersteuning van foto's via de mail, aan de wondconsulent van het MCH (Medisch Centrum Haaglanden) voor te leggen (foto 1).

Na overleg werden preventie en behandeling verder geoptimaliseerd, maar in juni 2012 werd alsnog door de nurse practitioner, de wondconsulent en mevrouw besloten om de situatie tijdens een poliklinisch consult beter te beoordelen. Mevrouw is daar door een multidisciplinair team gezien en besproken. De gekozen behandeling,

Bij het multidisciplinaire proces waren betrokken:

Voor ingreep

-  verpleeghuis (WZH)
-  nurse practitioner
-  thuiszorg
-  wondaandachtvelder
-  algemeen ziekenhuis (MCH)
-  wondconsulent
-  chirurg
-  revalidatiearts
-  plastisch chirurg

Na ingreep

-  revalidatiecentrum (Sophia)
-  revalidatiearts
-  zit-adviesteam
-  wondverpleegkundige
-  verpleeghuis
-  specialist ouderenzorg
-  nurse practitioner
-  fysiotherapie
-  ergotherapie



Foto 1. Niet genezend drukulcus met fistelvorming en botcontact

nettoyage van de wond en postoperatief starten met negatieve druktherapie bleek achteraf geen effectieve behandelkeuze. Na twee maanden was de wond een stuk kleiner, maar was het uiteindelijke resultaat een fistel met botcontact van het zitbeen. Om onnodige transfers te voorkomen, werd door middel van het beoordelen van de digitale foto's via de mail, met chirurg, plastische chirurg en revalidatiearts en met mevrouw zelf alsnog besloten voor de mogelijkheid van een plastische chirurgische ingreep, een V-Y plastiek. Dit betekende eveneens een zwaar vervolgtraject in een revalidatiecentrum.

De operatie

De ingreep wordt een V-Y-plastiek genoemd. De benaming komt voort uit het insnijden en losmaken van een stuk huid en vetweefsel in een V-patroon. Zo'n half loshangend stuk weefsel heet een flap. Als dit wordt opgeschoven naar de wond om deze te sluiten, vormt het litteken een letter Y. Er moet bij decubitus altijd weefsel naar de wond toe verplaatst worden, zomaar sluiten is nooit voldoende, want het voorafgaande weefselverlies moet aangevuld worden om herhaling te voorkomen. In deze casus ging het om een wond op het zitbeen (trochanter). Er zijn meerdere mogelijkheden om een dergelijke wond te sluiten, waarbij van oudsher werd gekozen voor het verplaatsen van een onderliggende spier samen met de huid en onderhuids vetweefsel. De spier kan bij een recidief van decubitus niet weer gebruikt worden. Daarom wordt bij modernere technieken alleen van huid en onderhuids vetweefsel gebruik gemaakt, met betere resultaten dan voorheen (1). In de toekomst kan de spier dan alsnog gebruikt worden, mocht de decubitus op die plaats recidiveren. Het bijzondere aan de gekozen benadering is dat de doorbloeding van de huid-/vetflap afhankelijk gemaakt wordt van één of twee bloedvaten, die vanuit de onderliggende spier ontspringen. Ze prikken als het ware door de spier heen en geven daarna vertakkingen naar de huid toe. Een ander woord voor doorprikken is perforeren. Hier komt de term perforatorflap vandaan. Zo'n flap is heel veelzijdig, het kan makkelijk verschoven worden naar een wond omdat het

maar aan enkele bloedvaten vastzit en er kunnen verschillende onderdelen, zoals onderhuids vetweefsel, spierbindweefsel (fascie), spier (musculus) en bot (os) mee verplaatst worden. Bij mevrouw is gekozen voor een verplaatsing van een V-Y fasciocutane perforatorflap. De perforatoren werden op het achterbeen gelokaliseerd met behulp van een Dopplerprobe, er werd een V-patroon langs de gehele achterzijde van het bovenbeen (met de aangetekende bloedvaten in het midden) afgetekend, de flap werd losgesneden en bleef hangen aan de perforatoren. Na grondig schoonmaken van de wond werd het meest craniaal gelegen deel van de flap omhooggeschoven om hiermee de wond te sluiten. Met de V omhoog verplaatst werd de wond nu in een Y patroon verder gesloten (foto's 2-5).



Foto 2. De voorgetekend V-vorm, links het opengelegde fistel, het bloot liggende botdeel is tevens schoon gekrabbd



Foto 3. Het los prepareren van de weefsselflap met behoud van de perforatoren



Foto 4. Het op de plaats modeleren van de flap



Foto 5. De ingehechte flap met distaal een drain in situ

Na de operatie kwam mevrouw op de chirurgische afdeling in een zandbed te liggen. Tweemaal per week beoordeelde de plastische chirurg de genezingstendens. De wondconsulent en de plastisch chirurg hadden regelmatig telefonisch contact en wisselden digitale foto's uit over het verloop van de wondgenezing. Ondanks de goede zorg en het zandbed ontstond een hematoom in de wond en necrose in de top van de flap. Ongeveer 75% van het cruciale deel van de flap sloeg wel aan (foto 6). Ten gevolge van de complicatie moest mevrouw iets langer in het ziekenhuis verblijven. De wond werd behandeld met negatieve druktherapie. Na twee weken verbeterde de wondgenezing en kon mevrouw over naar het revalidatiecentrum Sophia in Den Haag.



Foto 6. Het bovenste deel van de flap met hematoom en weefselversterf, mogelijk was dat deel onvoldoende voorzien van doorbloeding

De revalidatiearts in het ziekenhuis had vooraf overleg met de behandelend arts in revalidatiecentrum Sophia over het vervolg daar. Het wondbeleid werd gecontinueerd, mevrouw moest bedrust blijven houden en werd op een alternerend matras verpleegd. Gedurende het verblijf in het revalidatiecentrum werd mevrouw tweemaal door de plastisch chirurg bezocht. Hij maakte foto's en had overleg met de wondconsulent in het MCH ziekenhuis. De verdere genezingstendens was goed en de wond was uiteindelijk na ongeveer zes weken gesloten.

Het Zit-adviesteam

Het zit-adviesteam (Z.A.T) van Sophia Revalidatie in Den Haag, kon op het moment dat de wondgenezing en de algehele gezondheid en conditie van patiënte toelieten, mevrouw verder volgen voor een uitgebreide zitanalyse. De zithouding van patiënte met haar toenmalige voorziening, elektrische rolstoel met ROHO zitkussen, werd uitgebreid in kaart gebracht. Gestreefd werd naar een optimale zithouding waarbij decubitus in de toekomst wordt voorkomen en patiënte zonder pijnklachten zo optimaal mogelijk kan functioneren in het dagelijks leven.

Het Z.A.T. wordt ingeschakeld bij alle rolstoelgebruikers met complexe zitproblematiek die bij Sophia Revalidatie in behandeling zijn. Een team van twee revalidatieartsen, vier ergotherapeuten, vier fysiotherapeuten en twee revalidatietechnici, die allen specialist zijn op het gebied van zitproblematiek, vormen hier de basis van. Waar nodig worden andere disciplines ingezet, zoals de wondverpleegkundige bij huidproblemen of de logopediste bij ademhalingsproblemen, dan wel spraak- en/of slikproblemen.

Wanneer het Z.A.T. wordt ingeschakeld bij dreigende of aanwezige decubitus hebben ze voor een aantal zaken speciale aandacht. Om te beginnen willen ze in kaart brengen of de wond uitsluitend is veroorzaakt door het zitten of dat andere factoren een rol spelen, zoals liggen, transfers, voeding, algemeen veranderde gezondheidssituatie, etc. Indien zitten een aandeel heeft in het decubitusprobleem worden bij de intake en analyse de bijdragende factoren gestructureerd in kaart gebracht. Patiënten vullen een vragenlijst in die hen onder andere bevraagt over deze bijdragende factoren, zoals zitduur, soort zitvoorzieningen die worden gebruikt, hoe deze worden gebruikt, manier van buitenshuis verplaatsen, soort kussen, mogelijkheid om van houding te wisselen, mogelijk veranderde lichamelijke situatie, spasticiteit, incontinentie, sensibiliteit, voedingstoestand etc.

De revalidatiearts neemt dit tijdens de intake volgens protocol met hen door, benoemt samen met de patiënt het kernprobleem ten aanzien van decubitus in relatie tot het zitten, de hulpvraag van patiënt en verwijzer en stelt daarna al dan niet de indicatie voor analyse.

Op het moment van analyse door ergotherapeut en fysiotherapeut worden een aantal zaken nauwkeurig bekeken middels:

- lichamelijk onderzoek gericht op het zitten en de mogelijkheid tot aannemen van een adequate zithouding,
- aanvullend röntgenonderzoek van bekken en wervelkolom,
- inspectie van de huid,
- analyse van de zithouding in de rolstoel en op de behandelbank,

- drukmeting voor het inzichtelijk maken van de drukbelasting op het zitvlak,
- evaluatie en advies over het vervolgtraject.

Bij decubitus problematiek wordt nadrukkelijk onderzoek gedaan naar aanwezige drukmomenten:

- De drukverdeling onder het zitvlak wordt in kaart gebracht door te kijken en te voelen, mogelijk ondersteund door een digitale drukmeting.
- Verhoogde druk, als gevolg van bijvoorbeeld een broek met zakken of naden, een portemonnee in een achterzak of een tilmat, wordt in kaart gebracht.
- Worden materialen gebruikt die het drukverdelende vermogen van het gebruikte zitkussen nadelig kunnen beïnvloeden, zoals incontinentie materiaal.
- Kan patiënt meerdere keren per uur zichzelf opdrukken en van houding wisselen om druk van het zitvlak af te halen en anders te verdelen. Ook onderzoek naar aanwezige schuifmomenten.
- Bij actieve transfers moet het zitvlak voldoende worden gelift en bijvoorbeeld wielen worden ontweken.
- Bij gebruik van een tilmat moet deze geplaatst en verwijderd worden zonder eraan te trekken.
- Patiënt mag niet onderuit schuiven in de stoel door bijvoorbeeld een beperkte heupmobiliteit, verkeerd ingestelde zithoek van de stoel of aanwezige spasmen.
- Sportactiviteiten zoals basketbal of hockey, maar ook handbiken kan extra druk- of schuifkrachten veroorzaken.
- Zorg dat je als therapeut zoveel mogelijk van de 'zitvoorzieningen' die de patiënt gebruikt ziet en in kaart brengt.

Uit de analyse wordt een behandelvoorstel gevormd en deze zal in een of meerdere behandelingen worden getoetst en desgewenst worden aangepast. Aan het einde van de behandelreeks zullen de behandelaars en verzor-

genden van patiënte in haar woonsituatie ook worden geïnformeerd. Indien noodzakelijk wordt ook advies ten aanzien van een goede lighouding gegeven met als doel op die manier contracturen te voorkomen die een optimale zithouding kunnen bedreigen.

Als Z.A.T. hebben we voor al bovengenoemde en nog heel veel niet genoemde zaken aandacht als het gaat om het optimaliseren van de zithouding en het verminderen van het risico op het ontwikkelen van decubitus. Het Z.A.T. heeft voor de patiënte in bovengenoemde casus een grote meerwaarde gehad in een adequate behandeling ter voorkoming van decubitus in de toekomst.

Mevrouw is uiteindelijk na een periode van ruim negen maanden revalideren teruggegaan naar haar oude verpleegadres. De duur van opname in het revalidatiecentrum had mede te maken met het moeten wachten op een plaats in het verpleeghuis. Mevrouw heeft tot op de dag van vandaag geen decubitus meer ontwikkeld.

Literatuur

1. Elshahat A. **Profunda Femoris Artery Perforator-Based V-Y Advancement Flap in Reconstruction of Ischial Pressure Sores.** J Plast Reconstr Surg, 2008;32:77-82.
2. Gottrup F. **A specialized wound-healing center concept: importance of a multidisciplinary department structure and surgical treatment facilities in the treatment of chronic wounds.** The American Journal of Surgery, 2004;187:38S-43S.
3. Gottrup F. **Organization of wound healing services: the Danish experience and the importance of surgery.** Wound Repair Regen, 2003;11:452-457.
4. LiDavey L, Solomon JM, Freeborn SF. **A multidisciplinary approach to wound care.** J Wound Care, 1994;3:249-52.

* Rob van Leeuwen, wond- en decubitusconsulent, MCH Westeinde en MCH Antoniusshove, Den Haag