

NEGATIEVE DRUKTHERAPIE BIJ GEÏNFECTEERDE LIESWONDEN MET BLOOTLIGGENDE VAATPROTHESE

J. Rosier*

Bij een geïnficeerde lieswond met een blootliggende vaatprothese is een zware operatie soms de enige keuze. Een aantal vaatchirurgen in het UMC Utrecht probeerde of een aangepaste negatieve druktherapie (NDT) een goed alternatief is. Het lijkt inderdaad een effectieve en eenvoudige methode te zijn om de wond te sluiten.

Vaatchirurg Paul Berger uit het UMC Utrecht behandelde zeventien lieswonden met een blootliggende vaatprothese met NDT. Bij veertien wonden had de behandeling succes. Berger deed het samen met nurse practitioner en wondconsulent Dennis de Bie en de vaatchirurgen Frans Moll en Gert Jan de Borst. In hun behandeling pasten zij de standaard NDT aan door gebruik te maken van een ander type spons en een lagere druk. Het afgelopen jaar publiceerden zij in het *Journal of Vascular Surgery* en in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* over hun bevindingen. Aanleiding om Paul Berger te vragen naar de behandeling en de bevindingen.

HOE ZIJN JULLIE OP HET IDEE GEKOMEN VOOR DE BEHANDELING?

‘We zien met enige regelmaat patiënten met een geïnficeerde vaatprothese en met name de lies is een plek waar dat lastig te behandelen is. Er zijn twee traditionele behandelingen. Soms moet je ervoor kiezen mensen vele jaren of zelfs levenslang antibiotica te geven. In andere gevallen moet je ervoor kiezen de prothese te verwijderen, maar dat betekent dat je op een andere manier de bloedvoorziening van de benen moet herstellen. Dat zijn over het algemeen grote, zware operaties. Niet alle patiënten die zo’n prothese hebben kunnen die ondergaan. Daarom vroegen we ons af of er misschien alternatieven waren. NDT wordt op veel plekken toegepast en er worden goede resultaten behaald. Alleen adviseert de fabrikant om de behandeling niet op een blootliggende vaatprothese toe te passen vanwege het risico op bloedingen. Dat vonden we jammer en we zijn gaan zoe-

ken in de literatuur. Er zijn weinig studies naar de toepassing bij geïnficeerde prothesen in de lies. En de studies die er zijn, zijn kleine reports. Daarin wordt beschreven dat de NDT tot bloedingen kan leiden. We hebben erover nagedacht hoe dat zou komen.

Die zwarte spons heeft grote poriën waar met 125 mmHg flinke onderdruk op gezet wordt. Maar van buikchirurgen weten we dat ze voor open buiken ook wel witte sponzen gebruiken (foto 1). De witte spons is hydrofiel. Die neemt dus gemakkelijk vocht op en hecht zich daardoor niet of nauwelijks aan weefsel of aan de prothese. Hij heeft ook kleine poriën waardoor hij zich minder hard vastzuigt; de poriën van de zwarte spons zijn acht tot tien keer groter dan die van de witte. De zwarte spons is hydrofoob. Die is dus vochtafstotend. De ervaring leert dat die zich wel aan weefsel kan hechten. Als je bijvoorbeeld net te laat bent met verwisselen zie je wel eens dat de spons in weefsel is ingegroeid. We dachten: zou het niet een goed idee zijn om zo’n witte spons in de lies te plaatsen, direct op de prothese? We hebben het geprobeerd bij een patiënt bij wie de prothese bloot lag en voor wie we niet veel andere opties meer hadden. Bovenop de witte spons hebben we een zwarte spons gelegd om de grote diepte goed op te vullen. Direct op een anastomose met 125 mmHg zuigen, leek ons te riskant. Daarom hebben we het gewoon maar geprobeerd met 50 mmHg. Dat ging goed, de wond genes.’

WAT IS HET PERSPECTIEF VOOR DE PATIËNTEN?

‘Voorheen vulden we ook de wond op, met een spierflap of met behulp

van andere plastische chirurgie. Maar dat lukte niet altijd. NDT werkt eigenlijk veel beter. Het bespaart patiënten een grote ingreep. Het plaatsen van de therapie duurt een half uur; een spierflap in de wond leggen, al dan niet samen met een plastisch chirurg, is een veel grotere ingreep. Maar NDT is geen oplossing voor de langere termijn. Je behandelt de infectie er niet mee. Het enige wat je doet, is de wond laten genezen en het comfort voor de patiënt verbeteren. Omdat de infectie blijft bestaan, moet je de behandeling altijd combineren met antibiotica. Daar moeten alle patiënten heel lange tijd mee doorgaan. Met de NDT koop je tijd. Als een prothese bloot komt te liggen door een infectie is het vaak een acuut probleem op een ongunstig moment, omdat je nog niet precies weet alle behandelmogelijkheden zijn. Eerst zijn onderzoeken nodig en daar moet je op wachten, maar eigenlijk wil je al direct iets doen. Met de NDT maak je de wond goed verzorgbaar voor de verpleegkundigen en bied je de patiënt comfort. Je krijgt tijd om de patiënt te laten opknappen voor een eventuele operatie. Maar meestal is dat niet eens meer nodig en kun je de patiënt uitbehandelen met NDT. De behandeling kan een oplossing zijn voor de groep mensen die je niet direct kunt opereren om een nieuwe prothese te geven, bijvoorbeeld omdat hun conditie te slecht is. Er zijn twee categorieën patiënten met een liesprothese. Bij de eerste categorie is de vaatprothese in de buik aangesloten, bij de tweede categorie loopt de prothese vanuit de lies naar het been. Die tweede categorie is makkelijker te behandelen als je de prothese moet

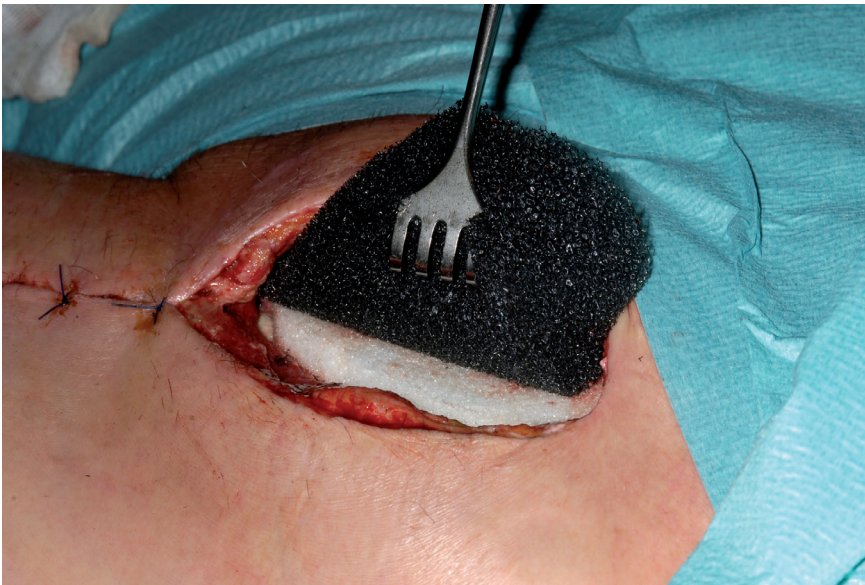


Foto 1. De witte spons hecht zich niet aan het weefsel en zuigt zich minder hard vast dan de zwarte. De zwarte spons vult de diepte van de wond op. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.*

verwijderen: dan hoef je alleen maar het been te opereren, dat is een vrij oppervlakkige wond. Maar als je de prothese uit de buik moet halen is het een heel grote ingreep. Die operaties duren lang en hebben veel morbiditeit: het littekenweefsel om de anastomose houdt zich niet aan anatomische grenzen en dat maakt een operatie aanzienlijk moeilijker en risicovoller.

HOE VAAK HEBBEN JULLIE SUCCES MET DE BEHANDELINGEN?

‘Het resultaat is gunstig. De afgelopen drie jaar hebben we vijftien patiënten behandeld, in totaal zeventien liezen. Bij veertien liezen was de behandeling succesvol, bij twee succesvol na een extra operatie en bij één liez falde de behandeling. Bovendien is bij alle succesvolle liesoperaties de wond nog steeds dicht. De patiënten krijgen wel nog een heel lange periode antibiotica, maar ze hebben geen van allen een verdere chirurgische behandeling nodig gehad. Overigens moet je niet onderschatten wat voor een belasting het is om lang of levenslang antibiotica te moeten gebruiken. Het heeft veel bijwerkingen, onder meer voor de spijsvertering.’

JE LEGT DE NDT AAN OP DE OK. WAAROM?

‘Daar is een aantal redenen voor. We willen de anastomose goed zien en

zeker weten dat die intact is. Als er bijvoorbeeld een bloeding is of een gat in de anastomose, dan heeft NDT geen zin en moet je iets anders doen. Aanleggen op de OK geeft je verder de mogelijkheid om meteen al in de eerste fase de wond goed te reinigen en al het dode weefsel eruit halen. Misschien dat de wond ook gereinigd kan worden door alleen NDT, maar ik heb het idee dat het goed is om telkens voordat je de sponzen erin legt, de wond eerst zo goed mogelijk te reinigen. De eerste verbandwisselingen doen we meestal ook op de OK. Daar gaan we net zo lang mee door tot het veilig op de afdeling kan, bijvoorbeeld als er granulatieweefsel ontstaat. Ook als de prothese nog bloot ligt of de wond nog erg vies is, is het een reden om het op de OK te doen. Soms is de verbandwisseling ook pijnlijk, vooral bij grote wonden; ook dan moet je het op de OK doen. Maar uiteindelijk werken we toe naar verbandwisseling op de afdeling. Hoe vaak het verband verwisseld moet worden hangt af van hoe het gaat en of bijvoorbeeld het verband niet loslaat. Over het algemeen wisselen we om de twee tot drie dagen.’

KUNNEN PATIËNTEN NA VERLOOP VAN TIJD OOK THUIS VERDER WORDEN BEHANDELD?

‘Ja, gespecialiseerde teams kunnen deze zorg thuis overnemen. Dennis

de Bie, onze wondconsulent, is de belangrijkste schakel in de zorg voor deze patiënten. Hij houdt ze regelmatig in de gaten. Na ontslag komen de patiënten één keer per week naar het NDT-spreekuur en wordt de spons verwisseld. De rest van de zorg gebeurt door de thuiszorg.’

HEBBEN ANDERE ZIEKENHUIZEN AL BELANGSTELLING GETOOND?

‘Tot nu toe nog weinig. Alleen enkele vaatchirurgen uit ziekenhuizen hier in de omgeving, met wie we al contact hebben. Het is belangrijk om je te realiseren dat veel artsen er huiverig voor zijn om sponzen te leggen op vaatprothesen. Toen ik er tijdens de landelijke chirurgendagen een voordracht over hield, zei één van mijn collega’s dat hij het een mooi idee vindt, maar het zelf niet aandurft. Hoewel de behandeling bij mijn patiënten geen bloedingen heeft veroorzaakt, hebben veel dokters het gevoel: ik leg een spons op een anastomose en daar ga ik aan zuigen, dat kan niet goed gaan. De belangstelling is dus beperkt, maar aan de andere kant gaat het ook om een ziektebeeld dat niet veel voorkomt. De incidentie van geïnfecteerde vaatprothesen is ongeveer een half procent. Dus niet veel artsen zien dit vaak. Wij zien het zo’n vijf keer per jaar terwijl we een ziekenhuis zijn waar veel van deze patiënten naartoe worden doorgestuurd.’

HEBBEN JULLIE MISSCHIEN AL PLANNEN VOOR EEN GROTER ONDERZOEK?

‘Daarover heb ik met de fabrikant uitvoerig gepraat. Er is internationaal wel belangstelling voor. Er wordt ook over geschreven, al is het mondjesmaat. Ons artikel is verschenen in het internationale Journal of Vascular Surgery, dat is in de vaatchirurgie een vooraanstaand tijdschrift. De vaatchirurgen die daaraan verbonden zijn, vinden het dus ook interessant. Maar omdat het zo weinig voorkomt, is het haast ondoenlijk om er een serieuze studie naar te doen. Je zou in Nederland vijf, zes ziekenhuizen moeten aanschrijven en er vijf, zes jaar mee bezig zijn. Dat is lastig te organiseren. En de vraag is of je dat moet

doen: het komt immers maar zo weinig voor. We gaan wel door met de behandeling en blijven de resultaten volgen.'

MOET JE BIJ DE BEHANDELING OOK NOG KANTTEKENINGEN PLAATSEN?

'Deze behandeling valt buiten de richtlijnen van de fabrikant. Je mag de behandeling dan ook alleen in het ziekenhuis doen. Het betekent ook dat je er voorzichtig mee moet zijn. Verder zien we een goed resultaat in de wondgenezing, maar wat het effect is op de infectie en wat het langetermijneffect is, weten we niet. Ik denk wel dat elk ziekenhuis in

Nederland dit kan toepassen, mits het op de OK gebeurt. Ook is het essentieel dat in je ziekenhuis de verpleegkundigen op de afdeling zo'n behandeling belangrijk vinden. Op onze vaatafdeling hebben we een aantal verpleegkundigen die zich specifiek toeleggen op wonden en NDT. Dat maakt het voor ons makkelijker om de behandeling te implementeren. Daarbij hebben we veel te danken aan Dennis de Bie en de verpleegkundigen uit de werkgroep Wondbehandeling, die alles strak in de gaten houden: dat is voor patiënten heel belangrijk en wij kunnen de zorg met een gerust gevoel uit handen geven.'

LITERATUUR

Berger P, de Bie D, Moll FL, de Borst GJ. 2012 **Negative pressure wound therapy on exposed prosthetic vascular grafts in the groin.** J Vasc Surg. Sep;56(3):714-20.

Berger P, de Bie D, Moll FL, de Borst GJ. 2012 **Vacuümtherapie bij blootliggende vaatprothese in lies.** Ned Tijdschr Geneeskd.;156:A4748.

* **Joop Rosier is freelance journalist**