



Oncologische ulcera in de palliatieve fase

M.J.G. Löwik*

Patiënten met kanker kunnen in het laatste stadium van hun leven te maken krijgen met verschillende soorten wonden of huiddefecten. De genezingstendens is door de matige lichamelijke conditie slecht en bij wonden veroorzaakt door tumorulceratie volledig afwezig (1). In dit artikel wordt ingegaan op de problemen die kunnen ontstaan bij patiënten met oncologische ulcera. Wonden kunnen ontstaan ten gevolge van tumorgroei, primair of door metastasen (2).

Dit artikel is eerder gepubliceerd in *Modern Medicine*. 2015;4:144-7. en met toestemming van auteur en redactie overgenomen.

Behandeling gebaseerd op het classificatiesysteem van het WCS Kenniscentrum, dat uitgaat van vochtige wondbehandeling met genezing als doel, is bij oncologische ulcera niet van toepassing (3). Het onderliggende weefsel is maligne, waardoor verbetering alleen mogelijk is door een tumorgerichte behandelmethode, zoals chirurgie, radiotherapie of chemotherapie (2).

Bij patiënten die geconfronteerd worden met een oncologisch ulcus in het laatste stadium van het leven heeft dit een grote impact op het lichamelijk, sociaal, psychologisch en spiritueel welbevinden (4).

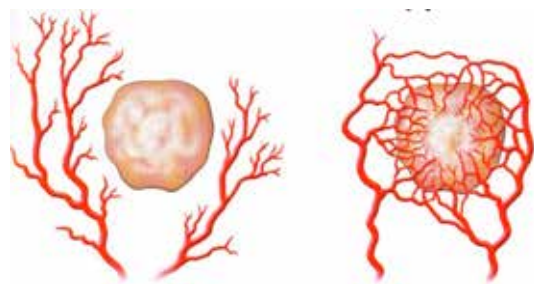
Problematiek van oncologische ulcera

In de Nederlandse Kankerregistratie zijn huiddefecten door tumorgroei niet opgenomen. Geschat wordt dat ongeveer 5 - 10 % van de patiënten met kanker in een vergevorderd stadium een oncologisch ulcus ontwikkelt (5). Tumoren die de meeste neiging hebben in de huid te groeien, zijn tumoren in het hoofd-halsgebied, de borst of vanuit het gynaecologisch gebied of rectum. Wanneer bij een kankerpatiënt met een wond de verdenking bestaat dat de wond veroorzaakt wordt door het kankerproces, kan de definitieve diagnose alleen gesteld worden door het nemen van een bipt. Bij het ontbreken van een tumorgerichte behandeling is het bestrijden van symptomen en het streven naar kwaliteit van leven voor de patiënt het belangrijkste doel van de (wond)behandeling. Een tumorulceratie groeit bij het ontbreken van een kankerbehandeling door en zal steeds meer problemen veroorzaken. De groeiwijze van oncologische ulcera kent een grillig verloop. Soms vindt in de tumor angiogenese plaats, waardoor een bloedrijke tumorulceratie kan ontstaan (figuur 1). Maar de tumorgroei kan ook bloedvaten dichtdrukken of beschadigen, waardoor in delen van het ulcus necrose ontstaat. Patiënten met oncologische ulcera



Figuur 1. Tumorulceratie

ondervinden problemen bij het verzorgen van en omgaan met de slecht te bestrijden symptomen: bloeding, exsudaat, geur en pijn en het vinden van goed passende verbanden (6). Ook op familie en verzorgenden hebben oncologische ulcera een grote impact. De schrijnende details en aanblik van de ulceraties blijven, tot jaren na de dood van de patiënt, in herinnering (7). In het palliatieve traject moeten niet alleen oplossingen worden gezocht voor de huidige problemen, maar ook moet worden ingespeeld op moeilijkheden die door de voortschrijdende ziekte kunnen ontstaan.



Figuur 2. Angiogenese

Tabel 1. Interventies bij een bloedende tumorulceratie

- Lokale druk gedurende 10 - 15 minuten met ijsklontjes in een plastic zakje of een ice pack gewikkeld in een kompres.
- Gazen gedrenkt in xylometazoline of adrenaline-oplossing 1:1000 rechtstreeks op de wond.
- Hemostatisch materiaal op de bloeding aanbrengen. Door klontering van trombocyten aan het hemostatisch materiaal wordt een stollingsmechanisme op gang gebracht.
- Tranexaminezuur toedienen.
- Een meer invasieve behandeling, zoals embolisatie of het onderbinden van het aanvoerende bloedvat door een chirurg.

Bloeding

Kankercellen stimuleren de angiogenese (figuur 2). Het nieuwe vaatsysteem dat ontstaat, is abnormaal met lukrake connecties en uitgezette bloedvaten, die de neiging hebben te lekken en te bloeden. Het weefsel is zeer broos en bloedt bij minimale manipulatie (8). Om bloedingen te voorkomen moet elke beschadiging van tumorweefsel worden vermeden. Vanwege het grote bloedingsgevaar is een necrotomie bij tumorulceraties gecontra-indiceerd. Wanneer de patiënt antistollingsmiddelen gebruikt, kan overwogen worden deze te stoppen. De wijze van verbinden en de keuze van het verbandmateriaal zijn de beste preventie om bloedingen tegen te gaan. Om overbodige manipulatie van het ulcus te vermijden, moet gestreefd worden naar zo min mogelijk verbandwisselingen. Daarnaast dient gezorgd te worden voor vochtige wondbehandeling, waardoor verkleving van het afdekkende materiaal aan de wond wordt voorkomen. Bij weinig exsudaat kan een verband met een siliconen contactlaag gebruikt worden. Bij matig tot veel exsudaat kan gekozen worden voor een calciumalginaat, dat met het exsudaat een gel vormt. Alginaten bevorderen de bloedstolling (3). Het verband moet soepel zijn, waardoor het zonder kieren aansluit en zich goed laat fixeren. Door een verband met polsterende werking te kiezen, kan beschadiging van buitenaf worden tegengaan.

Overall waar tumorulceraties in de huid voorkomen, kunnen bloedingen plaatsvinden, bijvoorbeeld bij uitgezaaide borstkanker. Levensbedreigende bloedingen komen voor op tumorlocaties waar grote bloedvaten zijn betrokken, bijvoorbeeld de arteriae carotis of de arteriae femoralis. Bij een levensbedreigende bloeding is de beschikbare tijd om de patiënt bij te staan en adequaat te handelen erg kort. De therapeutische mogelijkheden zijn beperkt. Het maken van afspraken over hoe gehandeld moet worden

tijdens een bloeding, en goede onderlinge communicatie zijn daarom noodzakelijk. De huisarts moet, eventueel samen met het behandelteam van het ziekenhuis, een inschatting maken hoe reëel het risico is op een bloeding en bepalen welke interventies nog mogelijk zijn. De mogelijkheid van een bloeding moet door de behandelend arts met de patiënt besproken worden. Het krijgen van een bloeding heeft voor zowel de patiënt als de naasten die aanwezig zijn een enorme impact. Alleen wanneer patiënt, mantelzorgers en verzorgenden op de hoogte zijn, kunnen voorzorgsmaatregelen genomen worden. Een eenvoudig te nemen voorzorgsmaatregel is het klaarleggen van donkere handdoeken. Hiermee kan het bloedverlies worden opgevangen en de hoeveelheid bloedverlies worden gecamoufleerd.

Crisis- of sederende medicatie kan worden voorgeschreven wanneer 24 uur professionele zorg gegarandeerd is. Midazolam is hiervoor een geschikt middel. De vloeistof kan intraveneus, subcutaan of oromucosaal worden toegediend. De dosering is afhankelijk van gewicht en andere individuele kenmerken. Patiënten die benzodiazepinen of opiaten gebruiken, hebben een hogere dosering nodig voor een goede sedatie. Het toedienen van crisismedicatie door mantelzorgers is meestal niet wenselijk. Wanneer zij niet in staat zijn om in een acute situatie meteen de medicatie op de juiste manier toe te dienen, kunnen zij na afloop met een schuldgevoel blijven zitten.

Geur

Het geurprobleem bij oncologische ulcera is een van de symptomen die de meeste impact heeft op patiënten,

Tabel 2. Voorbereidende maatregelen bij een risico op een levensbedreigende bloeding

- Adviseer donkere lakens te gebruiken en donkere handdoeken klaar te leggen – bij risico op long- of maagbloeding een donkere emmer.
- Stel een individueel behandelplan voor de ambulancedienst op, waarin het te volgen beleid en eventuele behandelbeperking kort genoteerd staan. Dit behandelplan kan door de medisch manager ambulancedienst worden ondertekend en aanwezig zijn op de meldkamer (9).
- Stel in overleg met naasten een lijst met telefoonnummers samen voor eventuele ondersteuning tot de ambulance komt of voor ondersteuning daarna.
- Spreek de afgesproken stappen door met mensen die aanwezig kunnen zijn bij een eventuele bloeding. Belangrijk is dat in geval van een levensbedreigende bloeding de patiënt niet alleen wordt gelaten.

Kernpunten

- Een tumorgerichte behandeling is de beste therapie voor de problemen die oncologische ulcera veroorzaken. Bij het ontbreken van een kankerbehandeling zal een tumorulceratie doorgroeien en meer problemen gaan veroorzaken. Vooral in het laatste stadium van de ziekte, wanneer geen behandeling meer mogelijk is, heeft een oncologisch ulcus een grote impact op patiënt en familie.
- Het risico op bloeding moet tijdig onderkend worden. Alleen wanneer de betrokkenen op de hoogte zijn, kunnen voorzorgsmaatregelen getroffen worden. Een simpele maar effectieve maatregel is het klaarleggen van donkere handdoeken. Een grote hoeveelheid bloedverlies kan hiermee worden gecamoufleerd. Een necrotectomie is de standaard bij de behandeling van zwarte wonden met een benigne oorzaak. Bij oncologische ulcera is een necrotectomie gecontra-indiceerd in verband met het risico op een niet te stelpen bloeding.
- Sociale isolatie dreigt, wanneer geurproblemen niet adequaat bestreden kunnen worden.
- Voor de behandeling van de problemen die oncologische ulcera kunnen veroorzaken, zijn handvatten te vinden in het Wondenboek van het WCS Kenniscentrum en op www.pallialine.nl

mantelzorgers en professionals (7). Sociale isolatie dreigt wanneer een patiënt in zijn dagelijkse bezigheden wordt gehinderd door een lekkende riekende wond. Weefselversterf en/of secundaire infecties zijn meestal de oorzaak van geurproblemen bij oncologische ulcera (10). Door verminderde doorbloeding kunnen delen van een tumor afsterven en necrotisch worden. Anaerobe bacteriën gedijen goed in het zuurstofarme necrotische weefsel. Bij oncologische ulcera is een necrotectomie in verband met het bloedingsgevaar gecontra-indiceerd. De voedingsbodem van de bacteriën die de geurproblemen veroorzaken, kan daarom niet verwijderd worden. Ondanks dat de meeste oncologische ulcera ontstaan wanneer een curatieve behandeling niet meer mogelijk is, blijft het zinvol om na te gaan of enige vorm van tumorgerichte therapie mogelijk is. Door de tumor te verkleinen of te laten verdwijnen, zullen ook de geurproblemen beter te beheersen zijn. Het geurprobleem gaat meestal samen met overmatig exsudaat. De hoeveelheid exsudaat neemt significant toe wanneer meer dan vier verschillende soorten bacteriën, waaronder anaerobe, in het ulcus gevonden worden (11). Anaerobe bacteriën zijn gevoelig voor metronidazol. Door

de bacteriën te bestrijden zal het geurprobleem verminderen. De voorkeur gaat uit naar de lokale toepassing van dit antibioticum. Deze werkt snel en effectief en veroorzaakt geen misselijkheid, wat wel het geval kan zijn bij het systemisch toedienen van metronidazol (12). Ulcera die aan de oppervlakte liggen, kunnen behandeld worden met metronidazol 1 % toegevoegd aan carbomeerwatergel (FNA). Toepassing: het ulcus vooraf reinigen, bij voorkeur onder een lauwarme douche. De gel in een dunne laag direct op het ulcus aanbrengen. Daarna het ulcus afdekken met een niet-verklevend verband. Ulcera die in een holte liggen, zoals rectum of vagina, kunnen gespoeld worden met metronidazol infuusvloeistof 5 mg/ml. Start bij ernstige geurproblemen met twee tot drie keer daags de lokale toepassing van metronidazol. Bij afname van het geurprobleem de frequentie terugbrengen naar eenmaal daags. Indien binnen 72 uur geen effect optreedt, de lokale toepassing stoppen en eventueel overgaan op systemische toediening. Zilver- en honingverbanden kunnen vanwege de bacteriedodende werking overwogen worden (13). Wanneer frequent verbandwissel nodig is door overmatig exsudaat (meer dan eenmaal daags), weegt de effectiviteit niet op tegen de kosten bij deze relatief dure verbanden. De eerste keus bij de bestrijding van geurproblemen bij oncologische ulcera is lokale toepassing van metronidazol. Koolstofverbanden kunnen gebruikt worden om de geur bij de bron te absorberen. Deze verbanden bevatten geactiveerde koolstof. Het verband neutraliseert de geuren van bacterieel geïnfecteerde vochtige ulcera. Hierbij is het belangrijk dat het verband groot genoeg is, goed wordt gefixeerd en aansluit op de huid. Bij verzadiging van het verband moet het verwisseld worden om doorlekken en daarmee verspreiding van de geur te voorkomen (3). Het gebruik van luchtverfrissers of geur verspreidende sprays is slechts een aanvulling op het bestrijden van de oorzaak. Veel van deze middelen geven zelf een doordringende geur af, waardoor deze samen met de geur uit het ulcus een onprettige combinatie vormt. Huis-tuin-en-keukenmiddeltjes zoals een schaalje koffie, hebben als nadeel de mogelijke associatie in een later stadium. Na het overlijden van de patiënt blijft de geur van koffie de herinnering oproepen aan de moeilijke periode.

Pijn

Pijnklachten bij een oncologisch ulcus kunnen zowel lokaal als systemisch behandeld worden. De systemische pijnstilling kan worden voorgeschreven aan de hand van de analgetische ladder. Het toedienen van systemische pijnmedicatie is vaak de eerste keus. Lokale toepassing van pijnstilling in de vorm van een crème of gel met lidocaïne kan een aanvulling zijn. Specifiek bij tumorulceraties kan ook morfingel lokaal worden toegepast (14). Bij aantasting van de huid door een kankergezwell kunnen zenuwuiteinden bloot komen te liggen. Door morfingel recht-

streeks op het ulcus aan te brengen kan de pijn, veroorzaakt door geprikkelde zenuwuiteinden, verminderd worden. Lokale toepassing van morfine geeft minder kans op bijwerkingen, zoals obstipatie en sufheid. Pijnklachten bij oncologische ulcera kunnen ook veroorzaakt worden door verkeerd gekozen wondproducten. Uitdroging van het ulcus, schuiven, maar ook verkleving van het materiaal kunnen pijn veroorzaken en moeten daarom voorkomen worden. Bij oncologische ulcera moet, net als bij de wonden waarbij de onderliggende structuur benigne is, worden gestreefd naar een vochtige wondbehandeling. De keuze van het verbandmateriaal moet hierop worden aangepast.

Verwerking

Naast de fysieke problemen krijgen patiënten met oncologische ulcera ook te maken met sociale, psychologische en spirituele aspecten (4). Een tumorulceratie is het zichtbare resultaat van de ziekte en daarmee confronterend voor patiënt en familie. Wanneer de partner de rol van verzorger op zich heeft genomen, rijst de vraag of er nog wel plaats is voor intimiteit. Het risico bestaat dat door de ernstige ziekte de partnerrelatie verschuift in de richting van een zorgverlenerrelatie (2). Het is de taak van de professionele hulpverlener te blijven controleren of de draagkracht en draaglast nog wel in evenwicht zijn. Wanneer nodig moet de verzorging worden overgenomen door professionals om de mantelzorger te ontlasten. Hiervoor is het nodig om de naasten ook alleen, los van de patiënt, aan te spreken over hun situatie. Angsten en onzekerheden worden niet altijd uitgesproken, omdat men de ander wil sparen. Wanneer alle aandacht alleen uitgaat naar de patiënt, kunnen de naasten alleen komen te staan met hun problemen.

Conclusie

In dit artikel wordt de problematiek beschreven waarmee oncologiepatiënten met een tumorulceratie in het laatste stadium van de ziekte en hun naasten, geconfronteerd kunnen worden. Voor het bestrijden van onder andere de symptomen geur en bloeding worden praktische adviezen gegeven.

Literatuur

1. Maida V, Ennis M, Corban J. **Wound outcomes in patients with advanced illness.** *Int Wound J*, 2012;9:683-92.
2. **Oncologische ulcera**, 2010. Beschikbaar via: www.pallialine.nl.
3. Jong AEE de. **Wondenboek**. Leiden: WCS Kenniscentrum Wondzorg, 2015.
4. Gibson S., Green J. **Review of patients' experiences with fungating wounds and associated quality of life.** *Journal of woundcare*, 2013;22:265-75.
5. Dowsett C. **Malignant fungating wounds: assessment and management.** *Br J Community Nurs*, 2002;7:394-400.
6. Grocott P, Gethin G, Probst S. **Malignant wound management in advanced illness: new insights.** *Curr Opin Support Palliat Care*, 2013;7:101-5.
7. Alexander SJ. **An intense and unforgettable experience: the lived experience of malignant wounds from the perspectives of patients, caregivers and nurses.** *Int Wound J*, 2010;7:456-65.
8. Recka K, Montagnini M, Vitale CA. **Management of bleeding associated with malignant wounds.** *J Palliat Med*, 2012;15:952-4.
9. Veld C in 't. **Landelijk Protocol Ambulancezorg**. Zwolle: Ambulancezorg Nederland, 2014. Beschikbaar via: http://www.ambulancezorg.nl/dl/files/20140804_LPA8_boek_definitief_druk_bev.pdf.
10. Seaman S. **Management of malignant fungating wounds in advanced cancer.** *Semin in Oncol Nurs*, 2006;22:185-93.
11. Fromantin I, Watson S, Baffie A, et al. **A prospective, descriptive cohort study of malignant wound characteristics and wound care strategies in patients with breast cancer.** *Ostomy Wound Manage*, 2014;60:38-48.
12. Finlay IG, Bowszyc J, Ramlau C, Gwiedzinski Z. **The effect of topical 0.75% metronidazole gel on malodorous cutaneous ulcers.** *J Pain Symptom Manage*, 1996;11:158-62.
13. Beam JW. **Topical silver for infected wounds.** *J Athl Train*, 2009;44:531-3.
14. LeBon B, Zeppetella G, Higginson IJ. **Effectiveness of topical administration of opioids in palliative care: a systematic review.** *J Pain Symptom Management*, 2009;37:913-7.

* M.J.G. Löwik, verpleegkundig specialist gynaecologie, afdeling gynaecologie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden