

Van miskenning naar erkenning: Morel-Lavallée laesie

A. Melissant, S. Spigt *

Deze casus schetst een patiënte met een Morel-Lavallée laesie (MLL) van het linker onderbeen. Een Morel-Lavallée laesie is een posttraumatisch weke delenletsel, waarbij een splitsing ontstaat van de huid met het subcutane vetweefsel van de onderliggende fascie. Hierdoor ontstaat een ruimte gevuld met bloed, lymfe en vet (1). De diagnose MLL wordt vaak miskend. Hudson et al. (2) beschreven in 1992 zestien cases, waarbij in 44% van de gevallen (zeven cases) de diagnose in eerste instantie werd gemist. De miskenning van het probleem en de angst die dit met zich meebrachten voor mevrouw, zijn voor ons de reden om deze casus onder de aandacht te brengen. Daarom willen we niet alleen de casus vanuit medisch oogpunt bespreken, maar zeker ook het belang van het verpleegkundig handelen en de psychosociale begeleiding van mevrouw door de verpleegkundige in een voor haar angstige- en onzekere periode hier beschrijven.

Casus

In het brandwondencentrum van het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam presenteerde zich een 45-jarige vrouw. Ruim vijf weken geleden is zij op de fiets aangereden door een busje, waarbij de wielen van het busje over haar beide benen zijn gereden. De chauffeur van het busje dacht in paniek dat hij nog op haar benen stond en is toen achteruit nog een keer over haar benen gereden. Mevrouw werd direct na het ongeluk opgenomen en conservatief behandeld in een algemeen ziekenhuis. Er zijn röntgenfoto's gemaakt waarop geen fracturen te zien waren; ze kreeg fysiotherapie. Haar linkerbeen zag er naar eigen zeggen flink gekneusd uit. Na twee weken werd zij ontslagen uit het ziekenhuis, maar een dag later werd ze in datzelfde ziekenhuis weer opgenomen met een infectie aan het linkerbeen. Er volgden weer drie weken ziekenhuisopname. Mevrouw werd behandeld met antibiotica. In deze periode heeft ze geprobeerd om via het ziekenhuis een second opinion aan te vragen, maar daar kwam volgens haar niets uit. Ze werd opnieuw naar huis gestuurd met een poliklinische afspraak, maar ze vertrouwde de situatie helemaal niet en regelde zelf via haar huisarts een second opinion.

En zo zagen we vijf weken na het ongeluk in het brandwondencentrum een ongeruste vrouw met een droge, necrotische korst op haar linker onderbeen (foto 1,2). Aan de zijkant van het onderbeen en de kuit was roodheid zichtbaar en rondom de gehele korst was een duidelijke 'demarcatielijn' te zien; dit is de lijn die ziek en gezond weefsel van elkaar scheidt. De korst liep over de kuit door maar was niet circulair. Bij nader onderzoek werd veel oud, bloederig vocht onder de korst gevonden. Beide benen waren oedemateus. Mevrouw kon korte stukjes lopen zonder dat ze al te veel pijnklachten ervaarde. De arts besloot om mevrouw klinisch verder te behandelen en zij werd opgenomen in het brandwondencentrum. De arts stelde als diagnose dat het hier om een deglovement letsel ofwel Morel-Lavallée laesie na een trauma ging.

Behandeling

Een chirurgische behandeling was hier noodzakelijk. Voorafgaand aan de operatie werd de korst op het linker onderbeen twee keer per dag behandeld met Eusol. Ook werd de antibiotica oraal gecontinueerd. Een topicale



Foto 1. Vijf weken na ongeval, een droge necrotische korst.



Foto 2. Vijf weken na ongeval, een droge necrotische korst.

Morel-Lavallée laesie

In 1853 werd voor het eerst een Morel-Lavallée laesie (MLL) beschreven door de Fransman Morel-Lavallée. Een MLL is een traumatische weke-delenletsel, waarbij de huid met het onderliggende subcutane weefsel wordt gesplitst van de onderliggende fascie. De opperhuid is hierbij nog intact. Door het (af)scheuren van de bloed- en lymfevaten van het weefsel ontstaat een afgesloten holte gevuld met bloed, lymfe en (uiteindelijk necrotisch) vet. De diagnose van MLL wordt gesteld op basis van lichamelijk onderzoek, waarbij de aanwezigheid van een zacht fluctuerend gebied het meest kenmerkend is. Misleidend is dat de zwelling ook pas na enkele dagen aanwezig kan zijn, waardoor de diagnose in eerste instantie niet wordt gesteld. Ook is er vaak sprake van hypermobiliteit van de overliggende huid met lokaal een verminderde sensibiliteit. In de acute fase kunnen tekenen van contusie of compressie worden gezien. De diagnose kan worden bevestigd middels echografie, een CT-scan of bij voorkeur met een MRI-scan. Een standaard röntgenopname kan een weke delenmassa tonen, maar is niet bijdragend aan de diagnose (1).

behandeling van een necrotisch wondbed met Eusol® of Natriumhypochlorietsmeersel zorgt voor een vermindering van het aantal micro-organismen, lost necrotisch weefsel op en draagt hierdoor bij aan het genezingsproces.

Mevrouw werd twee dagen na opname voor de eerste keer geopereerd waarbij necrectomie (verwijdering van al het dode weefsel) werd uitgevoerd. Tijdens de operatie was goed te zien tot hoever de necrose aanwezig was. De huid en een groot deel van het subcutane vetweefsel was aangedaan en lag los van de fascie (foto 3). Tot vijf dagen na de eerste operatie werd de wond opnieuw twee keer per dag behandeld met Eusol om een zo schoon mogelijk wondbed te bewerkstelligen. Na deze vijf dagen zagen we een mooi wondbed met aan de wondranden nog wel wat korsten en beslag (foto 4). De korsten werden verwijderd en er werd gestart met negatieve druktherapie.

Negatieve druktherapie kan worden gebruikt voor een tijdelijke bedekking van zacht weefsel. Er is aangetoond dat de bacteriële groei wordt verminderd en het stimuleert de doorbloeding en granulatie van nieuw weefsel (3). In de beschikbare literatuur zijn verschillende casereports te vinden waarin wordt beschreven dat negatieve druktherapie een geschikte methode is om een Morel-Lavallée laesie te behandelen (4,5).



Foto 3. De huid en een groot deel van het subcutane vetweefsel is aangedaan en ligt los van de fascie.



Foto 4. Vijf dagen na de operatie een mooi wondbed met aan de wondranden nog wel wat korsten en beslag.



Foto 5. Wondinspectie.



Foto 6. Wondsluiting door ingegroeid huidtransplantaat na tweede operatie.



Foto 7. Wondsluiting door ingegroeid huidtransplantaat na tweede operatie.

Tijdens de verbandwissels van de negatieve druktherapie werd ook de wond geïnspecteerd (foto 5). Toenemend was sprake van een fraai granulerend wondbed en werd besloten tot het verrichten van een huidtransplantatie. Twee weken na de eerste operatie werd mevrouw opnieuw geopereerd waarbij de wondranden werden gedebrideerd en een huidtransplantaat op de wond werd gelegd. Donorhuid werd afgenomen van het linker bovenbeen. Ze kreeg een drukverband met een achter gipsspalk, welke vijf dagen bleef zitten en gedurende deze tijd kreeg mevrouw ook bedrust. Het wondgebied werd op deze manier zo veel mogelijk rust gegeven. Toen na vijf dagen het operatieverband en de gipsspalk werden verwijderd was er sprake van een volledig ingegroeid transplantaat en was de wond dicht (foto 6, 7). Mevrouw oefent met lopen onder leiding van de fysiotherapeut en kan een dag later met ontslag. Het is dan ruim twee maanden na het ongeluk. Poliklinisch krijgt mevrouw fysiotherapie en komt ze regelmatig terug voor littekencontrole.

Beschouwingen vanuit verpleegkundig perspectief

Als vanzelfsprekend heb je als verpleegkundige in een dergelijke casus aandacht voor het volgende:

- Vitale parameters (temperatuur, pols, tensie en saturatie), waarbij ook aandacht is voor het stijgen van de infectieparameters in het bloed. Cave shock/sepsis: koorts, tachycardie en tensiedaling. Zeker de eerste dagen is het van belang om deze controles met regelmaat te doen en goed te observeren.
- Observatie van het aangedane lichaamsdeel. Denk hierbij aan oedeem en de doorbloeding (koud/warm, pulsaties en capillaire refill). Cave compartmentsyndroom.
- Observaties van het huiddefect. Roodheid, pijn, lokale warmte, zwelling en functieverlies. Hoe ziet de wond eruit? Is er een vitaal wondbed of is er necrose waarneembaar? Kleur en geur van het wondvocht?
- Aandacht voor adequate pijnbestrijding. Bevraag de patiënt op meerdere momenten van de dag naar de

pijnbeleving met behulp van een gevalideerd meetinstrument, zodat er een goede medicamenteuze pijnstilling ingesteld kan worden.

Psychosociale begeleiding

Deze patiënte was totaal ontredderd toen zij in het brandwondencentrum opgenomen werd. Ze voelde zich onbegrepen en miskent in haar situatie. Ze liep al vijf weken rond met haar klachten en de diagnose werd in het brandwondencentrum direct gesteld. Nadat ze twee dagen later was geopereerd werd de omvang van de situatie haar duidelijk en dat had grote impact op haar. Na de operatie kwam ook ruimte voor erkenning van de problemen die er door het letsel wel degelijk waren: postoperatieve pijnklachten, oedeemvorming, beperkingen in mobiliteit en zelfstandigheid. Ook kwam er ruimte om de miskenning van het letsel te bespreken met alle emoties daarbij. Op de afdeling hebben we geprobeerd om zo goed mogelijk de zorg die mevrouw hiervoor nodig had te bieden. Multidisciplinair was er aandacht voor al haar zorgproblemen. De verpleegkundige had daarbij de coördinerende rol. Een eenpersoonskamer bood mevrouw ook een plek om in alle rust de dingen te kunnen verwerken. Er was alle aandacht voor het verwerkingsproces, maar het werd wel steeds meer duidelijk dat mevrouw hierin wel professionele ondersteuning nodig had. Tijdens de opname lag de nadruk op behandeling en herstel. Mevrouw vond het belangrijk om eerst thuis te revalideren en daarna met behulp van een psycholoog en de nazorgverpleegkundige alles verder te verwerken.

Literatuur

1. Thijs KM, Blewanus K, Goudswaard GJ. **Morel-Lavallée laesie van de knie**. Sport & Geneeskunde, 2012;24-7.
2. Hudson DA, Knottenbelt JD, Krige JE. **Closed degloving injuries: results following conservative surgery**. Plastic and Reconstructive Surgery, 1992;89:853-5.
3. Andres T, von Lübken F, Friemert B, et al. **Vacuum-Assisted Closure in the Management of Degloving Soft Tissue Injury: A Case Report**. The Journal of Foot and Ankle Surgery, 2016;55:852-6.
4. Dini M, Quercioli F, Mori A, et al. **Vacuum-assisted closure, dermal regeneration template and degloved cryopreserved skin as useful tools in subtotal degloving of the lower limb**. Injury, 2012;43:957-9.
5. Labler L, Trentz O. **The use of vacuum assisted closure (VAC) in soft tissue injuries after high energy pelvic trauma**. Langenbeck's Archives of Surgery, 2007;392:601-9.

* *Anneke Melissant-den Hollander en Saby Spigt-Staszek, brandwondenverpleegkundigen, Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam*

Contact

MelissantA@maasstadziekenhuis.nl