

## Verslag Europese wond congres (EWMA)

Ellie Lenselink\*

Voor de 28<sup>e</sup> keer organiseerde de European Wound Management Association (EWMA) haar congres, in Krakow deze keer. Bezoekers werden welkom geheten met folklore en Poolse bagels (foto 1), die je trouwens ook op elke straathoek kan kopen. Het congres, dat de titel New Frontiers in Wound Management mee kreeg, was met 3.500 deelnemers (foto 2) iets minder bezocht dan andere jaren, maar toch nog steeds het grootste congres (foto 3) van Europa en volgens sommigen misschien wel van de hele wereld. Na een welkom door Alberto Piaggese (EWMA Scientific Recorder) en Maciej Sopata (voorzitter van de Poolse wondorganisatie) gaf Sue Bale (president van de EWMA) een overview van het programma.

### Opening van het congres

Vervolgens werden de openingslezingen gehouden door David Margolis (hoogleraar interne geneeskunde, microbiologie, immunologie en epidemiologie North Carolina, USA) en David Armstrong (hoogleraar chirurgie, Southern California, USA) eerste spreker gaf een overzicht van de wereldwijde incidentie van verschillende soorten complexe wonden en Armstrong focuste vervolgens op de diabetische voet en gaf na benadrukking van de ernst van het probleem (40% recidiveert) een overzicht van nieuwe technische ontwikkelingen op het gebied van de diabetische voet, zoals smartsocks die van alles kunnen meten. Professor Sue Bale (Director of Research & Development in Aneurin Bevan Health Board (Wales) en de huidige EWMA president) sloot de openingssessie af met een lezing over care bundels; dit zijn clusters van kleine effectieve interventies die gebaseerd zijn op richtlijnen, dus eigenlijk een vertaling van de richtlijn naar de praktijk.

### Biofilms

De sessie waarin de rol van de micro-omgeving voor bacterie persistentie in chronische wonden werd besproken, was inhoudelijk echt gericht op specialisten in biofilms en voor de gemiddelde wondverpleegkundige best ingewikkeld. Allereerst vertelde prof. Bjarnsholt, hoogleraar in biofilms en chronische infecties, universiteit Kopenhagen) over het verschil in een klinische biofilm en een biofilm in het laboratorium. De laatste kenmerkt zich door er uit te zien als 'mushrooms' maar dit is bij de klinische biofilm niet het geval. Hierbij worden kleinere micro-kolonies gezien, waarbij vaak een bacteriesoort dominant is. Peter Østrop Jensen ging in op de rol van zuurstof in de micro-omgeving. Er kan zuurstoftekort in de weefsels ontstaan door onvoldoende aanvoer of door verhoogd gebruik; in een chronische wond zie je vaak veel neutrofielen. Deze gebruiken heel veel zuurstof (o.a. door het



Foto 1. Welkom met folklore en bagels.

produceren van zuurstofradicalen). Door een tekort aan zuurstof kunnen de neutrofielen de bacteriën niet helemaal doden, maar wel hun groei vertragen. Daarnaast gaat de bacterie door het gebrek aan zuurstof zich ook anders gedragen. Tot slot vertelde microbioloog dr. Marvin Whiteley (Georgia, Atlanta, USA) dat hij biofilms in het laboratorium had gemaakt waarbij werd gekeken hoe de gen-expressie zich uit en hoe dat bij menselijke wonden is.

### Revascularisatie

De revascularisatie sessie ging over teambuilding in de behandeling van een ischemische ledemaat. De eerste presentatie door prof. Akradiusz Jawien (vaatchirurg Universiteit van Toruń Polen) ging over teambuilding bij de behandeling van een patiënt met een ischemische diabetische voet. Vervolgens was er een lezing door Irene Bargel-line (interventie radioloog): effectieve versus mogelijke revascularisatie. Hierbij werd het angiosome concept benadrukt, factoren die uitkomsten van revascularisatie beïnvloeden en de analyse van de tijd tot wondgenezing en

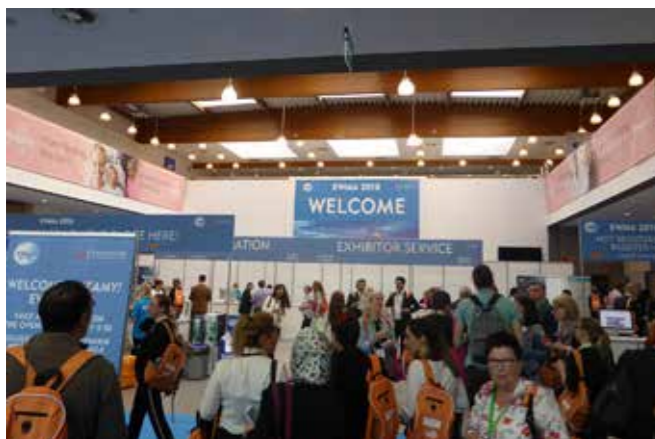


Foto 2. Deelnemers uit allerlei landen bij de registratie balies.

wondvrije periode. Hierna presenteerde prof. Luigi Uccioli (diabetische voet specialist, Rome) welke co-morbiditeiten bij kritische ledemaatschemie de wond beïnvloeden. Vooral de patiënten met hartfalen en nierinsufficiëntie hebben slechte genezingsuitkomsten. En juist de combinatie van deze twee met ischemie is desastreus; slechts 37,7% kan het been behouden en meer dan de helft (56,3%) overleeft het niet. Na dit verhaal was het gelukkig de beurt aan David Armstrong die van alle narigheid toch nog een optimistische presentatie kon maken. Zijn focus lag vooral op risicoanalyse waarbij de WIFI (Wound, Ischemia, Foot Infection) score (schema 1) een goed hulpmiddel is.

*Behandeling van deze groep patiënten dient heel zorgvuldig, multidisciplinair en met een psycholoog te gebeuren*

### Atypische wonden

De focussessie atypische wonden door dr. Isoherranen (dermatoloog, Helsinki) en dr. Kluger (dermatoloog, Universiteit van Helsinki) was een interactieve sessie waarbij participanten konden stemmen welke wondaan- doening op het scherm zou worden geprojecteerd. Hierbij lag de focus op zeldzame dermatologische aandoeningen, zoals leukocytoclastische vasculitis. Hierbij gaf dr. Isoherranen informatie over hoe de aandoening ontstaat en hoe ze behandeld moeten worden. Dr. Kluger presenteerde atypische wonden die helaas door mensen bij zichzelf worden aangebracht. Hierbij ging het niet om 'klassieke automutilatie', maar om atypische aandoeningen, zoals bijvoorbeeld een meisje dat aan een kant helemaal onder de 'zuigzoenen' zat. Behandeling van deze groep patiënten dient heel zorgvuldig, multidisciplinair en met een psycholoog te gebeuren. Belangrijk hierbij is dat de patiënt niet

direct geconfronteerd wordt met het feit dat hij/zij er van wordt verdacht zelf verantwoordelijk te zijn voor het aanbrengen van de afwijking, omdat de kans groot is dat deze dan verdwijnt en elders gaat 'shoppen'. De EWMA is inmiddels ook gestart met een werkgroep die volgend jaar een positiedocument over atypische wonden zal presenteren.

### Wond assessment en diagnostiek

In de key sessie Wond diagnostiek en assessment gaf Andrea Pokorna (vice decaan gezondheidszorg onderzoeksprogramma's en informatietechnologie Faculteit geneeskunde, Universiteit Brno, Tsjechië) als eerste een lezing over mogelijke barrières bij het gebruik van gestandaardiseerde hulpmiddelen bij een goede wondanamnese. Als belangrijkste aanbeveling gaf ze mee dat het belangrijk is om een hulpmiddel te gebruiken dat zowel een actuele overall status van de patiënt beschrijft en daarnaast de conditie van de wond en risicofactoren die wondgenezing beïnvloeden. Het instrument moet natuurlijk, valide, betrouwbaar, sensitief en specifiek zijn en ook nog werkbaar in de praktijk. Vervolgens ging Zena Moore (hoogleraar en hoofd opleidingen verpleegkunde en verloskunde, Ierland) vooral in op de risicofactoren. Er bestaat een aantal 'risk assessment tools' die wondgenezing adequaat kunnen voorspellen, zoals de Venus Leg Ulcer Assessment Tool (VLURAT). Daarnaast gaf ze een aantal voorbeelden die nog niet goed gaan: er wordt nog nauwelijks gescreend op ondervoeding, terwijl dit grote invloed heeft op de wondgenezing. Uit onderzoek blijkt dat in 30% van de complexe wonden geen differentiaaldiagnose wordt opgesteld, slechts in 16% een enkel-armindex wordt gemeten en dat er continu gewisseld wordt van verbandmiddel zonder dat een goede diagnose is gesteld.

### Diabetische voet

De internationale Werkgroep Diabetische Voet organiseerde verschillende diabetische voet streams, allereerst

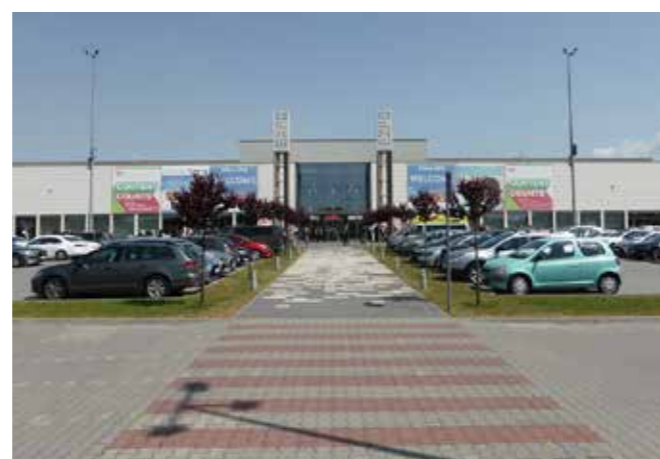


Foto 3. Op weg naar een mooi congres.

over infectiepreventie en controle. Presentaties waren: Hoe een voetinfectie te diagnosticeren en te behandelen; Hoe een juist antibioticaregime te selecteren; Glucosemanagement bij opname en Damage control surgery bij diabetische voetinfecties. Vervolgens was er ook een sessie over wondmanagement bij de diabetische voet. Allereerst ging het over het belang van richtlijnen, vervolgens over mechanismen die de wondgenezing verstoren, het belang van nauwkeurig de anatomie en de perfusie van de voet te kennen en tot slot het belang van de kosteneffectiviteit. Dr. Jan Apelqvist (endocrinoloog Universiteit van Lund, Zweden) benadrukte dat primaire preventie toch de allerbeste kostenbesparing is. Wat de zorg duur maakt zijn het aantal chirurgische procedures, ziekenhuisopnames, de ernst van de wonden en de bijkomende morbiditeiten. De laatste presentatie over preventie werd afgetrapt door prof. Nicolaas Schaper (endocrinoloog, Maastricht UMC+) met een interessante les over neuropathie. Aan de hand van een casus van een patiënt met wat specifieke klachten, zoals pijnlijke/vermoeide benen, die zich wat instabiel voelt met lopen, ook moeite heeft met traplopen en bij navraag ook maar was gestopt met sporten omdat het eigenlijk gewoon niet meer ging. Voor deze klachten, passend bij asymptomatische neuropathie, bestaat eigenlijk geen goed diagnostisch hulpmiddel. Deze klachten worden namelijk veroorzaakt door de kleine zenuwen, terwijl je met een monofilament of een EMG alleen aandoeningen aan de grotere zenuwen kan testen. Symptomen zijn: patiënt gaat steeds minder lopen, gevoelsverlies, neuropathische pijn, spierzwakte en angst voor depressie. De kwaliteit van leven is duidelijk verminderd door pijn, verminderde mobiliteit, depressie, gebrek aan controle en angst voor amputatie. Vervolgens gaf dr. Jaap van Netten (bewegingswetenschapper AMC) een interessante lezing over biomechanica en de preventie van voetulcera. Matilde Monteiro Soares (onderzoeker in epidemiologie, podotherapie en diabetes, Universiteit van Porto, Portugal) sloot af met educatie en gerelateerde interventies om ulcera te voorkomen.

*Het is belangrijk om met de patiënt te onderhandelen*

### Therapietrouw

De sessie How to improve adherence to health regimes door prof. Helvi Kyngäs (verplegingswetenschapper, Universiteit van Oulu, Finland) was vrij basaal en niet gericht op een bepaalde patiëntengroep, maar gaf wel voldoende adviezen om therapietrouw te vergroten. Belangrijk is dat men verschillende soorten interventies toepast; cognitief, gericht op educatie en counseling, gedraggericht op gedragsverandering en affectieve inter-

venties die de negatieve gedragingen neutraliseren en de positieve belonen. De interventies moeten effect hebben op de behoeften van de patiënt op allerlei vlakken, te weten: fysiek, psychologisch, sociaal, cultureel, spiritueel en daarnaast verband hebbend met ethische en wettelijke aspecten. Het is belangrijk om met de patiënt te onderhandelen: hoe de patiënt betrokken is, welk behandelplan wordt gekozen en waarom en wat de rol en verantwoordelijkheid van de patiënt hierin is, overeenkomst in doelen en de betrokkenheid van de patiënt in het maken van beslissingen hierover. Als hulpverlener moet je de patiënt stimuleren, vertrouwen geven, positieve feedback geven en geïnteresseerd blijven.

### E-health

De keysessie Informatietechnologie in wondzorg werd gestart door Zena Moore die allereerst uitlegde wat met e-health bedoeld wordt; dit kan zijn telefonische consultatie, een live videoverbinding of met behulp van e-mail. Vorig jaar is het EWMA-document e-health in wound care uitgebracht. Het model dat daarin beschreven wordt is het Model for ASsessment Telemedicine (MAST). Dit is een model dat de stappen die genomen moeten worden om e-health te evalueren beschrijft.

#### Stappen volgens MAST model:

1. voorafgaande overwegingen, zoals wat is het doel, wat zijn de alternatieven, het niveau van assessment (lokaal, regionaal, nationaal),
2. multidisciplinariteit met aspecten als gezondheidsproblemen en karakteristieken van de applicatie veiligheid, patiëntenperspectief, economische en organisatorische aspecten, socio-culturele, ethische en wettelijke aspecten,
3. de overdraagbaarheid van gegevens tussen verschillende organisaties.

Vervolgens werden resultaten uit een literatuurstudie en mogelijke barrières bij implementatie genoemd, welke terug te vinden zijn in het e-health document. Dit document bevat ook een roadmap voor implementatie. Vervolgens werden door prof. José Verdu Soriano (Senior opleider en onderzoeker Faculteit Gezondheidswetenschappen, Universiteit van Alicante) een presentatie gegeven over een Spaanse app met een uitgebreid wondregistratiesysteem. Als wondprofessional kan men zich gratis inschrijven, maar men kan ook als een groep inschrijven zodat bijvoorbeeld verschillende professionals (eventueel werkzaam in verschillende settings) de data van een patiënt kunnen inzien. Deze app is nu alleen nog maar beschikbaar in het Spaans, maar er zijn plannen voor vertaling naar andere talen.

**Schema 1. WIFI****Wound**

Grade 0	No ulcer, no gangrene. Ischemic rest pain.
Grade 1	Minimal tissue loss. No exposed bone (unless limited to distal phalanx). Intervention requires no more than a toe amputation or soft tissue covering. No gangrene.
Grade 2	Moderate tissue loss. Ulcer extends to tendon, joint, or bone. Localized gangrene to digits only. Intervention requires transmetatarsal amputation (TMA) or less.
Grade 3	Extensive tissue loss. Gangrene to forefoot, midfoot and hindfoot. Intervention requires more than a transmetatarsal amputation and/or complex soft tissue rearrangement.

**Ischemia**

Grade 0	No ischemia. ABI $\geq$ 0.80; toe pressure $\geq$ 60 mmHg.
Grade 1	Mild ischemia. ABI $\geq$ 0.6–0.79; toe pressure 40–59 mmHg
Grade 2	Moderate ischemia. ABI $\geq$ 0.4–0.59; toe pressure 30–39 mmHg.
Grade 3	Grade 3: Severe ischemia. ABI $\leq$ 0.39; toe pressure $<$ 30 mmHg

**Foot Infection**

Grade 0	No infection.
Grade 1	Superficial infection. Localized cellulitis $\leq$ 2 cm.
Grade 2	Moderate (deep) infection. Erythema $>$ 2 cm. Abscess present or infection extends to joint or bone.
Grade 3	Severe infection. Local infection with systemic inflammatory response syndrome (SIRS).

Overgenomen uit: Mills JL, Conte MS, Armstrong DG, et al. **The Society for Vascular Surgery Lower Extremity Threatened Limb Classification System: Risk stratification based on Wound, Ischemia, and foot Infection (WIFI).** J VascSurg, 2014;59(1)

**Diabetische voet chirurgie**

Er was ook een sessie georganiseerd door de Association of Diabetic Foot Surgeons. Hier kwamen de echte specialisten aan het woord. Als eerste prof. Luca Dalla Paola (MD Specialist in endocrinologie en metabole aandoeningen, diabetische voetspecialist Universiteit van Ferrara, Italië) met een lezing over het management van diabetische voetinfecties met osteomyelitis. Dr. Zgonis (orthopeed San Antonio, Texas) gaf een lezing over botresectie in combinatie met het chirurgisch sluiten van de wond en de manier van off-loading: na een botresectie wordt de wond chirurgisch gesloten door middel van allerlei zwaailappen. Om er voor te zorgen dat deze vaak plantaire wonden absoluut onbelast blijven, wordt er een uitgebreide externe fixatuur omheen gebouwd. Soms is dit ook nodig voor bot stabilisatie, soms puur alleen voor off-loading. Prof. Venu Kavarthapu (orthopedisch chirurg, King's College Hospital, Londen) beschreef hoe je het beste een charcotvoet kan restaureren; met heel veel schroefjes en lange fixatieplaten.

*Het niveau van amputatie wordt bepaald door de mate van doorbloeding van het weefsel*

De slotlezing werd gehouden door Robert Frykberg (hoogleraar podotherapie en chirurgie, San Francisco) over amputatie als middel om een voet te behouden. Hierbij

benadrukte Frykberg dat de langetermijnoverleving bij kleine amputaties redelijk goed is. Redenen voor amputatie zijn: ernstige infectie, chronische osteomyelitis, gangreen, niet genezende wond, uitgebreid weefselverlies, niet construeerbaar vaatlijden en ernstige deformiteiten. Bij transmetatarsale operaties zijn vaak meerdere procedures nodig. Het niveau van amputatie wordt bepaald door de mate van doorbloeding van het weefsel.

**Industry Sponsored Satellite Symposia**

Industry Sponsored Satellite Symposia zijn symposia die door de industrie georganiseerd zijn. Vaak nodigen deze bedrijven gerenommeerde sprekers uit om een lezing te geven. In hoeverre deze sprekers een reclameboodschap meegeven verschilt per bedrijf. De titel kan veelbelovend zijn, maar New Biofilm Science, Clinical Evidence on Pain and Self-Care: From Bench to Bedside, bleek uiteindelijk toch vooral promotie van eigen producten te zijn. Een ander bedrijf had wel een mooi programma: EXPLORING The Future of Diabetic Foot Management met lezingen over The burden of the DFU door prof. Kristien van Acker (endocrinoloog, België). Het schokkende nieuws bij deze presentatie was dat de vijfjaarsoverleving bij een diabetische voetulcus minder is dan 50 - 60%. Bij de tweede lezing: What are the key challenges when treating DFU patients? Door prof. José Luis Lázaro Martínez (diabetische voet afdeling, podotherapie kliniek Universiteit Madrid) kwam aan het licht dat bij veel patiënten pas laat of onvolledig een anamnese wordt afgenomen. Maar ook

dat het probleem vaak onderschat wordt en dat er niet goed gecommuniceerd wordt tussen de verschillende disciplines en settings. De laatste spreker, prof. Alberto Piaggese (diabetoloog, Universiteit van Pisa) presenteerde een RCT met het product van de sponsor. Het product zou een betere genezing geven bij chronische wonden omdat het MMP's remt. De methode en de resultaten leken op het eerste zicht vrij van allerlei bias en sponsoring. In de interventiegroep waren significant meer wonden genezen en de genezingsstijd was ook korter. Een ander bedrijf had een programma over A fresh approach to challenging wounds by combining T.I.M.E.\* with pioneering solutions, een bekend, weinig vernieuwend verhaal, maar meer een opfriscursus voor herintreders.

**De EWMA**

De EWMA bestaat uit allerlei verenigingen voor wondbehandeling, de zogeheten Cooperation Organisation board members. Zo zijn vanuit Nederland het NOVW, V&VN Wondexpertise en WCS Kenniscentrum Wondzorg lid. Speciaal voor deze leden (een vereniging vaardigt een lid af) worden er ook sessies georganiseerd.

**Zwitserland heeft als enige land een nationaal registratiesysteem voor wonden**

Het doel van de sessies is kennis en ervaring uit te wisselen tussen de verschillende leden alsmede geïnformeerd te worden door de EWMA Counsel over lopende en nieuwe projecten. De eerste ging over het delen van ervaring ten aanzien van het organiseren van wondexpertisecentra. Als eerste presenteerden twee Scandinavische landen hun ervaringen. Belangrijkste was dat de wondcentra vanuit het ziekenhuis worden georganiseerd (in Finland zelfs vanuit universitaire centra) en dat deze zorg zich uitbreidt richting de periferie en de eerste lijn. Spanje benadrukte de rol van de wondverpleegkundigen die ook op verschillende expertniveaus functioneren. Vanuit Nederland werden de huidige situatie en de toekomstplannen gebaseerd op de kwaliteitsstandaard gepresenteerd. Tot slot heeft Zwitserland als enige land een nationaal registratiesysteem voor wonden. De sessie met de EWMA counsel ging vooral over het nieuwe EWMA endorsement (artikel hierover volgt in WCS Nieuws). Alita Jaspar deelde haar ervaringen van het proces tot endorsement van het Mitralis Expertise Centrum (Heerlen) voor wondzorg. Uit de discussie bleek dat het feit dat het endorsement niet wettelijk verplicht is een struikelblok kan zijn.

Niet alle benoemde sessies zijn helemaal beschreven, omdat de auteur van dit verslag ook nog wel eens van sessie wisselde om zo van alles wat op te pikken.

Meer weten? Veel presentaties zijn beschikbaar op [http://ewma.conference2web.com/#resourcegroups/resource\\_type\\_ids=5](http://ewma.conference2web.com/#resourcegroups/resource_type_ids=5)

\* Drs. Ellie Lenselink, wondconsulent en onderzoeker, Haaglanden MC, Den Haag, commissielid WCS Diabetische voet, redacteur WCS Nieuws