

Wondcongres Rotterdam 12 december 2014

E. Schakel*

Het Wondcongres vond plaats in de Van Nelle Ontwerpfabriek te Rotterdam. Een leuke locatie met een industriële en informele sfeer waar ongeveer vierhonderd deelnemers op af zijn gekomen. Omdat het vijftiende lustrum gevierd werd was het thema van de dag 'Geschiedenis van de wondgenezing' en 'Vergeten technieken en innovaties en management van wondzorg'. Het ochtendprogramma had als thema 'wondzorg toen' en gaf een overzicht van de geschiedenis van de wondbehandeling. De middag stond in het teken van wondbehandeling in de toekomst.

Een overzicht van de geschiedenis van wondzorg werd gegeven door dr. D.J. Bakker. Van honing, modder, wijn, urine, uitwerpselen van een adelaar, spinnenwebben tot aan de droge korst. Opvallende zaken die men terug heeft gevonden in een papyrus is dat rond 2600 v.Chr. wonden werden gereinigd met wijn. Wijn werkt bacteriostatisch en bactericide door de polefonen, dus niet door de alcohol. Pus vond men goed! En bloedstelpen en verbinden was niet heel belangrijk, want bloed reinigt de wond. In 25 v.Chr. kwam de Alexandrijnse geneeskunst. In die tijd werden wonden gereinigd met een spons met wijn of azijn. Wonden werden dan als het mogelijk was gehecht. Galenus beschrijft in 129 n.Chr. de droge wondbehandeling en deze is tot 1960 de gouden standaard gebleven. Totdat Winter in 1962 onderzoek deed bij varkens, waarmee hij ontdekte dat voor de genezing van wonden een vochtig wondmilieu nodig is. Sindsdien is vochtige wondbehandeling het uitgangspunt.

Opvallend is dat naar deze toch wel 'gouden' standaard nauwelijks studies zijn gedaan

De volgende spreker was prof.dr. P.H.M. Spauwen. Hij ging in op de geneswijze en evidence in de tropische wondzorg. De wondzorg in deze vaak arme landen is anders: er komen andere infecties voor, ander ziektes en veel (onder)voedingsproblematiek. Ook is er vaak sprake van een slechte infrastructuur en weinig gekwalificeerde artsen. Een belangrijk uitgangspunt voor de chirurgie in de tropen is BOEM staat over C(ollageengenese). Anders gezegd: Bloeding, Ontsteking, Epithelialisatie en Maturatie beïnvloeden de Collageengenese en dus de littekenvorming. Deze aspecten worden beïnvloed door vascularisatie, infectie, voeding, ziekten en chirurgie. Een voorbeeld

hiervan is dat de lip-kaak/gehemeltespleet in Bangladesh vier keer meer voorkomt door slechte voeding. En dat de chirurgische gesloten lip-kaak/gehemeltespleet bij 45% procent opnieuw opengaat door bovenstaande factoren. Er is nog veel nodig om in de toekomst deze zorg op een hoger plan te tillen.

Gipsimmobilisatie als wondbehandeling werd beschreven rond 1800 n.Chr. door Matthijssen. Joseph Kahn gebruikt



Foto 1. Dr. van Baal over de total contact cast



Foto 2. Prof. Middelkoop over regeneratieve wondzorg

deze behandeling bij lepra patiënten met wonden. Dr. J.G. van Baal gaat op deze techniek verder in (foto 1). Want het is een oude techniek, maar één die nog steeds actueel is in de huidige behandeling van diabetische voetulcera. Gips is dan wel geen wondverband, maar zorgt voor bescherming en drukontlasting, wat de genezing bevordert. Het neuropatisch ulcus wordt bijna altijd behandeld met gips in de vorm van de total contact cast of de Mabal shoe. Gips geeft niet alleen drukontlasting, maar ook oedeemreductie en bescherming. Opvallend is dat naar deze toch wel 'gouden' standaard nauwelijks studies zijn gedaan.

Honingtherapie is één van de weinige behandelmethodes die al werd gebruikt in de oudheid en nu nog steeds actueel is. Dr. A.C. van de Ham gaf een overzicht van honingtherapie toen en nu. Honing is door Imhotep beschreven: eerst vlees erop, dan honing en vet. Ook in de Griekse oudheid, in de Bijbel en de Koran wordt over honing geschreven. De werking van honing is antibacterieel en anti-inflammatoir door een hoge osmolariteit, een lage PH en de flavonoïden. Deze werking verschilt wel per honingsoort. Honing wordt veel gebruikt, maar de evidence hiervan is beperkt. In de Cochrane database zijn negentien trials terug te vinden waarvan de kwaliteit matig is. Er is dus behoefte aan goed opgezette RCT's. En ik denk niet alleen voor honing, maar voor veel verbandmaterialen.

Prof. dr. E. Middelkoop nam ons mee in de ontwikkeling van regeneratieve wondzorg (foto 2). Deze vorm van wondzorg heeft als doel volledig herstel van de oorspronkelijke functie en structuur van de huid. Als eerste is gekeken naar groeifactoren, denk aan bijvoorbeeld platelet-

derived growth factor (PDGF): deze is als applicatie niet erg succesvol gebleken. De celtherapie, zoals autologe keratinocyten in carrier en vetinjecties, blijkt uit de eerste studieresultaten een verbetering van het litteken te geven, wat voor brandwondenpatiënten de kwaliteit van leven bevordert. Nu is de standaard nog split skin grafting (SSG), wat veel littekenvorming geeft, maar mogelijk heeft Euroskin graft de toekomst.

Op dag tien is het dan al mogelijk om de eerste laag te printen

In de pauze was er uitgebreid de tijd om te netwerken en langs te gaan bij de sponsorende firma's. Het programma na de pauze stond in het teken van de toekomst.

De eerste spreker van het middagprogramma, I. van Hengel Master student Biomedical Sciences TU Delft, heeft mogelijk deze toekomst in handen (foto 3). Vanuit een wetenschappelijke hoek is hij gestart met skin printing (DESS, derma-epidermal skin substitute). Uitgangspunt hierbij was dat de huidige transplantatie van huid (SSG) nadelen heeft. Om dit te verbeteren heeft hij bepaalde voorwaarden gesteld aan de kwaliteit van de huid die hij



Foto 3. Skin printing

gaat 'printen'. Uiteraard met als doel grote hoeveelheden te kunnen printen, waardoor minder operaties hoeven plaats te vinden en kostenbesparing en behandelduurvermindering te realiseren is. Allereerst wordt een biopt genomen van de huid, wat op kweek wordt gezet. Op dag tien is het dan al mogelijk om de eerste laag te printen en na drie weken is het eerst stukje huid klaar, welliswaar nog op kleine schaal (1,5 cm). In het laboratorium is het ook mogelijk om de pigmentatie aan te passen en er kunnen zelfs nieuwe bloedvaatjes in de huid worden gemaakt, wat zorgt voor een betere take van de huid op de patiënt. Dit alles bevindt zich nog in de experimentele fase, maar de eerste resultaten zijn zeer hoopvol!

'Het probleem van wondzorg is de variatie'

De toepassing van donorhuid in de praktijk werd voor het voetlicht gebracht door dr. C.D. Richters. Zij is verbonden als onderzoeker en manager aan de Euroskin Bank. De donorhuid wordt vooral gebruikt bij patiënten met brandwonden, waarbij het dient als biologische verband ter voorkomen van infectie. Tevens kan de donorhuid ook als take test gebruikt worden. Zo wordt gekeken of de wond

geschikt is voor grafting. Naast de donorhuid heeft de Euroskin Bank ook Glyaderm. Dit is een matrix die bestaat uit collageen en elastine vezels, wat onder andere kan worden aangebracht onder de SSG. Uit de studie die gedaan is blijkt dat er geen verschil zit in de kleur van het litteken, maar wel in de elasticiteit van het litteken.

Hyperbare zuurstof therapie (HBOT) bestaat al sinds 1960 en is dan ook geen therapie van de toekomst. Echter worden in deze therapie steeds nieuwe indicaties ontdekt. Dr. R.A. van Hulst nam ons mee in de werking hiervan. HBOT zorgt voor afname van oedeem en inhibitie van de leukocyten. Ook zorgt het voor extra vrije radicalen, toename van groeifactoren, toename van lactaat wat weer zorgt voor neovascularisatie. Bij de patiënt zijn deze effecten te zien in een toename van osteogenese, neovascularisatie, verbetering epithelialisatie, temming van ontstekingsreactie en verbetering van de microcirculatie.

De richtlijn acute wondzorg (foto 4) werd aan de hand van de vijf knelpunten van wondzorg besproken door dr. F.A. Brölmann, waarbij aan bod kwam dat het probleem van wondzorg de variatie is. Er is dan ook veel meer evidence (based practice) nodig. Hier moeten we met zijn allen naar streven.

Organisatie en logistiek van wondzorg in Nederland werd door H. Brull gepresenteerd. Hij gebruikt het eigen datasysteem van het wondexpertise centrum Mitralis. Zij zien 150 patiënten per dag en zijn 24/7 bereikbaar. Belangrijkste conclusie is dat het genereren van data met betrekking tot wondpatiënten moeilijk is. Hiervoor is het registratie systeem Woundmonitor ontwikkeld. Door nog betere registratie is het mogelijk meer inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg en is deze zo mogelijk ook te verbeteren.

De dag werd beëindigd met een gezellige borrel waarbij we konden terug kijken op een afwisselende en interessante dag.

* Esther Schakel, wis-consulent, Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam

Contact

e.schakel@sfg.nl



Foto 4. Dr. Brölmann presenteert de Richtlijn acute wondzorg