



Wondcongres Rotterdam 2016

A. Mooij*

Het Wondcongres op 9 december jl. is een geliefd congres met, zoals ieder jaar, een aantrekkelijk programma. De organisatie van dit congres is volledig in handen van medici. Het thema van dit jaar was 'wondzorg onder de gordel'.

De middag voorafgaand aan het congres vond de pre-course plaats in de snijzaal van het Erasmus MC. Daar kregen ongeveer dertig deelnemers de kans om in kleine groepjes met hulp van ledematen van overleden personen te leren en te oefenen. Onder begeleiding van artsen konden we bijvoorbeeld een stuk huid of ander weefsel losprepareren, of juist vasthechten.

Op vrijdagochtend werd het congres, waarvoor zich 550 deelnemers hadden ingeschreven, geopend met een interactieve quiz. Met pittige vragen, zoals 'wat is de grootste risicofactor voor het ontstaan van een diabetische voet: neuropathie of angiopathie?' De aftrap van het wetenschappelijk programma werd gedaan door een speciale gastheer: prof. dr. Hovius, hoofd van de afdeling plastische chirurgie en lid van het Comité van Aanbeveling. In 2016 nam deze hoogleraar afscheid van zijn functie als hoofd van de afdeling vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Hij pleitte onder meer voor een agressiever debridement. Hiermee brengen we de wond terug naar de primaire genezingsfase. Wondgenezing gaat mogelijk onnodig traag als men niet frequent genoeg en ook niet agressief genoeg debrideert. In tegenstelling tot wat veel gedacht wordt is niet het aantal bacteriën in een wond belangrijk maar wel het soort bacterie en de pathogeniteit.

Sinus pilonidalis

Overzichtelijk was de lezing van dr. B.R. Toorenvliet, chirurg in het Ikazia Ziekenhuis te Rotterdam over de 'sinus pilonidalis'. Een sinus pilonidalis ontstaat doordat een haar door schuren naar binnen in de huid kruipt en daar een ontsteking veroorzaakt. De wondbehandeling bij deze aandoening kan lastig zijn en de genezing van deze wonden kan traag zijn. Terwijl de patiëntencategorie die er mee kampt vaak juist jonge gezonde mensen zijn. Hormonen spelen mogelijk een rol en de billen zijn stevig en worden tegen elkaar gedrukt waardoor de bilnaad dieper is. Ook in geval van overgewicht is de bilnaad dieper. Dat verklaart waarom het vaak gaat om jonge mensen met veel beharing, een zittend beroep en overgewicht. In een heldere lezing werden alle behandelopties uiteengezet met

daarbij de effectiviteit, kans op recidief en de evidence ervan is. Uit literatuurstudie bleek dat er weinig evidence is over wat de beste behandeling is. Phenolisatie is een makkelijke en weinig invasieve ingreep met 30-90% succes. Deze is vooral geschikt voor een kleine sinus pilonidalis. Uit een studie waar men keek naar het aantal recidieven is gebleken dat de 'Bascom cleft lift' (foto 1) een effectieve methode is. Bij deze ingreep maakt men de bilnaad minder diep. Er wordt een drain achtergelaten die gedurende tien dagen in situ blijft. Verrassend vond ik het dat de effectiviteit van ontharen met lasertherapie niet aangetoond is. Er zijn ook slechts weinig patiënten die dit laten doen. Mogelijk zijn er zelfs meer recidieven bij patiënten die dit wel laten doen. Zou dit niet een mooi onderwerp zijn voor verdere studie? Hierbij doe ik een oproep aan (studenten) huidtherapeuten.... Toen ik dit



Foto 1. Bascom cleft lift procedure

onderwerp op het programma zag staan was ik nieuwsgierig naar wat men zou vertellen over de bij deze aandoening gebruikelijke verbandmaterialen. Ik had zelf al eens een literatuurstudie gedaan naar dit onderwerp en heb niets concreets kunnen vinden. En mijn ervaring is dat het ene verbandmiddel niet effectiever lijkt te zijn dan het andere. In de presentatie kwamen de verbandmaterialen niet aan bod. Dit gold overigens voor het hele programma op die dag. Maar net als in de praktijk is een juiste behandeling en aanpak van het onderliggend lijden en de beïnvloedende factoren van groot belang. En welk verbandmateriaal toegepast wordt is ondergeschikt. Vaak zijn er ook meerdere opties mogelijk.

Dr. Doornebosch, chirurg in het IJsselland Ziekenhuis te Capelle aan den IJssel, gaf in zijn lezing over wonden en wondzorg bij rectumamputaties aan dat er geen duidelijke bewijzen zijn voor welke reconstructie na een rectumamputatie het meest effectief is. Bij rectumamputatie worden de anus en de endeldarm weggenomen, via de buik dan wel rectaal. Een risicofactor voor wondproblematiek is het preoperatief toepassen van radiotherapie.

Decubitus

Dr. H.A. Rokhorst, plastisch chirurg uit het Medisch Spectrum Twente, beschreef heel levendig een casus over een van zijn patiënten, een boer uit Twente. De man kampte met een ernstige decubituswond aan de stuit. De omstandigheden waren slecht omdat de patiënt door bleef roken en in de stoel wilde blijven mobiliseren. De wondgenezing verliep traag en moeizaam. Er werd een ingrijpende behandeling ingezet waarbij men rekening hield met een kleine kans van slagen. Maar andere opties hadden nog minder kans. Maanden werden vruchteloos ingrijpende behandelingen ingezet. Men hanteerde het principe 'KWW' oftewel 'kiek' 'nwat' 'twurd' zoals dr. Rokhorst deze therapie met een grote knipoog noemde. Tot de patiënt aangaf dat hij niet meer zo door wilde gaan en koos om niet verder te leven. De boodschap van zijn lezing was dat het belangrijk is om bij aanvang van een behandeling meteen met de patiënt te bespreken wat hij wil, wat hij van de behandeling verwacht en wat hij ervoor kan en wil inleveren. Ook is het bij iedere patiënt van belang om een plan te maken volgens 'smart' (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden) doelen. De bewijzen over wisselhouding, voeding en dergelijke zijn flinterdun. Wat er is kan men terugvinden op 'www.richtlijndatabase.nl'.

Een van de onderwerpen tijdens de paneldiscussie was een indrukwekkende casus van een 12-jarige jongen. Kort na een judowedstrijd kreeg hij pijnklachten en huidafwijkingen. Er ontstond een levendige discussie over de judowedstrijd en of de daarbij opgelopen kneuzingen een relatie hadden met de fasciitis necroticans die hij, zoals



Foto 2. Fasciitis necroticans

later bleek, had (foto 2). Panelleider was bekende Nederlander Jan Versteeg; hij hield zich aardig staande tussen al die medische en voor hem onbekende benamingen en op een hilarische manier liet hij zien dat hij veel aan het leren was.

Tijdens de pauzes maakten de heerlijke broodjes en muffins het lange wachten enigszins goed. En in die lange rijen namen veel deelnemers van de gelegenheid gebruik om te netwerken; o zo belangrijk op dit soort dagen.

Wouter Brekelmans, arts in het Alrijne ziekenhuis, wees in zijn praatje op het belang van het verzamelen van data en wetenschappelijke literatuur en goede multidisciplinaire samenwerking met geprotocolleerde zorg. Opdat daarmee het ontstaan van wondproblemen voorkomen kan worden. Belangrijk is ook dat er een eenduidige omschrijving is van het begrip 'complexe wond'. Zorginstituut Nederland heeft deze gedefinieerd als 'wond met verstoorde genezing als gevolg van pathofysiologie'.

Onderwerp van vaatchirurg dr. Jorinde van Laanen uit het Maastricht Universitair Medisch Centrum was pathofysiologie en behandeling van het diep veneuze systeem bij een veneus ulcus. 23 tot 60% van de patiënten kampt met het posttrombotisch syndroom na doormaken van een DVT. Met een veneuze stent kan de afvoer verbeterd worden.

Discussie

Gedurende de dag laaide af en toe de discussie op over droge versus vochtige wondbehandeling. De 'tegenstanders' van vochtige wondbehandeling benoemden de 'Rembrandt-trial' en de voorstanders verdedigden hun mening met het feit dat deze studie gedaan is bij acute en niet bij chronische of complexe wonden. En ook hier weer was de conclusie dat het niet mogelijk is om sterke evidence te verzamelen in 'wondland'.

Dr. Van Rijn, werkzaam in het Erasmus MC, noemt zichzelf een 'hybride' vaatchirurg omdat hij een vaak een combinatie van technieken toepast. Hij maakt gebruik van verschillende tools en past niet slechts één standaardbehandeling toe,

Hij behandelde herkenbare casuïstiek over moeilijk genezende wonden bij patiënten met een slechte doorbloeding. Interessant was de discussie over het doen van meerdere interventies om een been te redden, of een amputatie waarna patiënt op een been weer snel verder kan met zijn leven. Blij was ik met zijn pleidooi om altijd aandacht te hebben voor eventuele vaatinsufficiëntie. Het kan niet vaak genoeg gezegd worden; bij iedere wond aan het onderbeen, ongeacht oorzaak en bestaansduur, dient er gekeken te worden naar aanwijzingen voor vaatlijden, arterieel en veneus. Nog te vaak komt het voor dat er helemaal niet, of te laat aandacht voor is. Opvallend was dat tijdens het hele programma de onderwerpen benaderd werden vanuit de tweede lijn. Terwijl een groot deel, mogelijk meer dan de helft van de wonden, ontstaan bij zorgvragers in de eerste lijn. Ook hier een oproep, nu aan de wondspecialisten in de eerste lijn, om zich meer te laten zien.

Prof. Rauwerda, vaatchirurg in het VUmc, behandelde het onderwerp 'diabetische voet' (foto 3). Samen met de

'International Working Group of the Diabetic Foot (IWGDF)' maakte hij de internationale richtlijn de 'guidelines on the management and prevention of the diabetic foot'. In 2015 werd deze geactualiseerd. Neuropathie is de veroorzaker van angiopathie, huidveranderingen en standveranderingen van de voet en is daarmee een grote risicofactor voor het ontstaan van een diabetisch voetulcus. Met duidelijke foto's beschreef hij het logesyndroom in de voet; als er een ulcus in het binnenste of buitenste compartiment is dan veroorzaakt dit oedeem. En dat is mogelijk de veroorzaker van gangreen in het middelste compartiment. Even was er wat discussie over de keuze tussen het amputeren van enkele tenen versus het amputeren van het onderbeen. Soms is amputeren van het onderbeen gunstiger voor het aanmeten van een prothese en is daarmee de kans op nieuwe problemen minder groot.

De dag werd afgesloten met een lezing van Jos de Mul van de Faculteit Wijsbegeerte van de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Een uur lang wist hij heel enthousiast te vertellen over de opkomst van robots. Bijvoorbeeld om te opereren en om koffie te serveren, maar ook om een bank binnen te gaan als een beroving gaande is of om een brandend huis in te gaan.

Al met al was het wondcongres wederom een leerzame en goed georganiseerde dag, en voor herhaling vatbaar.

* Annemiek Mooij, verpleegkundig specialist, Medisch Centrum Slotervaart

Contact

annemiek.mooij@slz.nl

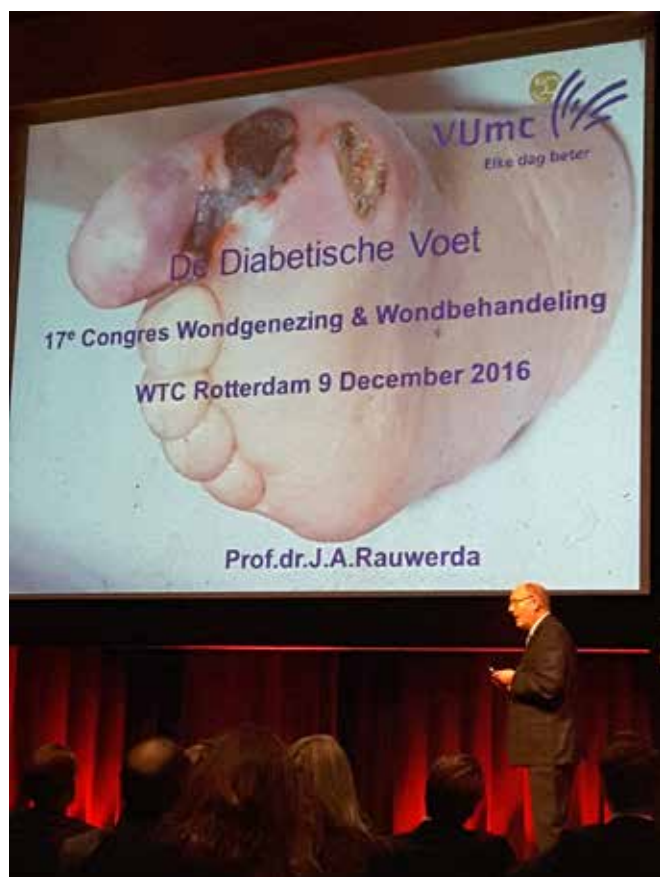


Foto 3. Diabetisch voetulcus