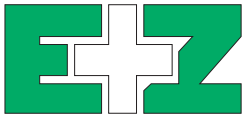


Lokale behandeling van acute radio-epidermitis



FRANS MEULENEIRE
Hoofdverpleegkundige Algemene Heelkunde
AZ St-Elisabeth Zottegem



1. PROBLEMSCHETS

Acute radio-epidermitis is een rechtstreeks gevolg van de inactivatie van de epidermale stamcellen in de bestraalde huid. Deze acute huidletsels, veroorzaakt door radiotherapie, worden ingedeeld naargelang de ernst van de huidbeschadiging. Wanneer we enkel een secundair erytheem vaststellen als gevolg van een ontstekingsreactie, spreken we van Graad 1. De huid ziet rood, voelt warm aan, is oedemateus en is zeer gevoelig. Heel vaak is dit een tijdelijk verschijnsel dat met de nodige preventieve voorzichtigheid behandeld wordt. De bestraalde huid mag enkel met zachte zeep en zonder hard wrijven gewassen worden. De huid wordt droog gedept met een zachte handdoek. Vooral de huidplooien verdienen extra aandacht bij het drogen. Desnoods kan een katoenen gaasverband in de huidplooien het transpiratievocht absorberen. Bij gebruik van talkpoeder kan dit gaan klonteren, waardoor kleine wondjes kunnen ontstaan. Bij voorkeur wordt losse katoenen kledij gedragen, waarbij de huid luchtig kan ademen.

Bij Graad 2 radio-epidermitis stellen we een droge desquamatie (afschilfering) vast. Bovendien kleurt de huid vaak dieprood en gaat meer en meer jeuken. Na het stoppen van de bestraling geneest de huid heel snel, doch de pigmentatie kan tot zes maanden na de behandeling blijven bestaan. Tijdens de bestraling mogen geen metaalhoudende zalven en pasta's gebruikt worden. Hierdoor zou een hogere stralingscapaciteit veroorzaakt worden, waardoor de ernst van de radiodermitis zou verhogen. Ook hier zorgen we voor een bescherming van de bestraalde huidzone.

Wanneer we een vochtige desquamatie vaststellen waarbij de epidermis volledig loskomt, spreken we van Graad 3. Er ontstaan vochtblaren die met elkaar vervloeien en open springen, waardoor heel pijnlijke oppervlakkige wonden ontstaan.

2. LOKALE BEHANDELING VAN GRAAD 3 RADIO-EPIDERMITIS

Deze sterk exsuderende wonden vergen frequente verbandwisselingen. Het verwijderen van het verband en het spoelen van de wond is voor de patiënt telkens een pijnlijke ervaring. Tot voor kort werden vaak zalven en hydrofiele gaaskompressen gebruikt. Deze verkleefden in de wond terwijl het verwijderen van de zalf telkens heel wat pijn veroorzaakte.

Gelukkig kunnen we nu gebruik maken van gevormde wondverbanden zoals hydrocolloïden, hydrogels en alginaten, die alle gericht zijn op het creëren van een ideaal wondhelingsmilieu. Bovendien kan het wisselen van het verband veel comfortabeler gebeuren.

Sinds het beschikbaar zijn van silicone-coated netverbanden (Mepitel®) wordt het mogelijk om ook bij sterk exsuderende wonden het verband gedurende meerdere dagen ter plaatse te laten. Dit verhoogt het comfort aanzienlijk bij de behandeling van 3de graads radio-epidermitis. Terwijl de re-epithelialisatie zich ongestoord kan ontplooiën, wordt het wondvocht via het silicone-coated netverband doorgegeven aan de secundaire absorberende verbanden. Eens de hoeveelheid wondexsudaat afneemt, kan gebruik gemaakt worden van absorberende polyurethaan schuimverbanden, welke voorzien zijn van een silicone netverband (Mepilex®Border). De siliconeverbanden hebben de eigenschap zich lichtjes te hechten op de intacte huid, terwijl zij helemaal niet verkleven op een open wond. De perforaties in het verband laten het exsudaat vlot door, zodat het geen kans krijgt om te stagneren op de wondbodem.

3. CASUSVOORSTELLING

Een 77-jarige dame wordt bestraald ter behandeling van een borstcarcinoom. Tegen het eind van de behandeling vertoont zij een uitgebreide 3de graads radio-epidermitis (zie foto 1). De wond werd behandeld met behulp van een zilverulfadiazinezalf (Flammazine®).



1/ acute radio-epidermitis, graad 3

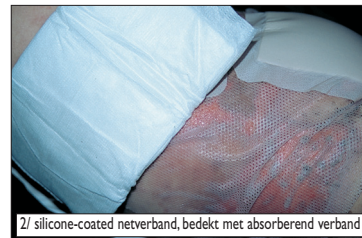
Door de overmatige productie van wondexsudaat was het nodig de wond dagelijks te verzorgen. De verbandwisseling verliep zeer pijnlijk, waardoor het telkens nodig was een snelwerkend narcotisch analgeticum toe te dienen. Omdat de thuisbehandeling niet meer haalbaar leek, werd deze dame in het ziekenhuis opgenomen.

Het verband werd verwijderd op de badlift. Met een zachte, lauw-warme douchestraal werden de verbanden en zalfresten weggespoeld. De wondomgeving werd droog gedept, terwijl we het spoelvocht dat op de oppervlakkige pijnlijke wond nog aanwezig was, niet droog gedept hebben. Wanneer we een wond verzorgen is het belangrijk de regenererende cellen zo weinig mogelijk te traumatiseren. Bovendien streven we naar een matig vochtig wondmilieu, waardoor het dus niet nodig is om wonden droog te deppen.

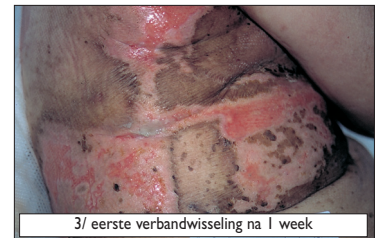
Op de wond hebben we een silicone-coated netverband (Mepitel®) van 20 op 30 cm geplaatst, dat vrijwel

het volledige huiddefect bekleedde. De resterende wondoppervlakte hebben we bedekt met een gesiliconeerd schuimverband (Mepilex®Border). Eens de siliconeverbanden ter plaatse, hield het pijngevoel vrijwel onmiddellijk op (zie foto 2).

Het siliconeverband werd afgedekt met secundaire absorberende compressen, met het doel het wondexsudaat te absorberen en de wond te beschermen tegen mogelijke bacteriële invasie.



2/ silicone-coated netverband, bedekt met absorberend verband



3/ eerste verbandwisseling na 1 week

Enkel de absorberende verbanden werden dagelijks gewisseld, terwijl de siliconeverbanden gedurende een volle week konden ter plaatse blijven. Het toedienen van pijnstillers was niet meer nodig vanaf het ogenblik dat het siliconeverband geplaatst werd.

Na een week stelden we een vlotte start van de re-epithelialisatie vast (zie foto 3). Het siliconeverband kon zonder enig probleem en vooral zonder enige pijnsensatie verwijderd worden. De wond werd gespoeld met een fysiologische oplossing. Een week later merken we dat de wondoppervlakte heel sterk was afgenomen (zie foto 4).

Opnieuw konden we het verband zeven dagen ter plaatse houden. Op dat ogenblik was de wond vrijwel volledig genezen (zie foto 5). De patiënte werd ontslagen en een nieuw Mepilex®Border verband werd op de resterende wond geplaatst.



4/ tweede verbandwisseling na 2 weken



5/ bijna volledige re-epithelialisatie na 3 weken

4. BESLUIT

Dank zij de silicone coated netverbanden was het mogelijk de wond op een korte tijdsperiode met een beperkt aantal verbandwisselingen te laten helen. Het verzorgingscomfort was dermate verbeterd, dat pijnstillers niet meer nodig waren. Indien deze verbandkeuze reeds bij de aanvang van de behandeling gebruikt was, zou een opname in het ziekenhuis kunnen voorkomen worden.

Sinds we het laatste decennium een opmars gezien hebben wat betreft hoog-technologische verbanden, zijn we in staat om wonden snel, comfortabel en efficiënt te laten helen. We weten dat de behandeling van kanker een enorme impact heeft op het fysische en psycho-sociale welzijn. Een professioneel wondzorgbeleid kan een meerwaarde betekenen ten gunste van het verzorgingscomfort van de patiënt.

De voorgestelde casus heeft uiteraard zijn beperkingen wat betreft evidence based onderbouw. Toch kan het een aanzet zijn om er een wetenschappelijke studie rond te bouwen, waarbij de meerwaarde van de verbandkeuze zou kunnen gestaafd worden.

5. BRONVERMELDING

1. R. Gorodetsky R.;A.,Andriessen, Polyansky : 'Measurement of breast skin viscoelasticity and a pilot study on the potential radioprotective effect of a zinc-based cream' in: 'Journal of Wound Care', VOL 8, NO 10, Page 514, 1999
2. Abramson Center of the University of Pennsylvania: 'Skin Reactions' in: 'Oncolink', January 21,2000
3. Nies I.: 'Bestralingswonden, de prijs voor genezing' in: Nursing, p 29 – 33, juli 2002
4. Meuleneire F: 'Oncologische wondzorg' in: 'Oncologie in de thuisverpleging' Kluwer Editorial p 55-99, 1999
5. Howe M, Germann G: 'Die Behandlung von Strahlenschäden der Haut' in: Hartmann Wundforum 4/95

Leuven, 16 November 2002

19^{de} jaarcongres VVRO

Vereniging voor Verpleegkundigen Radiotherapie en Oncologie