

# ONCOLOGISCHE WONDZORG

Frans Meuleneire  
AZ St Elisabeth Zottegem

1. Inleiding
2. Definitie
3. Classificatie van oncologische wonden:
  - 3.1 wonden veroorzaakt door chemotherapie
  - 3.2 wonden veroorzaakt door bestraling
  - 3.3 tumorale wonden:
    - 3.3.1 oncologische wonden na chirurgie
    - 3.3.2 primaire tumorale wonden
    - 3.3.3 doorgroei- en metastatische tumoren
    - 3.3.4 oncologische entero-cutane fistels
4. Behandeling van oncologische wonden
5. Doelstellingen bij oncologische wondzorg
6. Oncologische wondanamnese
7. Verbandkeuze berustend op specifieke aandachtspunten bij oncologische wonden
  - verbandkeuze volgens classificatiemodel WCS
  - geur
  - pijn
  - infectie
  - exsudaat
  - bloeding
  - secundaire problemen
8. Psycho-sociale aspecten:
  - stress en depressie
  - angst
9. Continuïteit naar de thuiszorg
10. Casusvoorstelling
11. Besluit
12. Bibliografie

## **1. INLEIDING**

Binnen de wondbehandeling neemt de oncologische wond een aparte plaats in. Zowel voor de patiënt als voor de zorgverstrekkers is de behandeling van

oncologische wonden een onaangename en gecompliceerde opdracht.

Bij oncologische wondzorg hebben we te maken met een kankerpatiënt die naast zijn ziekte een typische wond vertoont. Dit houdt in dat we de oncologische wondzorg van uit een holistisch standpunt moeten bekijken, waarbij de prioriteiten van de zorg zich vooral situeren op het verbeteren van de levenskwaliteit. De psychische problematiek bezorgt de patiënt heel wat sociale implicaties. Oncologische wondzorg kadert dikwijls in een palliatieve sfeer, waardoor de doelstellingen vanuit het comfort van de patiënt benadrukt worden. Hierbij moeten we elk probleem en complicatie niet noodzakelijk als onafwendbaar beschouwen. Telkens moet het probleem vanuit verschillende aandachtsvelden op een deskundige manier ingeschat en benaderd worden. Het vraagt van de verpleegkundigen veel inzet en moed om zich tijdens de vaak vreselijke en beangstigende aanblik van de situatie te blijven beheersen.

In de schaarse literatuur over oncologische wonden werd nog maar weinig richtinggevend onderzoek gepubliceerd om de oncologische wondzorg volgens een vaste behandelingsmethode te gaan verzorgen. Vaak gaat men op een creatieve manier op zoek naar een geschikte verzorgingsmethode. Oncologische wonden zijn zeer complexe wonden die meestal niet in een gespecialiseerde afdeling opgevolgd worden. De soms terminale patiënten worden zowel thuis, in bejaardeninstellingen, rust- en verzorgingstehuizen, als in de ziekenhuizen verzorgd.

Exacte cijfers betreffende de frequentie van dergelijke wonden zijn niet gekend. Toch beweert men dat vijf tot tien procent van alle metastatische processen leidt tot complicaties op niveau van de huid tijdens de laatste zes levensmaanden.

Hoewel het wondzorgbeleid enigszins verschillend is, blijven we de wond verzorgen van uit het standpunt van de WCS wondclassificatie, die de wonden onderverdeeld in rode, gele en zwarte wonden. Zeer belangrijk is het bewaren van een vochtig wondmilieu, waarbij het microklimaat van de wond zoveel mogelijk gerespecteerd wordt. Dit basisprincipe dat reeds in 1963 door Georges Winter werd vooropgesteld, geldt evenzeer voor de behandeling van oncologische wonden.

De evolutie op vlak van verbandmaterialen biedt ons hiervoor heel wat perspectieven.

De patiënt met een oncologische wond heeft vaak multipele problemen op fysisch vlak. Meestal zijn de wonden vrij pijnlijk. De patiënt heeft extra ongemakken door de verschillende behandelingen die nodig zijn voor zijn ziekte, zoals: chemotherapie, heilkunde en radiotherapie, waaraan haematologische en hormonale consequenties gekoppeld zijn. Niet zelden krijgt hij eveneens te maken met spijsverteringsstoornissen zoals nausea, braken, diarree en verminderde eetlust.

Mogelijks doen zich daarnaast ook cardio-vasculaire, pulmonaire, urinaire en neurologische complicaties voor.

De wond bij de terminale of pré-terminale patiënt lijkt soms onbehandelbaar. Chemo- en radiotherapie verhinderen dikwijls een mogelijke wondheling.

Door onderdrukking van het immunologisch systeem (door ziekteproces en of de behandeling ervan) wordt de wondheling belemmerd en kunnen infectieuze toestanden optreden.

Vaak hebben we te maken met extreem stinkende wonden, waardoor de patiënt zich steeds meer dreigt te isoleren.

Naast de fysische problemen, kampt de patiënt met een zeer zware psychologische overlast. Angst, depressie, stress en mentale uitputting zijn een gevolg van de confrontatie met het ziektebeeld en de toegevoegde ellende door de wondproblematiek. De patiënt wordt snel volledig afhankelijk van derden, waardoor zijn zelfbeeld een flinke deuk krijgt.

Deze psychologische druk weegt eveneens door op het socio-familiaal vlak. Er worden enorme inspanningen gevraagd aan partner en familie. Zij passen hun sociale activiteiten aan volgens de noden van de zieke. Bij langdurige processen kan de patiënt met zijn familie vereenzamen en zich sociaal isoleren.

Niet alleen bij de patiënt en zijn omgeving, maar ook bij de zorgverlener kan de draaglast groter worden dan zijn draagkracht door de uitzichtloze, chronische en steeds verergerende toestand. Steeds weer wordt een grenzeloos geduld en een niet aflatende toewijding verwacht van de zorgverleners. Door de ernst van de situatie, neemt de zorgverlener de wond en de patiënt als het ware mee 'naar huis' omdat hij vaak moeilijk afstand kan nemen van 'al die ellende'. Ook daarom is het nodig, kennis en kunde te beheersen bij het benaderen van deze problematiek. De zorgverlener moet naast een basale kennis omtrent de etiologie, weten met welke problemen hij te kampen krijgt, en hoe hij er iets kan aan doen.

Het verzorgen van deze patiënten brengt vaak een financiële overlast met zich mee. Om de onkosten te beperken moeten verpleegkundigen en familie moeten het verzorgingsmateriaal grondig kennen en efficiënt leren gebruiken.

## **2. DEFINITIE:**

Oncologische wonden worden veroorzaakt door neoplastische processen of zijn het gevolg van een oncologische behandeling. De wonden kunnen worden gecatalogeerd volgens hun etiologie.

### **3. CLASSIFICATIE VAN ONCOLOGISCHE WONDEN:**

#### **3.1 Wonden, veroorzaakt door chemotherapie:**

Chemotherapie is op zich geen oorzaak van het ontstaan van wonden. Cytostatica werken vooral op de snel delende cellen zoals tumorcellen. De epitheelcellen van de huid zijn eerder traag delend, waardoor cytostatica in principe geen celbeschadiging gaat teweegbrengen. Enkel wanneer accidenteel contact met de huid ontstaat, kan een huiddefect ontstaan. Bij reeds bestaande wonden zullen cytostatica wel een vertragende invloed hebben op het genezingsproces.

Echte wonden door chemotherapie worden dus veroorzaakt door extravasatie. Hierbij komt een hoeveelheid van een cytostaticum buiten de bloedbaan terecht, waardoor ulcererende wonden kunnen ontstaan. Deze wonden kunnen een matig tot zeer ernstig aspect vertonen, gaande van oppervlakkige huidletsels tot ware necrotische wonden. De ernst van de letsels hangt af van de soort, de concentratie en de hoeveelheid cytostatica die buiten de bloedbaan terecht komt.

#### **3.1.2 Matige huidletsels:**

- hyperpigmentatie van de huid
- lokaal erytheem van handpalmen en voetzolen
- haar- en nagelafwijkingen
- overgevoeligheid ter hoogte van de huidplooiën
- recall-fenomeen: reeds bestraalde huid- en slijmvliezen kunnen overgevoelig reageren op chemotherapie.

#### **3.1.3 Ernstige huidletsels ten gevolge van extravasatie:**

Niet elk cytostaticum zal bij extravasatie een necrose veroorzaken. Vooral de volgende cytostatica kunnen een ernstige weefselschade veroorzaken: Amsacrine (Amsidine), Carmustine (Nitrumon), Chloormethinehydrochloride (Mustine), Dacarbazine ((DTIC-Dome), Dactinomycin (Lyovac Cosmegen), Daunorubicine (Cerubidine), Doxorubicine (Adriblastine), Epirubicine (Farmorubicine), Idarubicine (Zavedos), Melphalan (Alkeran), Mitomycin (Mitomycine-C), Vinblastine (Velbe), Vincristine (Oncovin) en Vindesine (Eldisine).

Op elke afdeling waar cytostatica gebruikt worden, moet een procedure voor handen zijn, om bij extravasatie onmiddellijk te kunnen ingrijpen. Hierin moet zich een handleiding bevinden om op de kortste tijd de juiste maatregelen te kunnen nemen.

Het gebruik van een 'extravasatiekit' zorgt voor vlotte en efficiënte interventies. Zo'n 'urgentie extravasatiebox' staat op een centrale plaats

op de afdeling waar regelmatig chemotherapie wordt toegediend. De belangrijkste medikatie die bij extravasatie nodig is, moet in deze set voorzien worden. Deze set kan bijvoorbeeld bestaan uit:

2 flac Solu Cortef <sup>®</sup> 100 mg (2 ml)
1 flac Natriumbicarbonaat 8,4 % (100 ml)
1 flac Dimethylsulfoxide (DMSO) 100 % (100 ml)
1 tube Betnelan-V <sup>®</sup> crème
5 amp Aqua 10 ml
2 amp Natriumthiosulfaat 20 %
2 amp Hyalase (=Hyaluronidase)1500 E
10 co Phenergan <sup>®</sup>
10 co Perdolan Mono <sup>®</sup>
15 steriele wattenstaafjes

Belangrijk is te weten dat de ernst van de necrose afhangt van de soort en de hoeveelheid van het cytostaticum dat naast de bloedbaan terecht komt.

Soms zien we een lokale allergische reactie bij het toedienen van medicatie die gevaarlijk is bij extravasatie, hoewel deze mooi in de bloedbaan wordt toegediend. Bij deze minder ernstige reactie die ook 'flare' wordt genoemd, hoeft de behandeling met chemotherapie niet noodzakelijk gestopt te worden. Het aanwenden van een anti-inflammatoire zalf (type Indocid<sup>®</sup>, Butazolidine<sup>®</sup> of Voltaren<sup>®</sup>) zal vaak voldoende zijn. Daarom is het belangrijk de symptomen van 'flare' goed te kunnen onderscheiden van deze bij extravasatie.

Bij flare treedt de roodheid binnen enkele minuten op, en verloopt volgens het traject van de aangeprikte vene. We zien meestal een vlotte terugstroom van bloed bij het lager houden van de viaflex-zak. De patiënt voelt een prikkelende sensatie, met een doffe pijn in de vene. De rode streep verdwijnt vrij snel, binnen de 30 tot 90 minuten.

Bij extravasatie zal de roodheid vaak pas 6 tot 12 uur na de extravasatie optreden. Bij het omlaag houden van de viaflex-zak zal het bloed niet of zeer traag terugvloeien. De patiënt voelt een brandende of stekende pijn.

We zien dat het oedeem ter hoogte van de insteekplaats vaak verergert of ulcereert.

#### 3.1.4 Preventie van extravasatie:

- De venapunctie voor cytostatica wordt enkel door ervaren verpleegkundigen uitgevoerd worden.
- De controle van veneuze toegangsweg moet routinematig uitgevoerd worden. We controleren en registreren om het uur of het bloed terug stroomt bij het lager houden van de viaflex zak

- Een goede educatie van de patiënt en zijn familie betreffende de mogelijke gevaren en maatregelen kan veel onheil voorkomen. We dringen er op aan onmiddellijk pijn, zwelling, roodheid, jeuk, ... te signaleren.
- Bij slapere, demente en verwarde patiënten zullen controles en waakzaamheid moeten versterkt worden.
- Een infuus dat langzamer gaat lopen of stopt, hoeft dit niet noodzakelijk paraveneus te zitten. Het veranderen van de houding van de betreffende arm kan het probleem soms oplossen. Het onder druk doorspuiten van de catheter is uiteraard onverstandig en gevaarlijk.
- Vaak worden cytostatica toegediend onder vorm van bolusinjecties. Wanneer we echter weerstand ondervinden bij het inspuiten, controleren we eerst door aspiratie of de naald of catheter wel degelijk intraveneus zit.
- Wanneer verschillende venapuncties na mekaar moeten uitgevoerd worden, gaan we steeds meer proximaal aanprikken, om te voorkomen dat het cytostaticum hogerop paraveneus zou terecht komen.

### 3.1.5 Behandeling bij extravasatie:

Het onmiddellijk adequaat handelen bij het vaststellen van extravasatie kan de schade enigszins beperken. Hoewel een aantal maatregelen voor de verschillende cytostatica gelijklopend zijn, zal men steeds de bijsluiter van het betreffende cytostaticum raadplegen, om eventueel specifieke maatregelen te kunnen nemen. Bij elke extravasatie kan men starten met volgende procedure:

1. Toediening van cytostaticum stopzetten
2. Catheter of naald ter plaatse laten
3. Hoeveelheid toegediend cytostaticum bepalen en noteren op het verpleegdossier.
4. Zoveel mogelijk vloeistof aspireren + hoeveelheid noteren
5. Bij subcutane collectie van cytostatica: aanprikken met naald met breed lumen (21G) en zoveel mogelijk aspireren
6. Catheter of naald fixeren met kleefpleister om langs deze weg een antidotum te kunnen inspuiten
7. Omtrek van de extravasatiezone met een markeerstift aanduiden om de evolutie te kunnen volgen

8. Behandelend geneesheer verwittigen

9. Op voorschrift: 1: antidotum inspuiten

2: hydrocortisone inspuiten

3: 1 co Phenergan<sup>®</sup>; zo nodig 1 co Perdolan

Mono<sup>®</sup>

10. Soms kan een snelle chirurgische interventie noodzakelijk zijn, om de beschadigde zone te reseceren. Wanneer langer gewacht wordt, kan het necrosen van de omliggende huid uitgebreider zijn. Bij deze necrose zal dan later een necrotomie dienen uitgevoerd te worden.

11. Catheter of naald verwijderen

12. Afhankelijk van het cytostaticum: warme of koude compressen

13. Geen spannende verbanden.

14. Eventueel lokaal een cortisonezalf (Betnelan-V<sup>®</sup> creme)aanwenden

15. Arm geïmobiliseerd, in hoogstand gedurende 3 dagen

16. Nauwgezette observatie noteren in verpleegdossier (roodheid, necrose, hardheid, pijn, koorts, ....). Fotomateriaal kan nuttig zijn om de evolutie van de letsels goed op te volgen.

17. Eventueel kinesitherapie aanvragen

### 3.2 Wonden, veroorzaakt door bestraling:

Dank zij de huidige technologie, waarbij megavoltbestralingen gebruikt worden bij de behandeling van kwaadaardige gezwellen, zien we weinig letsels en wonden optreden ten gevolge van de straling. Af en toe zien we huidreacties ontstaan bij schampveldbestralingen op ronde lichaamsdelen, bij recall-effect en bij gelijktijdige chemotherapeutische en radiotherapeutische behandelingen.

De stralingsdosis en de bestralingstijd zijn de voornaamste factoren die de mate van huidbeschadiging zullen bepalen.

De wonden of huidletsels kunnen acuut, subacuut tot laattijdig optreden. Veel jaren na de radiotherapie zullen verminderde vascularisatie en fibrose samen gaan met verminderde wondheling en het risico op spontane huidletsels. Vaak

hebben we te maken met chronische wonden. Bij de laattijdig optredende wonden zien we dikwijls fistulisatie optreden.

Hoewel de incidentie van dergelijke complicaties na bestraling niet hoog is, kan het uitzonderlijk nodig zijn dat de radiotherapie moet onderbroken worden.

De huidletsels en wonden komen meestal voor ter hoogte van huidplooien zoals liezen, perineum, oksels en onder de borsten. Deze letsels zijn vergelijkbaar met een brandwond.

Naargelang het tijdstip van optreden kunnen we een onderverdeling maken in acute en laattijdige letsels.

### **3.2.1 Acute letsels** (= acute radio-epidermitis): tot 6 maanden na radiotherapie.

Deze acute letsels worden naargelang de ernst in verschillende graden beschreven:

- *graad 1: secundair erytheem*: roodheid, warm, pijn en oedeem, ten gevolge van een ontstekingsreactie (meestal tijdelijk verschijnsel)

- *graad 2: droge desquamatie* (desquamatie = ‘ontvelling’)

Dieprood erytheem, gepaard gaande met jeuk en droge schilfers

De huid geneest na het beëindigen van de bestraling

De pigmentatie kan tot 6 maanden na de behandeling blijven

- *graad 3: vochtige desquamatie*: (oorzaak: epidermale loslating)

diep, paarsachtig erytheem

vochtblaren vervloeien en springen open

epiderm necroseert

er ontstaan gele korsten die afvallen

nieuwe roze, broze huid

geen littekenvorming, tenzij bij infectie

vooral ter hoogte van huidplooien

#### **Preventie en behandeling:**

Heel belangrijk is de huid dagelijks te inspecteren, om bij de minste wijziging, onmiddellijk te kunnen ingrijpen. We kunnen de patiënt, samen met zijn partner hierbij inschakelen. Bij een degelijke preventieve educatie kan de graad van huid beschadiging meestal beperkt worden.

Bij radiotherapie zal de huid snel uitdrogen, waardoor huidletsels kunnen ontstaan. Preventief kunnen we de huid beschermen. Steeds in overleg met de behandelende radioloog kan geadviseerd worden:

graad 1 en 2:



- de huid voorzichtig wassen met niet geparfumeerde overvette zeep, met een fysiologische pH - waarde
- de huid niet droogwrijven ( enkel deppen is toegelaten )
- de patiënt kan best een luchtige katoenen kledij dragen. Polyester of nylon kledij kunnen we beter afraden.
- preventief: Adaptic<sup>®</sup> of Mepitel<sup>®</sup>
- ongeparfumeerde talk of olie gebruiken
- geen direct zonlicht of koude
- de chloorverbindingen in het zwembad zijn irriterend en dus af te raden.
- het scheren op het bestraalde gebied mag niet met scheermesjes gebeuren. Eventueel kunnen de haren weggeknipt of geschoren worden met een elektrisch scheerapparaat.
- bij pijn: koud föhnen of eventueel lidocaïne zalf
- elke irritatie moet vermeden worden (zepen, lotions, UV, kledij, pleisters, ...)
- best NIETS op de huid smeren. Metaalatomen uit bepaalde producten kunnen zich in het epiderm opstapelen en een grotere stralingsabsorptie ter hoogte van de huid veroorzaken, waarbij de radioepidermitis kan toenemen.
- zeker tijdens de bestraling, mogen geen sierraden zoals oorringen, halskettingen en dergelijke, zich in het bestralingsveld bevinden.
- omdat tot op heden weinig of geen wetenschappelijke onderzoeken gedaan werden naar het mogelijk cumulatief effect van de hedendaagse high-tech verbanden, is het veilig, deze tijdens de bestraling niet te gebruiken. We ervaren op dit vlak een sterke onenigheid bij de radiotherapeuten. We kunnen dan ook hopen dat onderzoek op dit terrein niet op zich laat wachten.

### graad 3:

- frequente verbandwisselingen; verbandkeuze volgens hoeveelheid exsudaat

- de wond steeds goed spoelen met fysiologische oplossing
- Hydrogelplaat (Clear Site<sup>®</sup>, Hydrosorb (Plus)<sup>®</sup> of een glycerineverband (Novogel<sup>®</sup>) werken verkoelend.
- hydrocolloïd (Comfeel<sup>®</sup>, Duoderm<sup>®</sup>, Tegasorb<sup>®</sup>) indien niet teveel exsudaat
- TenderWet<sup>®</sup>, om het necrotisch materiaal snel te verwijderen.
- Adaptic<sup>®</sup> Jelonet<sup>®</sup> of Mepitel<sup>®</sup>, in combinatie met absorberend verband
- ernstige diepe letsels: Flammazine<sup>®</sup>, Flamigel<sup>®</sup>.
- Flammazine<sup>®</sup> nooit tijdens de radiotherapie (zilverionen)
- geen poeders (klonteren tot een harde koek)
- de reëpithelialisatie vangt meestal een week na het stoppen van de radiotherapie aan
- wondbedekking: licht-adherente verbanden (type Melolin<sup>®</sup>)
- fixatie van verband: hypo-allergene kleefpleister of netverband (Bandafix<sup>®</sup>)

### **3.2.2 Laattijdige huidreacties:**

Soms kan maanden tot jaren na een bestraling een huidreactie optreden. Deze laattijdige letsels treden vooral op door vasculaire beschadiging van de bestraalde zone. Het te lang blootstellen aan zonnestralen kan deze letsels doen optreden. Vaak zien we dan chronische wonden en fistels optreden.

Bij laattijdige reacties wordt soms niet meer gedacht aan de radiotherapie als oorzaak.

De laattijdige reacties kunnen onderverdeeld worden volgens het tijdstip waarop ze optreden:

#### **3.2.2.1 *Zes maanden tot een jaar na de radiotherapie:***

- hyperpigmentatie en atrofie

- oedemateuze reactie: Deze symptomen treden op door endotheelbeschadiging van de capillairen. We zien 3 tot 6 maand een uitgesproken oedeem optreden, dat meestal langzaam en spontaan zal verdwijnen. Deze soms extreme oedemateuze reactie wordt door de patiënt beangstigend ervaren als een recidief van de tumor.

### 3.2.2.2 *Eén tot vijf jaren na de radiotherapie:*

- fibrosering: bindweefselfibrose zal de elasticiteit van de huid verminderen. De huid wordt dikker en voelt leerachtig aan.
- vasculaire veranderingen: de bloedvatbekleding wordt dikker en fibroseert. De bloeddorstrooming is verstoord, waardoor de capillairen zich verwijden ter hoogte van de huid (teleangiëctasiën). Bij ernstige vasculaire beschadiging kan necrose ontstaan ter hoogte van de huid. Door de slechte vascularisatie zien we een moeilijk genezingsproces, waarbij vaak infecties optreden. Huid- en/of spierflappen zijn soms nodig om de chronische wonddefecten chirurgisch te herstellen.
- de huid wordt atrofisch

### 3.2.2.3 *Late effecten: meer dan vijf jaren na de radiotherapie:*

- Er kunnen ulceraties en fistels ontstaan.

## 3.3 TUMORALE WONDEN:

Het aantal tumorale wonden, voortvloeiende uit oncologische processen vermindert stilaan omdat de huidige preventieve onderzoeksmethoden de mogelijkheid bieden, snel chirurgisch in te grijpen. Hierdoor zien we steeds minder uit de hand gelopen wonden. Door vergevorderde ziekteprocessen is het soms niet meer mogelijk een chirurgische reconstructie van de tumorale ulceraties uit te voeren. Vaak zien we dan onregelmatige kratervormige of paddestoelvormige wondtypes ontstaan.

Tumorale wonden hebben daarbij niet het specifiek karakter van een klassieke chronische wond en dienen anders benaderd te worden. Omdat meer en meer

palliatieve thuiszorg nagestreefd wordt, zijn patiënten met dergelijke wonden niet exclusief toegewezen aan gespecialiseerde oncologische verpleegkundigen.

Van verpleegkundigen wordt verwacht dat zij een grondige basiskennis van wondheling bezitten om op creatieve wijze voor elk individueel wondprobleem een oplossing te kunnen aanbieden.

We kunnen de tumorale wonden in vier groepen indelen, namelijk in oncologische wonden na chirurgie, in primaire huidtumoren, in wonden ontstaan door tumorgroei en metastasen en in oncologische entero-cutane fistels.

### **3.3.1 Oncologische wonden na chirurgie:**

Bij oncologische chirurgie zien we frequent post-operatieve wondcomplicaties. Vaak treden infecties op, wonddehiscenties, necroseren van het wondgebied en fistelvorming. Deze complicaties zijn vooral het gevolg van de soms extreem verminkende chirurgie, vermindering van de algemene weerstand, multiële chemotherapeutische en radiotherapeutische behandelingen en bij recidiverende tumoren.

Bij chirurgische interventies van tumorresectie letten we op een aantal specifieke aandachtspunten:

a)hoofd en hals: infectiepreventie door mond- en tandhygiëne

frequent optreden van fistels

b)thorax en rug: mogelijke ademhalingscomplicaties

c)borst: - belang van goede hemostase en post-operatieve wonddrainage

- fixatie van drains met 'split'-hydrocolloïd

- degelijk compressief verband

d)abdominaal: - decubitus bij verminderde mobiliteit

e)gynaecologische tumoren:- kunnen peri-anale ulceraties veroorzaken

huidbeschermende  
exsuderende ulceraties

- peri-anale streek en perineum:  
zalf bij overmatig

- geurbestrijding: Flagyl<sup>®</sup>-spoelingen in  
combinatie met Flagyl<sup>®</sup> per os of IV

### **3.3.2 Primaire tumorale wonden:**

Deze wonden ontstaan door verschillende soorten maligne melanomen. Dit zijn kwaadaardige tumoren van de melanocyten. Deze pigmentcellen bevinden zich in de onderste laag van de opperhuid en maken een donkerbruin pigment. De pigmentcellen kunnen beïnvloed worden door hormonen en door UV straling (= zon). De tumor kan ontstaan in een eerder bestaande moedervlek (naevus), maar ook in een voordien normale huid.

Er kunnen verschillende soorten maligne melanomen onderscheiden worden:

#### 3.3.2.1 Oppervlakkig groeiend maligne melanoom

Deze tumor groeit bij deze vorm aanvankelijk voornamelijk radiaal (vanuit het centrum uitbreidend) in de epidermis en het bovenste deel van de dermis. De tumor is meestal iets verheven, vaak grillig gevormd en de randen tonen een waaivormige uitgroei.

#### 3.3.2.2 Nodulaire maligne melanoom

De tumor groeit direct zowel radiaal als invasief (tussen omliggende cellen) en wordt waargenomen op de romp. Het is een veelal forse, snel groeiende, donkere en gemakkelijk bloedende knobbel.

#### 3.3.2.3 Lentigo maligne melanoom

Dit is een radiaal groeiend intra-epitheliaal melanoom, vrijwel altijd gelokaliseerd in het gelaat van oudere mensen. De invasieve dieptegroei treedt pas op in een laat stadium en bij een klein percentage van de patiënten.

#### 3.3.2.4 Acro-lentigineuze maligne melanoom

Deze vorm is gelokaliseerd in de handpalmen, aan de voetzolen en subunguaal (onder de nagel). Door de eeltlaag en de nagel wordt de dieptegroei meestal pas laat opgemerkt.

#### 3.3.2.5 Amelanotisch melanoom

Dit is een ongepigmenteerd melanoom.

### 3.3.2.6 Mycosis fungoides

Dit is een T-cel-lymfoom van de huid. Het komt wat meer voor bij mannen dan bij vrouwen. Bij deze mycosis fungoides kunnen 3 stadia onderscheiden worden:

- a. Erythmateuze stadium (lijkt op eczeem of psoriasis)
- b. Huidinfiltraten
- c. Ulcererende exofytische (= naar de buitenzijde groeiende)

huidtumoren met lokalisatie in andere organen

#### Algemene symptomen bij primaire huidtumoren:

- 'moedervlekken' krijgen bobbeltje, worden groter en veranderen van vorm

- kwetsbare vlekjes die spontaan bloeden
- korstvorming
- veranderend kleurpatroon in eenzelfde melanoom: van licht bruin naar zwart en van wit naar blauw
- pijn
- jeuk

### 3.3.3 Doorgroei- en metastatische wonden:

Tumorcellen die aan behandeling niet meer gevoelig zijn, kunnen ongeremd doorgroeien. De meest voorkomende tumoren waaruit wonden kunnen ontstaan zijn carcinomen van borst, maag, hoofd, hals, baarmoeder, cervix, nier, ovarium, colo-rectaal, blaas, lymfomen en maligne melanomen.

De tumor dringt door in bloed- en lymfevaten, waardoor zuurstof- en voedingsaanvoer in het gedrang komen. In de tumor ontstaat nieuwvorming van bloedvaten, die de tumor inefficiënt voorzien van zuurstof. Haarvatscheurtjes en infarcten leiden tot necrose. In het necrotisch weefsel groeien micro-organismen, die ervoor zorgen dat vluchtige vrije vetzuren vrijkomen als eindproduct van hun stofwisseling. Hierdoor ontstaat de specifiek walgelijk stinkende geur, die typisch voorkomt in tumorale ulceraties.

We kunnen verschillende gradaties onderscheiden bij deze tumorwonden:

Graad 0: intacte huid met huidmetastasen of opgezette lymfeklieren

Soms pijn of jeuk

Graad 1: oppervlakkig huidletsel, al dan niet pijnlijk

- Graad 2: aantasting van onderhuids weefsel, matig wondexsudaat  
kans op bloeding, pijn en jeuk
- Graad 3: aantasting van subcutaan vetweefsel en andere structuren  
meestal pijnlijk
- Graad 4: gangreen; necrose bij 20 à 30 % van het wondoppervlak  
pijn, veel exsudaat en geurprobleem
- Graad 5: grote oppervlakte gangreen

### **3.3.4 Oncologische entero-cutane fistels**

#### **3.3.4.1 Primair: lokaal gevormde tumoren**

- Hoofd- en halstumoren: - pharyngocutane fistels
  - laryngocutane fistels
- Gastrointestinale tumoren: - oesofagobronchiale fistels
  - oesofagopleurale fistels
  - biliaire fistels
  - pancreatische fistels
  - colorectale fistels
  - enterovesicale fistels
  - anale fistels
- Gynaecologische tumoren:- rectovaginale fistels
  - vesicovaginale fistels
  - uterovesicale fistels
- Secundaire fistels na: - heekunde
  - radio- of chemotherapie

#### **3.3.4.2 Secundaire fistels na heekunde:**

- Hoofd- en halstumoren
- Pharyngocutane fistels na laryngectomie en preoperatieve radiotherapie
- Chylothorax na radicale nekdissectie links

Frequentie: 1 tot 2,5 %

Therapie: Vacuümdrainage

Voeding met medium chain triglyceriden

Heelkundig: - fibrinelijm

- pectoralis spierflap

- Fistelvorming na reconstructie met myocutane flappen

- Externe pancreasfistels:

Etiologie: - post-operatief: - lekkage t.h.v. anastomose

- onopgemerkte peroperatoire letsels

- posttraumatisch

- abces, sepsis

- inflammatoir bowel disease (Crohn disease)

- diverticulitis

- maligniteit

- radiotherapie

- pancreatitis

Gevolgen: - vochtverlies

- electrolyten verlies

- malnutritie

- sepsis

- respiratoire insufficiëntie

- huidirritatie en erosie

- gastrointestinale bloedingen

Behandeling: - huidprotectie: pancreasenzymes veroorzaken brandwonden op de huid rond de fistelopening. Daarom moet een zeer goede barrièrecreme gebruikt worden: bvb: Stomahesive<sup>®</sup> pasta. Eveneens wordt een degelijk opvangmateriaal geplaatst rond de fistelopening: stoma- en fistelzakjes.

- voedingssupplement: TPN

- 'rust' van dundarm en pancreas: Somatostatine<sup>®</sup>, Sandostatine<sup>®</sup>.

- preventie en behandeling van complicaties (sepsis)



- zo nodig: heelkundig sluiten

- Recto- en vesicovaginale fistels:

- Cutane prostaafistels:

Etiologie: transurethrale resectie ('TUR Prostaat') na radiotherapie

Therapie: prostatectomie of urinaire derivatie naar het ileum.

#### **4. BEHANDELING VAN ONCOLOGISCHE WOND:**

##### 4.1 Chirurgie:

De behandeling van oncologische wonden zal bij voorkeur chirurgie zijn, zo nodig in combinatie met radiotherapie en/of chemotherapie en hormoontherapie.

##### 4.2 Chemotherapie:

Bij metastatische huidletsels zal chemotherapie, Interleukine en/of immunotherapie de voorkeurbehandeling zijn.

##### 4.3 Radiotherapie

##### 4.4 Hormonale behandeling

##### 4.5 Cryochirurgie:

In sommige centra opteert men na biopsie een oppervlakkige huidtumor (bvb: een basocellulair carcinoma) tot op een diepte van twee centimeter verwijderen met behulp van vloeibare stikstof. Onder het niveau van de tumor wordt water gespoten, om hem te scheiden van het gezonde weefsel. Onder lokale anesthesie vernietigt men de tumor door bevriezing. De wond geneest met korstvorming, die wegens mogelijke bloedingen niet mag verwijderd worden. Na vier maanden blijft een mooi, soepel en hypochroom litteken over.

##### 4.6 Oncologische wondzorg:

Wanneer geen oorzakelijke behandeling meer mogelijk is, zal het accent van de zorg zich verplaatsen naar het bevorderen van de levenskwaliteit door een aangepaste wondzorg, waarbij geur, bloeding, pijn en infectie de voornaamste aandachtspunten zullen zijn.

## **5. DOELSTELLINGEN BIJ ONCOLOGISCHE WONDZORG:**

Door het specifiek karakter van oncologische wonden, is de doelstelling bij de wondzorg gericht naar probleemsituaties die zich bij deze wonden voordoen. Bij verbandkeuze en wondzorgbeleid wordt voor de volgende punten speciale aandacht gewijd:

- pijnvermindering
- geurcontrole
- verkorten van de wondzorg
- verminderen van de frequentie
- autolytisch debridement bevorderen
- exsudaatbeheersing
- wondinfecties voorkomen en behandelen
- financieel verantwoord beleid
- cosmetisch aspect nastreven
- bloeding voorkomen en/of bestrijden

## **6. ONCOLOGISCHE WONDANAMNESE:**

Bij elke wondzorg is het beschikken over een goede wondanamnese van primordiaal belang. Zeker als we weten dat bvb. chronische beenulcera of oude littekens van brandwonden kunnen ontaarden tot huidcarcinomen. Dank zij verpleegkundige opmerkzaamheid kan een vroegtijdig bioppt een escalatie van het proces verhinderen.

Bij oncologische wondproblemen is het niet verantwoord een patiënt te benaderen zonder zijn anamnese grondig te kennen. De patiënt moet onmiddellijk een zekere mate van vertrouwen ervaren door de interesse, de basiskennis en de individuele aanpak van de hem toegewezen verpleegkundige. Een verpleegkundige die beangstigd, vertwijfeld en amateuristisch de kamer binnenstapt zal de patiënt nooit enige vorm van rust kunnen aanbieden.

In het verpleegdossier wordt daarom een zorgvuldige rapportage en evaluatie bijgehouden van de toegediende zorg. Op vele afdelingen wordt een wondevaluatiefiche uitgewerkt, die aan het verpleegdossier wordt toegevoegd. Dit biedt de mogelijkheid, het vaak complexe wondprobleem overzichtelijk in kaart te brengen.

In de wondanamnese worden een aantal specifieke aandachtspunten vermeld:

- a) identificatie van de patiënt
- b) identificatie zorgverleners (artsen, verpleegkundigen: intra- en extramuraal)
- c) lokalisatie van de wond
- d) tijdstip van optreden van de wond
- e) soort oncologische wond
- f) wondbeschrijving + tekening:
  - kleur: percentage rood, geel en zwart
  - grootte: bij onregelmatige vorm: omtrek reproduceren op transparante folie
  - diepte: bij cavitaire wond: inhoud bepalen door de wond op te vullen met behulp van een spuit fysiologische oplossing
  - wondranden
  - toestand van de omgevende huid: mate van maceratie, uitdroging, stripping-letsels
  - bloedingsneiging
  - geur
- g) pijnanamnese opstellen, om een gerichte en doelmatige pijnbestrijding mogelijk te maken:
  - waar heeft de patiënt pijn?
  - hoe lang bestaat deze pijn reeds?
  - waardoor verergert de pijn? (bewegen, verzorgen, ....)
  - hoe verbetert de pijn?
  - op welke tijdstippen heeft de patiënt meest pijn?

- hoe voelt de pijn aan? (steken, kloppen, ...)

h) bacteriologische status van de wond:

- is de wond gekoloniseerd?

- is de wond geïnfecteerd?

- wondkweek afname

i) wondhelingsremmende factoren (bvb: chemo, radiotherapie, cortisone, voedings toestand, ....)

j) psycho- sociale toestand

## **7. VERBANDKEUZE BERUSTEND OP SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN BIJ ONCOLOGISCHE WONDEN:**

### 7.1 Verbandkeuze volgens classificatiemodel WCS:

- zwart: debridement: autolyse bevorderen door verbandkeuze. Bij voorkeur: hydrogels (zie 7.5)

Chirurgisch en enzymatisch debrideren houden gevaar in van bloedingen.

- geel: reinigende werking door 1. verbandkeuze (sterk absorberende verbanden)

2. zachte spoelingen (lauw water of fysiologisch)

- rood: beschermen met gelvormende verbanden

### 7.2 Geur:

- Een van de belangrijkste aandachtspunten. De doordringende geur is oorzaak van sociale isolatie en depressie. De patiënt voelt zich ondanks een goede hygiëne onrein omwille van de geur. Deze geur kan de patiënt misselijk maken, waardoor hij minder eetlust krijgt. Het is belangrijk dit probleem met de patiënt te bespreken, en hem een aantal tips aan te reiken.

- Voorlichten van partner en familie, omdat de geur voor hen een tastbaar probleem is, waardoor zij de patiënt op afstand gaan benaderen. Op termijn zal de patiënt minder bezoek en hulp krijgen van vrienden en familie.

- De slechte geur wordt vooral veroorzaakt door infectie, autolyse van necrotisch weefsel, fistelvorming en bloedresten. Vaak zien we gram-negatieve bacillen zoals Proteus, Klebsiella, Pseudomonas. Typisch is ook het voorkomen van geurproducerende gisten en schimmels. De vluchtige vetzuren van de stofwisseling zijn verantwoordelijk voor de karakteristieke weezinwekkende geur. Bij de geur bestrijding zullen we in de eerste plaats de infectie trachten te bestrijden.

- Vuile verbanden zijn enorme geurverspreiders. Zij worden onmiddellijk in een gesloten plastic zak gedaan en zo vlug mogelijk uit de kamer verwijderd.
- Bed- en kledijbescherming aanbrengen (exsudaat en spoelvocht)
- Wondspoeling als mechanische reiniging moet elk specifiek ontgeurend antisepticum, antibioticum of antimycotisch preparaat voorafgaan. Met wondspoeling bedoelen we het langdurig, grondig spoelen van de wond, tot het wondexsudaat op de wondbodem zichtbaar weggespoeld is. De omgevende huid kan met een compress of doekje tijdens de spoeling gereinigd worden.
  - De beste spoeling gebeurt met de douchekraan. Onder een zachte straal lauw water kunnen we langer en efficiënter spoelen.
  - Eventueel kunnen we met een fysiologische oplossing spoelen.
  - Het gebruik van wound-cleansers (Triple Care Cleanser<sup>®</sup>, Isorins<sup>®</sup>, Flamiclens<sup>®</sup>) is duur en inefficiënt.

Vergelijk het 'reinigend' resultaat van een miezelregen op uw wagen tijdens een warme zomerdag met een stortvlag bij een onweder. Na de miezelregen is al het stof nog op de wagen, en concentreert zich op de plaatsen waar de druppels opgedroogd zijn. Na de stortvlag, is de wagen niet volledig proper, doch het merendeel van het stofvuil is weggespoeld. Wil je de wagen stofvrij, dan gebruik je een hogedrukreiniger.

Hoe meer spoelwater, en hoe krachtiger de straal, hoe grondiger de wondreiniging. De pijngevoeligheid van de wond beperkt ons in de druk van de straal. Door het gebruik van de douchekraan, zijn we niet beperkt in hoeveelheid spoelwater. Door het regelen van de temperatuur van het water zal minder pijn veroorzaken, waardoor langduriger en dus efficiënter kan gespoeld worden.

- Antiseptica zoveel mogelijk beperken, om de commensale flora te behouden.
- Indien toch antiseptica nodig zijn: kortdurend gebruiken (enkele dagen).
- Indien onvoldoende ontgeurend resultaat met een antisepticum: liever overschakelen naar een ander produkt. Geen combinaties van antiseptica tijdens eenzelfde verbandwisseling.
- Oorzakelijke geurbestrijding: via wondcultuur, de geurverspreidende micro-organismen identificeren, om daarna met behulp van lokale antiseptica, of eventueel met een gepast lokaal of algemeen antibioticum, de infectie te onderdrukken.
  - carrel Dakin<sup>®</sup> oplossing of Eusol<sup>®</sup> (bactericide en fungicide)
  - Chloorhexidine 0,2 % oplossing
  - Zuurstofwater
  - Iso-Betadine<sup>®</sup> Dermicum: - bactericide en fungicide

- niet bij pijnlijke wonden

- Kamillosan<sup>®</sup>

- Autolytisch debridement bevorderen door osmotische absorptie:

- poedersuiker of honing

- suikerpasta: poedersuiker + Iso-Betadine<sup>®</sup> zalf

- Dextranomeren : bvb: Debrisan<sup>®</sup>

- hydrogel, in combinatie met Iso-Betadine<sup>®</sup> zalf

- zalven als gerichte behandeling: - metronidazole zalf (Flagyl<sup>®</sup>)

- itraconazole (Sporanox<sup>®</sup>)

- zilverulfadiazine (Flammazine<sup>®</sup>)

- Deo Gel<sup>®</sup> (Coloplast)

- mupirocine (Bactroban<sup>®</sup>)

- Lokale ontgeuring: - Yoghourt dressing: gedurende 5 min en daarna: spoelen met Fysiologische oplossing

- Spoelingen met botermelk (bvb. bij vaginale wonden)

- Asperine (eventueel geplet) of gemalen krijt, werkt geurresorberend, en kan in een ‘stoma-opvangzakje’ geplaatst worden. Cave: opletten dat asperine nooit rechtstreeks op de wond komt, waardoor een bloeding kan ontstaan.

- Metronidazole kan de doordringende geur van het exsudaat in een opvangzakje (type stomazakje of wonddrainagezakje) neutraliseren. We doen 10 milliliter Flagyl<sup>®</sup> met behulp van een spuit in het opvangzakje.

- Verbandwisseling zoveel als nodig: bij sterk exsuderende wonden zal meer geur verspreid worden.

- Actieve Koolstofverbanden:

- chemische absorptie van de geur

- Binding van microorganismen, necrotische celfragmenten en toxinen

- Als primair of secundair verband

- De koolstoffilter (zwarte kant van het verband) moet bovenaan liggen; de witte zijde van het verband ligt op de wond en absorbeert het exsudaat.

- Deze verbanden zijn relatief duur. Zij blijven ter plaatse tot verzadiging en worden enkel bij reukhinder geplaatst.

- Soorten koolstofverbanden

- Actisorb Plus<sup>®</sup> (Johnson & Johnson): bevat naast een koolstoffilter, 0,15 % zilver sulfadiazine (= bactericide). Mag niet verknipt worden.
  - Carbonet<sup>®</sup> (Smith & Nephew). Kan op maat verknipt worden.
  - Kaltocarb<sup>®</sup> : combinatie van Ca-Na-alginaat en actieve koolstoffilter. Mag op maat verknipt worden.
  - Lyofoam-C<sup>®</sup> (Interphar). Mag niet verknipt worden.
- Kamerontgeuring moet een aanvaardbare atmosfeer in de patiëntenkamer bewerkstelligen. We moeten er aan denken dat sterk geurende producten soms meer storend dan behulpzaam werken! De volgende lijst reikt een aantal tips aan die kunnen uitgetest worden.
- Air - Wick<sup>®</sup>
  - Nilodor<sup>®</sup> :2 à 3 druppels op een stukje huishoudpapier
  - Eau de Cologne
  - Elektrisch ontgeurapparaat (filtert de lucht)
  - ‘Geurvreters’ in de kamer plaatsen
  - Stukje zeep onder hoofdkussen
  - de kamer na de verzorging ventilleren
  - enkele lucifers aanstrijken tijdens en na de verbandwisseling
  - Geurende potpourri op een schaalpje
  - Schotelkje gemalen koffie op de radiator plaatsen
  - Sterk geurende bloemen (bvb: rozen, hyacinth, fresia, ...)
  - Kopje azijn
  - Etherische olie laten verdampen (bvb: lavendelgeur)
- Ecoclinic<sup>®</sup> spray. Deze geureliminator biedt een doeltreffende geurcontrole. Door middel van plantaardige enzymen worden geuren van organische oorsprong afgebroken. Het product, dat beslist niet toxisch is, wordt verstooven ter hoogte van de geurbron, met name het vuile verband en de wond zelf.
- Deodorant spray
  - Eucalyptusolie
  - Geurstaafjes

### 7.3 AANDACHTSPUNTEN I.V.M. PIJN TIJDENS DE VERZORGING:

Pijn ter hoogte van de oncologische wond kan verschillende oorzaken hebben. Bij verhoogde pijn stellen we voor steeds een wondinspectie te doen. Inflammatie en infectie zijn de belangrijkste elementen. Ook de verbandkeuze ligt vaak aan de basis van pijn. Als het verband te hard drukt, of als het verschuift over de wond, of als het verkleeft is op het ogenblik van de verbandwisseling, kan de pijn soms ondraaglijk zijn. Tijdens de verzorging kan het te lang bloot stellen aan de lucht, het gebruik van irriterende wondreinigers of het gebruik van sterk osmotische verbanden de pijn eveneens doen toenemen. Een aantal tips omtrent pijnbeperking tijdens de verzorging kunnen heel wat leed verzachten:

- de lichamelijke verzorging liefst vo,'o,'r de wondverzorging
- al het verzorgingsmateriaal binnen handbereik leggen
- relaxhouding van de patiënt met voldoende kussens tijdens de soms langdurige verzorging
- de pijnklachten steeds bespreken met de patiënt
- de patiënt voorlichten hoe hij zich kan ontspannen. Bvb:
  - TV aanzetten
  - CD laten spelen
  - eentonige geluiden op de achtergrond vermijden (bvb: stofzuiger)
  - patiënt op iets laten kauwen
  - patiënt doen concentreren op zijn ademhaling
- de partner vragen om de patiënt wat af te leiden:
  - gesprek
  - massage
- het verband nooit droog verwijderen: de verbanden eventueel in bad of stortbad laten afweken
- verzorging rustig uitvoeren om onnodige pijnprikkels te vermijden
- nooit wrijven in de wond; eventueel: voorzichtig deppen (enkel bij debrisis).
- opletten met instrumentarium
- geen verklevende verbanden rechtstreeks op de wond (bvb: hydrofiel gaas of tulle)
- polyurethaanfolies en eventuele kleefpleisters verwijderen met Remove<sup>®</sup> swabs (Smith & Nephew)
- bij frequente verbandwisselingen op gevoelige huid: secundaire verbanden fixeren met kleefpleister, boven op een strook hydrocolloïd, dat steeds ter plaatse blijft
- indien infectie de oorzaak van de pijn is, gaan we deze oorzakelijk bestrijden.



- beschermende huidpasta's verwijderen met amandelolie
- bij voorkeur zachte gelvormende verbanden gebruiken
- Lidocaïne, Xylocaïne<sup>®</sup> zalf: boven op Adaptic<sup>®</sup> of Mepitel<sup>®</sup> verband
- Emla<sup>®</sup> crème (selectief!)
- speciale aandacht voor de wondranden
- opletten met drukverhogende verbanden (bvb: elastische windels)
- systematisch analgetica toedienen
- ½ uur vo,'o,'r de verzorging: pijnmedikatie toedienen
- bij epidurale pijnbestrijding: dosis tijdelijk opdrijven
- verbandwisselingen zoveel mogelijk beperken
- snel en efficiënt werken bij de wondzorg

#### 7.4 INFECTIE:

Reeds bij het opstellen van de wondanamnese, nemen we een wondkweek, om de bacteriologische status van de wond te kennen. Telkens wanneer zich wijzigingen, zoals pijn, exsudaattoename, geurwijziging, enz. is het zinvol een nieuwe wondkweek te nemen, die dan telkens met de vorige kweek kan vergeleken worden.

Zoals bij elke chronische wond, kan infectie aanwezig zijn zonder significante klinische tekenen. Dit in tegenstelling tot een acute infectie, waarbij pijn, roodheid, zwelling en koorts ons onmiddellijk alarmeren. Daarom is het nuttig bij vermoeden van infectie, een wondkweek af te nemen. De patiënt heeft vaak een verminderde weerstand, en er zal volgens het antibiogram een systemische en/of lokale behandeling gestart worden.

Gram-negatieve bacteriën, schimmels, gisten en anaërobe bacteriën veroorzaken bij hun stofwisseling dikwijls walgelijke, stinkende geuren. Bij doelgerichte behandeling kunnen deze geuren adequaat aangepakt worden.

Het gebruik van occlusieve verbanden biedt heel wat comfortmogelijkheden voor de patiënt. Omdat deze verbanden verschillende dagen ter plaatse blijven, moeten we opletten voor mogelijk ontstaan van infecties die zich tot flegmonen of abscessen kunnen uitbreiden. Bij toenemen van de pijn, zwelling en koorts, moet het verband verwijderd worden, zodat een degelijke wondinspectie kan uitgevoerd worden.

## Behandeling:

Veelvuldige grondige wondspoelingen

Lokale antiseptica.

Anti-bacteriële zalven: Flammazine<sup>®</sup>, Braunol zalf<sup>®</sup>, Iso-Betadine zalf<sup>®</sup>,  
Flagyl<sup>®</sup> zalf, Fucidine<sup>®</sup> zalf

Anti-bacteriële verbanden: Inadine<sup>®</sup>-gaas, Iso-betadine<sup>®</sup>-gaas, Fucidine<sup>®</sup>-tulle

Absorberende en reinigende verbanden (Bvb: Allewyn<sup>®</sup>, TenderWet<sup>®</sup>).

Liefst geen occlusieve verbanden

Antibiotica en/of antimycotica volgens het antibiogram langs algemene weg  
toedie-       nen

## 7.5 EXSUDAAT:

De verbandkeuze zal mede bepaald worden door de hoeveelheid exsudaat. Vaak zijn oncologische wonden sterk exsudatief en zijn de bestaande verbanden niet in staat gedurende meerdere dagen ter plaatse te blijven. Het is daarom niet steeds verantwoord, de dure high-tech verbanden meerdere keren per dag te wisselen. Meer dan bij andere wondzorg zal inventiviteit en creativiteit van de zorgverlener noodzakelijk zijn om de balansen in evenwicht te houden. De verpleegkundige moet een grondige kennis bezitten over de bestaande verbanden, om door combinaties en specifieke gebruikstechnieken tot een verantwoord wondbeleid te komen.

### 7.5.1 Weinig exsudaat:

Naargelang de hoeveelheid exsudaat plaatsen we bij voorkeur een hydraterend, niet adherent verbanden. Wanneer geen klinische infectie aanwezig is (rubor, dolor, calor, tumor), kunnen we een occlusief verband kiezen dat geur en lekkage kan beheersen. Het is van belang het vochtig wondmilieu te handhaven.

Polyurethaanfolie: Flexifix<sup>®</sup>,

Omdat het verwijderen niet steeds pijnloos verloopt, wordt dit verband meestal als secundair verband gebruikt. Het verband is licht doorlaatbaar voor waterdamp maar is ondoorlaatbaar voor bacteriën.

Hydrocolloïden: Comfeel<sup>®</sup> (Coloplast), Duoderm<sup>®</sup> (Convatec)

Voordelen: occlusief (geen geur, geen lekkage)

Nadeel: beperkte absorptie

Hydrogels: hebben een verkoelend en pijnverlagend effect

- Clear Site<sup>®</sup> (Stella-Lohmann) vaste vorm: occlusief verband

- Intra-Site<sup>®</sup> gel (Smith & Nephew)

- Flamigel<sup>®</sup> (Flen Pharma)
- Nu gel<sup>®</sup> (Johnson & Johnson)= hydrogel + alginaat
- Purilon gel<sup>®</sup> (Coloplast) = hydrogel + alginaat
- Normigel<sup>®</sup> (Mölnlycke) = fysiologische gel
- Hyper gel<sup>®</sup> (Mölnlycke) = hypertone natriumgel (absorptie!)
- Duoderm<sup>®</sup> gel (Convatec)

Glycerineverband: Novogel<sup>®</sup> (Utermöhlen)

Alginaat verbanden: Sorbalgon<sup>®</sup> (Hartmann)

Kaltostat<sup>®</sup> (Convatec)

Stellasta<sup>®</sup> (Stella)

Seasorb<sup>®</sup> (Coloplast)

Tegagel<sup>®</sup> (3M)

- Alginaten zo nodig bevochtigen met fysiologische oplossing
- Voor kleine cavitaire wonden wordt een alginaat streng gebruikt
- Bij grote diepe wonden kan de wondbodem bekleed worden met een alginaat verband. De holte kan aangevuld worden met hydrofiele deppers of gaasverbanden. Het geheel kan occlusief afgesloten worden met een polyurethaanfolie of een hydrocolloïdverband dat de wondranden in bescherming neemt.

Siliconeverband: (Mepitel<sup>®</sup>) eventueel in combinatie met hydrogel

Geïmpregneerd gaasverband: Adaptic<sup>®</sup> (Johnson & Johnson)

### 7.5.2 Veel exsudaat:

- de wondranden beschermen tegen maceratie;

bvb: - Imbium<sup>®</sup> zalf: beter dan zinkoxydepasta's (moeilijker te verwijderen)

- Brocq-pasta (= zinkoxyde): verwijderen met amandelolie (Niet tijdens radiotherapie!)
- Lasaar<sup>®</sup> - deeg (Niet tijdens radiotherapie!)
- Skin-Prep<sup>®</sup> (Smith & Nephew)
- Hydrocolloïdverbanden
- lekkage van exsudaat voorkomen

- sterk absorberende verbanden:
  - alginaten (zie 6.5.1)
  - zoutverband: Mesalt<sup>®</sup> (Mölnlycke)
  - schuimverbanden:
    - Allevyn<sup>®</sup> (Smith & Nephew)
    - Allevyn Cavity<sup>®</sup> (Smith & Nephew)
    - Cavi Care<sup>®</sup> (Smith & Nephew)
    - Coldex<sup>®</sup>, Lyofoam<sup>®</sup>
    - Cutinova Cavity<sup>®</sup> (Beiersdorf)
    - Tielle<sup>®</sup> (Johnson & Johnson)
  - Combiderm<sup>®</sup> (Convatec)
  - dextranomeren: - Debrisan<sup>®</sup>
- fistel- en stomazakjes: - Zie cursus stomazorg
  - Post-Op systemen, Woundmanager<sup>®</sup> (Convatec)
  - Urostomazakjes of ileostomazakjes (1 of 2-delig)
- Overvloedig slechtruikend exsudaat: verbandmethode onder laag vacuüm.  
(zie case report 24ste Week van de Verpleging - Oostende)

#### 7.6 BELANG VAN VERBANDKEUZE BIJ BLOEDINGEN:

- oorzaken: - uitbreiding van het tumoraal proces tot in de bloedvaten en waarbij broze capillairen in het tumorweefsel ontstaan.
  - chirurgisch debrideren
  - enzymatisch debrideren (bvb: Varidase<sup>®</sup> zalf)
  - verkleving van verbanden
- preventie: - bescherming met verbanden
  - gelvormende verbanden kiezen
- behandeling: - hemostatische verbanden:
  - Gelfoam<sup>®</sup> (Upjohn) : gelatinespons
  - Spongostan<sup>®</sup> (Conforma): gelatinespons
  - Spongel<sup>®</sup>
  - Colgen<sup>®</sup> (Bournonville pharma): collageencompres of poeder
  - alginaten (cave: bij droge wonden kan bloeding ontstaan)

door hygroscopisch effect. Daarom moeten alginaten bij droge wonden steeds bevochtigd worden met fysiologische oplossing.

- ijszakjes lokaal: - Cold Hot Pack<sup>®</sup> (3M)
  - P & N Kold Kompress<sup>®</sup> (Vitamed)
- licht compressief verband
- een weinig lidocaïne in de bloedende wond laten indruppelen
- acute bloeding: lokaal Adrenaline<sup>®</sup> op een gaasverband of tampon
- massieve bloedingen worden gecoaguleerd

### 7.7 SECUNDAIRE PROBLEMEN:

- Wondhelingsremmende factoren moeten behandeld worden
  - systemische infectie
  - diabetes
  - anaemie (waardoor verlaagde PO<sub>2</sub>)
  - immunologische toestand
  - corticoïden
  - vasculaire insufficiëntie (door bestraling, externe druk)
  - Voedingstoestand:
    - vermagering wijst op een verslechterende voedingstoestand
    - correctie naargelang prognose en individuele haalbaarheid
    - hydratatie toestand bij sterk exsuderende wonden (bvb: maagdarm fistels)
    - zo nodig: vitamine A en C supplement
    - eventueel oligoëlementen corrigeren
    - inschakelen van diëtist
    - voedingstoestand optimaliseren kan tumorgroei stimuleren
- Mobiliteit : Er moet gestreefd worden om de patiënt zijn normale activiteiten zoals opstaan, wandelen, ... niet te bemoeilijken door een hinderend verband:
  - Geen overbodige verbanden en windels gebruiken
  - Denken aan anti-flebitis preventie (kousen, Fraxiparine, ...)
  - Kinesitherapie inschakelen

- Bevorderen door goede verbandkeuze (bvb: stomamateriaal)

- Supplementaire wondproblemen:

- decubitus: preventieve maatregelen: wisselhouding, watermatras, foamma-  
tras, ...

- skin-tears: preventieve bescherming van ledematen bij oudere, gedesoriënteerde corticoïdgebruikende patiënten

- Vermoeidheid:

- rustsfeer scheppen (lawaaihinder: kinderen, straat, ....)

- nachtrust bevorderen: medikatie

- Jeuk (WCS-Wondenboek 2, 1993; Doyle)

Jeuk kan veroorzaakt worden door veranderingen in de wondtemperatuur, temperatuurswisselingen, zweten, droge huid (door chemo- en/of radiotherapie), zenuwaandoeningen, hypercalcemie, allergie ten gevolge van wondbedekkers (propyleenglycol) of ingrediënten van een toegepaste zalf, medicatie (morfine), maceratie, surinfectie door schimmels of psychogeen e.d.

Volgende onderliggende aandoeningen gaan tevens gepaard met jeuk: maligniteiten (leukemie, lymfomen, polycythemia rubra vera, neuro-endocriene tumoren, paraneoplastische syndromen), leverstoornis met cholestasis waarbij galzouten vrij in het bloed gaan circuleren, nierinsufficiëntie met uremie, ijzergebrek ten gevolge van gastro-intestinale maligniteiten met of zonder anemie.

Jeuk veroorzaakt krabwondjes en algemeen ongemak.

Vaak is geen gerichte therapie mogelijk. Ernstige jeuk vergt een multidisciplinaire aanpak.

Verpleegkundige interventies:

- de oorzaak opsporen en behandelen

facto- - observatie jeukpatroon: intensiteit, duur, lokalisatie en beïnvloedende  
ren.

- begripvolle, rustige houding waarin samen met de patiënt gezocht wordt naar een mogelijk aanvaardbare situatie

- mentholtalk of crème (nadeel: uitdroging op lange termijn)

- eventueel waterpasta

beteke- - vingernagels kort houden omdat krabletels een gevaar voor infectie  
nen

- preventief hydrocolloïd of polyurethaanfolie om krabletsels te voorkomen
- bij zweten en/of koorts, de patiënt tijdig verfrissen
- de huid afkoelen door vochtige compressen
- baden in lauw water
- matige kamertemperatuur en lichte bedbedekking
- dragen van katoenen, niet knellende en schurende kleding
- zorgen voor voldoende afleiding
- voldoende vochtinname verzekeren bij droge huid
- tamponneren met Kamillosan en verzachtende plantenaftreksels

### Medicamenteus:

- orale antihistaminica, bvb: Fenistil retard of Phenergan, is de beste behandel- ling
- topische antihistaminica vermijden door risico op contactallergie of overge- voeligheid.
- bij ondraaglijke jeuk: ultraviolet B behandeling of PUVA-behandeling (fotochemotherapie bestaande uit orale psoralen met ultraviolet A blootstel- ling). Deze behandeling is echter moeilijk hanteerbaar bij zwaar zieken.
- topische of orale corticosteroïden (bvb: hydrocortisone 1 %) helpen zelden, maar kunnen voor een korte periode gebruikt worden.
- bij cholestasis: questran (bindt de galzouten ter hoogte van de darmen) wordt best vermengd met fruitsap omwille van de smaak. Questran is ineffectief bij volledige galwegobstructie. Naloxone en rifampicine blijken eveneens effectief bij cholestatistische pruritis (Podesta, 1991. Bergas, 1992)
- bij ijzergebrek: Fero-Gradumet<sup>®</sup>, Losferron<sup>®</sup>, ...
- bij uremische pruritis ten gevolge van nierinsufficiëntie: erythropoetine (daling van histamineconcentratie in het bloed, waarschijnlijk door remmend effect op histamine-releasing-factors) (D.Marchin, 1991).

### -Lymfoedeem (Mortimer, 1993)

Lymfoedeem ontstaat bij gebrekkige lymfedrainage ten gevolge van obstructie van de lymfekanalen of bij beschadiging of ziekte van de lymfevaten. Bij oncologische processen kan lymfoedeem ontstaan na chirurgische ingrepen en bestraling (bvb na mastectomie gevolgd door radiotherapie) en bij infectie. Post - operatief is het van belang de (vacuüm)drain niet te vroeg te verwijderen om een goede wonddrainage te verzekeren. Stolsels en lymfeophoping in het

wondgebied geven een vertraagde wondheling en veel pijn.

De symptomen bij lymfoedeem zijn algemeen discomfort, zwaar gevoel, gevoel van beklemming en barstend gevoel. Erge pijn is nooit het resultaat van lymfoedeem alleen, maar kan wijzen op botmeta's, zenuwinfiltratie, oppervlakkige veneuze obstructie of diepe veneuze trombose. Bij lymfoedeem bestaat een verhoogd risico op lokale infectie, zowel viraal, bacterieel als schimmelinfectie, door lokaal gecompromitteerd immuunsysteem.

#### Verpleegkundige interventies:

- huidtraumata vermijden: geen injecties of bloedpuncties in oedemateuze zone's
- compressietherapie; lymfedrainage (kinesitherapie)
- beweging stimuleren om de spierpomp te activeren door veneuze en lymfedrainage (de mobiliteit is soms bemoeilijkt door omvang van het oedeem en gewichtstoename). Immobilititeit leidt tot chronische lymfestasis.
- arm in 'collar 'n cuff'
- in rust: lidmaat in hoogstand.
- massage
- omtrek van het oedemateus lichaamsdeel meten
- tijdelijk diuretica en/of steroïden

### **8. PSYCHO-SOCIALE ASPECTEN:**

#### 8.1 Stress en depressie: Sociale isolatie door aspect van de wond

Door verminking van het zelfbeeld

Door angst voor onzekere toekomst (recidieven).

Zo nodig: gespecialiseerde psychologische begeleiding

Agressie toelaten en bespreken met familie

Privacy verzekeren

Een goede verbandkeuze zal de psychisch zwaar belaste patient niet extra belasten. Het verband moet daarom

zo lang mogelijk ter plaatse kunnen blijven.

#### 8.2 ANGST:

- rustige sfeer scheppen
- afleidingsgesprek houden
- bij voorkeur steeds eenzelfde verpleegkundige
- geruststelling en zelfzekerheid uitstralen
- empathische benadering
- de patiënt degelijk informeren



## **9. CONTINUITEIT NAAR DE THUISZORG:**

### 9.1 Accenten leggen:

Zeker in de thuiszorg, zal de klemtoon liggen op het bevorderen en bewaren van een aanvaardbare kwaliteit van leven, waarbij comfort van de patiënt en stimuleren naar autonomie belangrijker zijn dan de strijd tegen een onafwendbaar levenseinde. De aandachtspunten van de wondzorg situeren zich op het vlak van pijn, geur en exsudaatbeheersing.

### 9.2 Individuele aanpak:

De leefwereld en de sociale omstandigheden zijn bij alle patiënten verschillend. Om een goed wondbeleid te voeren, moet men van deze verscheidenheid bewust zijn en ermee rekening houden. Zo heeft men elke woning en bij elke familie niet evenveel praktische en financiële mogelijkheden, een kamer in te richten, teneinde het comfort van de patiënt te verbeteren.

### 9.3 Autonomie nastreven:

Hoe ver de patiënt ook gevorderd is in zijn ziekteproces; steeds moet getracht worden, hem te stimuleren tot autonomie. Hoe moeilijk het ook is, het zelf kunnen opstaan, eten, drinken, naar het toilet gaan, is voor de patiënt een gegeven om zich recht te houden. Hem alles uit handen nemen kan zijn angst en depressie enkel nog doen toenemen. Vele handelingen en activiteiten kunnen sneller en efficiënter door de partner of de zorgverstrekker uitgevoerd worden. Voor de patiënt is een minieme dosis zelfzorg soms het draadje waar hij zich aan vasthecht, om zijn gevoel van eigenwaarde te kunnen bevestigen. Wanneer we hem dat uit handen nemen, negeren we een der belangrijkste basisprincipes van professionele verpleegkunde.

### 9.4 Palliatieve thuiszorg:

De laatste jaren zien we een toename van het aantal terminale patiënten die ervoor kiezen thuis verzorgd te worden. Het is ook maar normaal dat mensen die in het ziekenhuis geen kans op genezing of verbetering kunnen verwachten, in hun eigen omgeving in bijzijn van familie hun laatste dagen kunnen doorbrengen en er ook sterven. Meer en meer zien we in de thuiszorg 'palliatieve support-teams' verschijnen die de patiënt het respect, de zorg en de begeleiding geven waar hij tijdens zijn laatste levensfase recht op heeft.

Het kost heel wat energie en overleg om de patiënt in de thuissituatie te kunnen verzorgen. Een gestructureerde aanpak van de overdracht van het ziekenhuis naar de thuiszorg is dan ook van groot belang. Een multidisciplinaire aanpak is noodzakelijk om het beleid in goede banen te houden. In elk geval moet de patiënt centraal staan bij het nemen van beslissingen. Zijn partner en familie, de verpleegkundige en de huisarts

vormen een team dat steeds ter beschikking blijft.

Een sociaal werker kan ondersteunende hulp (bvb: warme maaltijden, poetsdienst en familiehulp) organiseren om de familie niet te laten overbelasten. Tevens kan deze raad geven en daadwerkelijke hulp bieden bij het invullen en aanvragen van administratieve formaliteiten naar werkgever, mutualiteit, enz.

In de thuissituatie is patiënttoewijzing aan één en dezelfde verpleegkundige een voordeel als het gaat om het opvolgen van de wondzorg. Het inschatten van een verandering van een wondbeeld aan de hand van een wondevaluatieblad is niet vanzelfsprekend. Wanneer op dat moment een nieuwe verbandkeuze moet gemaakt worden, is de verpleegkundige die de wond door en door kent het best geplaatst. Veel meer dan de huisarts, die de wondevolutie meestal van op afstand volgt.

Waardevoller is het 'Buddy-systeem', waarbij twee in plaats van één verpleegkundigen de patiënt volgen. Samen kunnen zij tot een creatief wondzorgbeleid komen. Een tweede voordeel is dat zij elkaar kunnen bevestigen en ondersteunen in de veeleisende begeleiding van de patiënt.

#### 9.5 Wondevaluatieblad

Om de continuïteit naar de thuiszorg te optimaliseren is bij oncologische wondzorg het gebruik van een goed uitgewerkt evaluatieblad ook in de thuiszorg meer dan ooit noodzakelijk.

#### 9.6 Familiekring betrekken in de zorg:

De partner en familie moet voortdurend gemotiveerd worden. Het ziekteproces duurt soms maanden tot jaren, waardoor de omgeving de situatie soms moeilijk aankan.

Het is belangrijk steeds correcte informatie te verschaffen over materiaal en verzorgingstechnische aspecten.

Het inschakelen van dienstbaarheid uit de omgeving helpt bij het verwerken van hun rouwproces. Hen alles uit handen nemen zou daarom een foute beslissing zijn.

Toch moeten we vooraf de mogelijkheid van zorgverlening door partner en familie goed trachten in te schatten. (tijdinvestering, I.Q., psychische draagkracht, ...). Omdat we hen enkel een aantal kleine opdrachten kunnen geven, mogen we in geen geval de eindverantwoordelijkheid aan hen toevertrouwen.

#### 9.7 Bed-side overleg:

Soms wordt de thuiszorg pas ingeschakeld als de omgeving de situatie niet meer aankan. Wij zijn ervan overtuigd dat thuiszorg vroegtijdig dient besproken te worden.

Zeker bij de complexe oncologische wondzorg moet bed-side overleg een

vanzelfsprekend onderdeel zijn in het beleid van continuïteit in zorgverlening. Minstens enkele dagen voor ontslag uit het ziekenhuis moet de thuiszorg uitgenodigd worden om kennis te maken met de patiënt.

De verpleegkundige zorgverlening intra- en extramuraal moet op elkaar afgestemd worden en vooral niet tegenstrijdig zijn. Hierbij is een solide samenwerking essentieel, in een sfeer van wederzijds vertrouwen. De verpleegkundige uit het ziekenhuis moet zijn collega's van de thuiszorg alle mogelijkheden bieden de gezamenlijke opdracht optimaal te kunnen verder zetten, op het ogenblik van het ontslag uit het ziekenhuis. Een atmosfeer van rivaliteit om de beste zorg te willen bieden komt de patiënt niet ten goede. Pas wanneer ziekenhuiswerkers en thuisverpleegkundigen elkaar wederzijds erkennen als volwaardige collega's, met elk hun specifieke capaciteiten, zullen zij beiden hun doelstellingen kunnen waarmaken.

## **10. CASUSVOORSTELLING:**

Om de complexiteit van oncologische wondzorg toe te lichten, kan een praktijkstudie verhelderend zijn.

Een 77 jarige alleenwonende weduwe werd opgenomen op de spoedopname wegens een massieve maagbloeding, gepaard gaande met hematemesis.

Bij klinisch onderzoek stelden we tevens een uit de hand gelopen tumorale massa vast ter hoogte van de linker borst. Als gevolg hiervan ontstond een ulcererende kratervormige wond, waarbij zich een uitloper vormde naar de oksel toe. De wond verspreidde een door-dringende, walgelijke geur. Het verband was doordrenkt met deels bruin en deels geelgroen exsudaat.

Na biopsie beschreef de anatomopatholoog een invasief weinig tot plaatselijk matig gedifferentieerd ductulair adeno-carcinoma. CAT- scan en RX - thorax toonden geen afwijkingen. Echo lever was normaal en op de isotopen-botscan werden geen botletsels of meta's vastgesteld.

Vermoedelijk produceerden de gramnegatieve staven en anaëroben, de afschuwelijke geur. De bruine exsudaatkleur kwam door de voortdurende bloedingen, terwijl de geelgroene exsudaatkleur vermoedelijk door de *Proteus mirabilis* veroorzaakt werd.

Bijna twee jaar geleden ontdekte de patiënte een knobbeltje in de linker borst. Na enkele weken waren er meerdere voelbaar. Zij depte de huid 2 maal daags met jodiumtinctuur. Het aantal knobbeltjes zou dan verminderd zijn, doch enige tijd later verscheen een huiddefect dat snel uitbreiding nam. Door een extreme angst voor geneeskundig advies en behandeling, heeft zij nooit eerder over haar wond durven praten. Nooit durfde zij iemand in vertrouwen nemen om haar angst, uitzichtloosheid en machteloosheid te verwoorden.

In natuurwinkels bevoorradde zij zich met allerhande zalven en kruiden,

waarmee zij de wond twee maal daags mee verzorgde. Aangezien zij allergisch is voor kleefpleisters improviseerde zij een soort steunverband met behulp van oude onderkleding. Daarbij hield zij de linker arm steeds immobiel om de kompressen te fixeren.

De wondzorg die zij steeds alleen uitvoerde werd een full-time bezigheid. Als alleenwonende weduwe koos zij de ogenblikken uit om ongestoord en ongezien de wond te verzorgen. Vaak kon zij pas na middernacht gaan slapen, waardoor zij stilaan oververmoeid en uitgeput geraakte.

Verbazingwekkend, doch argumenterend voor haar gedragswijze is het feit dat zij steeds een lingeriezaak beheerde, waar ze tientallen vrouwen bemoedigde bij hun angst en onmacht na borstoperaties. Vele van die vrouwen zag zij heengaan ten gevolge van hun kwaal. Voor zichzelf besliste zij om bij een eventuele borstkanker, nooit een behandeling toe te laten. De angst voor het falen van de behandeling of het aanwakkeren van het kankerproces was telkens sterker dan de pijn en de sociale isolatie.

Als behandeling wordt haar een chirurgische ingreep en aanvullende radiotherapie voorgesteld. Na dagenlang aarzelen besliste zij samen met haar kinderen om enkel radiotherapie te laten starten.

De plotse confrontatie met deze problematische wond stelde de interne afdeling waar deze dame werd opgenomen voor een uitdaging met heel wat vraagtekens. Bij oncologische wondzorg is het hoogste streefdoel steeds het comfort van de patiënt te verbeteren. Pijncontrole en wondgeurcontrole zijn de voornaamste doelstellingen. In deze optiek worden vaak geur-neutraliserende verbanden op basis van geactiveerd koolstof aangewend. Door de hoge kostprijs en de beperkte absorptiecapaciteit zagen we in deze verbandkeuze geen gelukkige oplossing.

Eventueel zou een niet-adherent verband zoals een alginaat of een parafine-gaasverband samen met een secundair absorberend verband kunnen aangewend worden. Ook suikerpasta, bloedsuiker, kristalsuiker of honing kunnen een waardevolle oplossing bieden voor het geurprobleem. Frequentie verbandwisselingen zijn echter noodzakelijk om het osmotisch effect en de lage pH waarde in stand te houden. Nog een alternatief is het toepassen van een metronidazole gel die de geur kan helpen bestrijden. (bvb: (Flagyl<sup>®</sup>) 20 gr in Beeler basis ad 100 gram).

Deze verschillende procedures bieden echter geen schitterende oplossing aan het overvloedig wondvocht dat typerend is voor oncologische wonden. Om aan de doelstellingen tegemoet te komen zullen verbandwisselingen vaak 2 maal daags moeten gebeuren.

De grootste betrachting was een algemene comfortverbetering betreffende de quality of life. Hiervoor werd een reeks doelstellingen vooropgesteld :

- doeltreffende wondgeurcontrole
- confrontaties met de wond beperken

- pijn in de wond verminderen
- pijnloze verbandwisseling zonder verkleving
- eenvoudige en snelle verbandwisseling
- debris verwijderen en overtollig wondexsudaat opvangen
- lekkage van slecht ruikend exsudaat verhinderen
- ideaal wondmilieu nastreven voor mogelijke regeneratie van het huiddefekt
- wond beschermen om bloedingen te voorkomen
- economisch verantwoorde verbandkeuze
- arbeidsintensiteit verlagen door de frequentie van de verbandwisselingen te reduceren

Na overleg met de oncologe, de werkgroep wondzorg en de verpleegkundigen van de afdeling waar deze dame opgenomen was, hebben we volgende verbandkeuze voorop gesteld.

We spoelen de wond overvloedig met een fysiologische oplossing (250 ml). Door overvloedig onder druk spoelen met fysiologische oplossing wordt de wond gereinigd van debris, bloedstolsels en bacteriën. Op deze wijze brengen we geen beschadigingen toe aan het tere granulatieweefsel.

We raken de wond niet aan met deppers of kompressen om bloeding te vermijden.

Op de wondbodem wordt een laagje Aquacel<sup>®</sup> gebracht. Aquacel<sup>®</sup> is een synthetisch hydrofiel vezelverband dat in contact met wondexsudaat tot een gelverband omgevormd wordt.

Geen enkel verband heeft voldoende absorptiecapaciteit om met overvloedig wondexsudaat van dergelijke wonden tijdens 48 uren ter plaatse te blijven. Daarom plaatsen we aanvankelijk een wonddrainagesysteem om de frequentie van de pijnlijke verbandwisselingen te beperken. Op deze laag brengen we de geperforeerde drain van een Mini-set<sup>®</sup> Wonddrainagesysteem (Sterima). Vooraf knippen we de naald van de drainageset af. Het uiteinde van de drain plaatsen we op het laagst gelegen punt van de wond. Bovenop de drain plaatsen we opnieuw een laagje Aquacel<sup>®</sup>.

Het geheel sluiten we occlusief af met een halve Comfeel<sup>®</sup> plaat: 20 x 20 cm die we op de randen met Flexifix<sup>®</sup> bevestigen om elke lekkage onmogelijk te maken. Tenslotte sluiten we het accordeon-recipient aan op de drain.

Aanvankelijk kan de drain nog niet aanzuigen. Pas na ongeveer 12 uur, wanneer het Aquacel<sup>®</sup> verband en het Comfeel<sup>®</sup> verband beginnen te verzadigen, gaan we om de 4 uur het accordeon-recipient indrukken om een continu suctie te

onderhouden. Door ononderbroken suctie onder lage druk, voorkomen we vrije luchtruimten onder het hydrocolloïd verband.

Door de lage negatieve druk wordt het overtollig exsudaat opgezogen in het recipiënt. Tevens blijft de wond een matig vochtig milieu behouden, waardoor het wondhelingsproces bevorderd wordt. Door de beperking van het wondexsudaat in situ, ontstaat er geen maceratie van de wondranden. De drain zuigt nooit rechtstreeks op de wondbodem, waardoor geen bloeding veroorzaakt wordt. De perforaties van de drain kunnen niet verstoppert door de gelmassa van het Comfeel-verband: de drain is gescheiden van het hydrocolloïd verband door het Aquacel verband. De vezelstructuur van het Aquacel<sup>®</sup> verband zorgt ervoor dat de perforaties van de drain niet verstoppert, wat wel het geval is bij andere gelvormende verbanden zoals een alginaat- en een hydrocolloïdverband

Tijdens de verbandwisseling verspreid zich een sterk penetrerende geur. Het verstuiven van een geurabsorberende spray (Ecoclinic<sup>®</sup> - NaturCare) kan deze geur min of meer neutraliseren. Na het plaatsen van het verband wordt het verspreiden van de geur onmiddellijk beëindigd. Het occlusieve verband sluit de wond hermetisch af.

Dank zij deze techniek zijn we in staat het verband minstens drie dagen ter plaatse te laten. De wondzorg neemt relatief weinig tijd in beslag. De psychologische begeleiding is veel meer tijdrovend. Stilaan kreeg onze patiënte meer vertrouwen in de medische wereld. Soms uit ze haar spijt over het feit dat ze niet vlugger om hulp gevraagd heeft.

Het autolytisch effect van de Aquacel<sup>®</sup> verloopt enorm snel: na 16 dagen is de wond volledig rood geworden. Vanaf dit ogenblik is de hoeveelheid exsudaat drastisch verminderd. We zien een manifest granulerende wond, waarin geregeld spontane beperkte bloedingen optreden. Op dit ogenblik is de afschuwelijke geur tijdens de verbandwisselingen volledig verdwenen.

Vermits het wondexsudaat gereduceerd is tot een matig aanvaardbare kwantiteit zijn we in staat na drie weken te stoppen met het plaatsen van het wond-drainagesysteem met 'accordeondrain'. Op dat ogenblik plaatsen we enkel een Aquacel<sup>®</sup> verband in combinatie met een Comfeel<sup>®</sup> verband.

Op dat moment zijn wondoppervlakte en diepte aanzienlijk afgenomen. Het littekenweefsel op de wondranden vertoont wel een zeer onregelmatig, hobbelig aspect.

Met deze creatieve verbandmethode zijn we in ons opzet geslaagd, de frequentie van de wondzorg te beperken. In plaats van 14 complexe verzorgingen per week die Mevrouw gedurende 1,5 jaar uitvoerde, zijn nog slechts 2 verzorgingen per week vereist.

Met behulp van het drainagesysteem onder lage druk, kon het overtollig wondexsudaat reeds bij de eerste verbandwisseling gedurende meerdere dagen onderdrukt worden. Mede dank zij deze verzorgingsmethode kwam de wondgeur

volledig onder controle.

De verbandkeuze en de non-touch techniek bij de wondspoeling liet een snelle en vrijwel pijnloze verbandwisseling toe.

De graad van wondheling die bereikt werd, rekening houdend met de aetiologie en de behandeling ervan, was verrassend. Binnen een tijdspanne van drie weken zijn wondoppervlakte en wonddiepte duidelijk gereduceerd. De oplossing voor de problematische wondzorg biedt de patiënte mogelijkheden tot sociale integratie, waardoor haar quality of life uitgesproken verbeterde.

Ongetwijfeld zou een andere wondzorgbeleid tot een even bevredigend resultaat kunnen geleid hebben. Belangrijk is dat het interdisciplinair overleggen van oncologische wondproblematiek goed gestructureerd kan geleid worden.

Na veelvuldige gesprekken ging de patiënte akkoord met de voorgestelde ingreep tot borstampuatie en okseluitruiming. Deze ingreep werd uitgevoerd na het beëindigen van de radiotherapeutische behandeling. We weten dat de wondregeneratie in een bestralingsveld soms moeilijk verloopt. We waren dan ook niet verrast door het ontstaan van een fistel in het geopereerde wondgebied. Dank zij de toegewijde zorgverstrekking van de thuisverpleegkundigen is dit probleem na enkele maanden opgelost. De patiënte heeft nu eindelijk rust gevonden waar zij op haar leeftijd recht op heeft. Spijtig genoeg kent slechts een minderheid van de oncologische wonden een happy-end zoals bij de voorgestelde case-study. Dikwijls is oncologische wondzorg als vechten tegen windmolens, en komen patiënt en zijn omgeving van de ene in de andere tegenslag terecht.

## **11. BESLUIT:**

Ulcererende carcinomen grijpen diep in op kwaliteit van leven bij de terminale kankerpatiënt. De zieke wordt dag in, dag uit, genadeloos geconfronteerd met zijn kwaal, omdat deze daadwerkelijk zichtbaar geworden is. Dikwijls is de wond ‘een wond voor het leven’, waarbij de aandacht voor sociale en intermenselijke contacten verdrongen worden.

Oncologische wondzorg wordt vaak stiefmoederlijk behandeld, ‘alsof er een reukje aan is’. Hoewel het profiel van de oncologieverpleegkundige duidelijk omschreven wordt, merken we dat oncologische wondzorg nog maar weinig of geen aandacht krijgt. Uiteraard zijn kennis van chemotherapie, radiotherapie,

palliatieve zorgverlening en communicatievaardigheden basisvereisten bij de oncologieverpleegkundige. Wondzorg is slechts een uitzonderlijk deelaspect van de patiëntenzorg. Slechts zelden verschijnen publikaties over oncologische wondzorg in tijdschriften voor oncologische verpleging.

Gezien oncologische wondzorg zich hoofdzakelijk situeert op oncologische afdelingen en in de thuiszorg, is het noodzakelijk de bijscholing op deze terreinen toe te spitsen. Een basiskennis omtrent de etiologie van kankerwonden is noodzakelijk om een adequaat wondzorgbeleid te kunnen uitwerken.

Hoewel wondzorg niet frequent voorkomt, waardoor de interesse en de kennis op vlak van wondzorg op de achtergrond ligt, kan de wondzorgproblematiek bij deze patiëntengroep bijzonder complex zijn. Dit maakt dat het multidisciplinair samenwerken zowel intra- als extramuraal essentieel is. Door de multidisciplinaire aanpak worden de verpleegkundigen gedwongen te overleggen, waardoor zij de bekommernis met anderen kunnen delen en zij gemakkelijker afstand kunnen nemen van de zwaar belastende situatie.

De doelstelling bij oncologische wondzorg situeert zich hoofdzakelijk op het terrein van comfort op vlak van pijn- en geurbestrijding, waarbij sterk exsudatieve wonden soms enorme verzorgingsproblemen geven.

Bij elke verbandwisseling is een degelijke wondevaluatie noodzakelijk om de verzorging en het patiëntencomfort in de goede richting te kunnen leiden. Door de grote individuele verscheidenheid is het niet mogelijk standaardoplossingen voor te stellen. Oncologische wondzorg zal daarom steeds een uitdaging betekenen voor de verpleegkundigen.

Soms zullen de kosten van verbandmaterialen oplopen door een gemis aan financiële tegemoetkomingen. Een behoorlijke kennis omtrent deze verbandmaterialen kan deze kosten aanzienlijk inperken.

We houden steeds voor ogen dat al onze inspanningen en high-tech materialen de patiënt in staat moeten stellen om menswaardig te blijven leven tot het levenseinde zijn aangebroken is.

## **BIBLIOGRAFIE:**

Janssen G, Gerritsma T, Noyen J, Torny M en Vriend I: 'Oncologische Wonden' in: WCS - Wondenboek; Leiden, 1997.

Mueller Vicki, Earhart Kathryn, Denise Murray: 'Fungating malignant tumors: a new treatment for odor and drainage containment': may, 1998.

Nauschütt G.: Aktivkohle-Verband zur Behandlung von infizierten Wunden; Hannover, 1992.

Winter G: 'Formation of the scab and the rate of epithelization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig' in: Nature, 1962.



Vandeputte Jan: 'Complexe chronische wonden in de thuiszorg: Overzicht van de literatuur inzake wondverbanden' in V&G nrs 4 en 5 1993.

Rouanet P., Blacher I.: 'Les Plaies Cancéreuses': Montpellier, 1998.

Kordylewska: 'Breast carcinoma produces a wound which will never heal' in: 'The wound programme', Dundee - Scotland, 1992.

Smets G. 'De bereiding en toediening van cytostatica' in: 'Dossier Cytostatica' (VVRO)

De Leeuw D.: 'Oncologische ulcera; het leed verzachten' in: Nursing 97 juli

Vandevelde G: 'Behandeling van huidreacties na radiotherapie' in: 'Oncology Nurses' n° 3, 1998.

Noyen J.: 'Wondverzorging bij tumorulceraties' in: WCS Nieuws jaargang 14 nr 2. 1998