



WONDBED PREPARATIE

 Een klinisch concept van **smith&nephew**

Congresverslag

Nationaal Wondbed Preparatie Congres
Donderdag 8 juni 2006, Congrescentrum Orpheus te Apeldoorn

Het 1^e Nationaal Wondbed Preparatie Congres

Het 1^e Nationaal Wondbed Preparatie Congres vond plaats op 8 juni 2006. Honderden verpleegkundigen en artsen togen ervoor naar het Orpheus congrescentrum in Apeldoorn. Na een plenair gedeelte volgde een apart programma voor verpleegkundigen en voor artsen. Daarna volgde weer een plenaire sessie ter afsluiting.

Dr. F.B. Niessen, plastisch chirurg bij het VU Medisch Centrum in Amsterdam, heette de deelnemers welkom en trad op als voorzitter voor de plenaire sessies. De eerste sprekers waren: Prof. Dr. G. Schultz van de Universiteit van Florida en Prof. Dr. W. Vanscheidt, Dermatoloog, Fleboloog en Allergoloog uit Freiburg. Zij publiceerden als eersten over de systematische aanpak van wondbed preparatie in *"Wound Repair and Regeneration"*.



Plenair programma

Prof. G.S. Schultz Ph.D. bood een overzicht van de wetenschappelijke kennis op het gebied van de wondbed preparatie. Hij schetste moleculaire en cellulaire verschillen in de preparatie en genezing van wonden. Bij acute wonden is er sprake van vier fasen: hemostase, inflammatie, herstel en remodelering. Tijdens de inflammatiefase worden bacteriën actief afgestoten en wordt de wond klaargemaakt voor herstel. Als de inflammatie binnen de perken blijft, is dit gunstig voor de genezing. Er worden micro-organismen gevormd die nodig zijn voor de angiogenese. Ze zorgen voor een contractie van de wond. Daarna volgt epitheelmigratie en een voorlopige genezing. Professor Schultz vergeleek dit proces met de restauratie van een muur. De muur wordt afgebroken, de stenen worden schoongemaakt en daarna opnieuw gebruikt voor de herstel. Soms is er echter sprake van een pathologisch proces, waarbij de genezing op een bepaald punt stagneert. Dit kan vergeleken worden met een wip met aan de ene kant een acute wond met een normale genezing en aan de andere kant een chronische wond. Het is een continuüm met ergens in het midden een omslagpunt. De basiseigenschappen van een acute 'normale' wond en de chronische wond zijn tegengesteld. Bij de chronische pathologische wond is sprake van een verlengde en uitgebreide ontsteking. Het evenwicht tussen proteasen en inhibitoren is verstoord. Er worden meer cytokinen gevormd en meer groeifactoren vernietigd. Dankzij de toepassing van de kernprincipes van het TIME-model kunnen we dit pathologisch proces ombuigen en de barrières voor genezing opheffen.

Prof. Dr. Med. W. Vanscheidt ging verder in op het TIME-model: een exacte en systematische benadering, die is opgesteld door de *"International Advisory Board on Wound Bed Preparation"* en die als standaardprotocol ingevoerd kan worden.

TIME bestaat uit vier elementen:

De **T** staat voor Tissue, het weefsel: is er sprake van vitaal weefsel? Of van necrose?
De **I** staat voor Infectie: is er sprake van een infectie of gaat het om inflammatie?
De **M** staat voor Moisture, de vocht(on)balans.
En de **E** staat voor Edge, de wondrand: is er sprake van niet-sluitende of ondermijnde wondranden?

Door alle vier de elementen door te lopen, kan men de ernst van de pathologie inschatten. Bovendien kan men dezelfde systematiek toepassen bij de behandeling. De introductie van het TIME-model omvat een overgang van geloof naar kennis. De invloed van subjectieve factoren wordt kleiner en wondbed preparatie wordt een 'evidence-based' deskundigheid.

Na de bijdragen van de buitenlandse gasten confronteerde Drs. M.J. Lubbers, Algemeen Chirurg en Intensivist bij het AMC, ons met de vraag wat de meerwaarde is van de TIME-benadering en meer specifiek in de Nederlandse situatie. Volgens Drs. Lubbers faalt de behandeling van een chronische wond vaak, omdat teveel uitgegaan wordt van het genezingsproces van een acute wond. Het probleem is dat de chronische wond zich niet houdt aan deze principes. Wondzorg en -management worden nog niet erkend als specialisme, maar een multidisciplinaire aanpak op dit gebied is zeker nodig. In Nederland wordt bij ontwikkelingen in de zorg ook meteen de vraag gesteld: wat gaat dat kosten? Willen we de overheid overtuigen van de noodzaak om wondbehandeling verder te professionaliseren dan moeten we met harde feiten komen. Op dit moment schat men dat de wondzorgkosten € 1,5 miljard per jaar bedragen. In de EU lijden circa zeven miljoen mensen aan chronische wonden. Decubitus is momenteel de vierde ziekte uit kosten oogpunt voor de zorg. Eigenlijk zou ieder ziekenhuis in Nederland een decubitusteam moeten hebben dat systematisch de aard en frequentie van chronische wonden registreert en deze op een 'evidence-based' wijze behandelt. Het TIME-model is daar uitermate geschikt voor. Een systematische aanpak van wondbed preparatie door middel van TIME kan de kosten van wondbehandeling met 50% reduceren!

Specialisten programma

Hierna scheidden de artsen zich af van de verpleegkundigen en gingen verder met het specialistische gedeelte van het congres in de Hanoszaal. Dr. Niessen hield weer een korte inleiding en begon de sessies met drie vragen waarop direct via een interactief stelsysteem geantwoord kon worden. De resultaten werden direct in beeld gebracht en daaruit bleek dat het publiek vooral uit chirurgen, plastisch chirurgen, dermatologen en verpleeghuisartsen bestond. Vijfentachtig procent van deze artsen was bekend met wondbed preparatie en TIME werd door 25% altijd en nog eens 43% alleen bij moeilijke wonden toegepast. Voor elke specialistische voordracht werden twee kennisvragen gesteld om het publiek scherp te houden en te focussen op het onderwerp.

Vervolgens ging Professor Schultz opnieuw en nu dieper in op het onderwerp "Moleculaire en cellulaire verschillen bij genezing en chronische wonden - de basis voor wondbed preparatie." Allereerst bedankte hij Smith & Nephew voor deze buitenkans om kennis te delen en collega's te ontmoeten. Daarna vertelde hij kort over de zeven fasen van de chronische wondgenezing: hemostase, vaatresponse, ontsteking, littekenvorming, epitheelgenezing, contractie en litteken re-modellering. Toen werden de diverse groeifactoren behandeld zoals de transforming growth factor (TGF), waarvan tot nu toe drie typen zijn ontdekt, tevens de platelet derived growth factor (PDGF) en als meest recent ontdekte telg in deze familie de connective tissue growth factor (CTGF). Hij demonstreerde schematisch hoe lastig het is om nieuwe collageenvezels te vormen in de bestaande structuur. Tevens noemde hij de cytokinen waarvan sommige pro-inflammatoir werken en andere juist een anti-inflammatoir effect hebben en de vele andere weefselfactoren die een rol spelen bij de wondgenezing: de tumor necrose factor (TNF), de leukotriënen en de matrix metalloproteïnases (MMPs). Ook werden angiogenese en epitheelmigratie besproken, en een lijst van MMPs, TIMPs (Tissue Inhibitor of Metalloproteinases) en ADAMs (A Disintegrin And Metalloproteinase) getoond. Recent is duidelijk geworden dat MMP-9 mogelijk voorspellende waarde heeft voor de genezingsstendens en dat TNF-alfa convertend enzym (TACE) wellicht bruikbaar is om verhoogde niveaus van cytokinen te reguleren.

Hoewel er diverse typen chronische wonden zijn, blijken er meer overeenkomsten dan verschillen te bestaan. Zo blijken alle chronische wonden veel verouderende cellen (senescent cells) te hebben en blijkt het mislukken van diverse cellulaire en biochemische mechanismen (off-target effects) een belangrijke oorzaak voor het niet genezen van wonden te zijn. Met name bij chronische veneuze ulcera bestaan vaak hoge niveaus van TNF-alfa en interleukine-1. De verhouding tussen MMP-9 en zijn inhibitor TIMP-1 blijkt omgekeerd evenredig met de genezingskans. Hoe hoger de waarde des te lager de kans. Recent is gevonden dat fibronectine vaak afwezig is in de basis van chronische veneuze ulcera, en daar na toevoeging ook direct weer wordt vernietigd. Ook de receptoren voor groeifactoren zijn vaak verdwenen in niet-genezende wonden. Tevens blijkt de mitogene activiteit in chronische wonden duidelijk verlaagd in vergelijking met genezende wonden.

Professor Schultz had zoveel gedetailleerde kennis over de materie en wist er met zoveel enthousiasme over te spreken dat het een klein wonder was dat hij slechts elf minuten uitliep.

De tweede voordracht was van Professor Vanscheidt en ging over TIME, de wetenschappelijke principes en implementatie in de dagelijkse praktijk. Hij hield een boeiend verhaal over de praktische aspecten van wondbed preparatie en TIME en illustreerde zijn stellingen met veel voorbeelden uit de praktijk. TIME dient dus altijd toegepast te worden en is essentieel om de meeste geschikte methode van behandeling te kiezen. Het is dus van groot belang te kijken wat er op een bepaald moment op de voorgrond staat. Een wonduitstrijk of -kweek is meestal niet zinvol en zegt meer over het ziekenhuis dan over de patiënt. En hoe bepaalt men de wondvochtigheid? Is er een meetmethode? Het belangrijkste diagnosticum is de wondbedekking en het verband. En hoe vaak komt het niet voor dat dit wordt weggegooid wanneer de verpleging de patiënten voorbereidt voor de grote visite terwijl de patiënt vaak pas tijden later wordt bekeken. En hoe beoordeelt men weefsel atrofie? Debridement van de wond wordt in veel gevallen onvoldoende (vaak) verricht en is juist essentieel en dient herhaald te worden aangezien necrotisch weefsel continue wordt geproduceerd. Als een methode van debridement na drie weken niet aanslaat, probeer dan iets anders.

Hij noemde twee mythes waar in brede kring nog steeds geloof aan gehecht wordt: dat zwarte necrose niet chirurgisch aangepakt mag worden en dat chirurgische debridement te gevaarlijk is wanneer de patiënt coumarinepreparaten gebruikt.

Vanscheidt vertelde dat hij enige jaren geleden het biologisch debridement (met larven) geïntroduceerd heeft in Duitsland en dat daar inmiddels 2000 gebruikers van deze techniek zijn. Hij gaf ook nog een paar tips: zoek bij infectie naar alcoholmisbruik, roken en depressie en zorg bij chemisch debridement (met hypochloriet) voor voldoende warmte. De klassieke kenmerken van infectie (rubor, calor, dolor, tumor



Dr. F.B. Niessen, Plastisch Chirurg
VU Medisch Centrum Amsterdam



Voorzitter Dr. F.B. Niessen leidde de plenaire
sessies en het specialisten programma



Prof. G.S. Schultz, Ph.D.,
University of Florida, USA



Prof. Dr. Med. W. Vanscheidt, Dermatologist
Phlebologist Allergologist, Freiburg, Germany



Dr. E. Middelkoop, Directeur
VSBN en ADBC

en functio laesa) gaan niet op voor chronische wonden. Lokale antimicrobiële middelen zouden de genezing belemmeren via remming van de celgroei. Maar feitelijk is hiervoor geen bewijs te vinden in de literatuur.

Nanokristallijn zilver (zoals in ACTICOAT[®]) lijkt veelbelovend als antimicrobieel middel maar er is nog te weinig onderzoek om hier volledig zeker over te kunnen zijn. Compressie blijft een belangrijk punt bij chronische veneuze ulcera, maar weten we precies welke druk we lokaal aanbrengen? Nee, dat weten we nog niet, dus dat dient onderzocht te worden. Hij besloot met de conclusie dat het hoog tijd is voor Clinical Guided Trials (CGTs).

Daarna ging Dr. Niessen in op de vraag: hoe acuut is een chronische wond? Op een vlotte manier vertelde hij, enigszins onder tijdsdruk, over de rol van de diverse cellen in elke specifieke fase van de wondgenezing en dat bij elke fase ook een specifieke cel domineert. Hij stelde dat reeds vanaf het begin van een wond de wondgenezing gevaar loopt vanwege de vele bedreigende factoren en noemde de kenmerken van de diverse typen chronische wonden. Ook vertelde hij over een recent onderzoek waarbij gevonden was dat trombocyten, die na de eerste fase feitelijk geen rol lijken te spelen in de wondgenezing, toch van belang blijken te zijn gezien de vinding dat wondgenezing na drie maanden beduidend slechter is wanneer de patiënt aan de hart-longmachine heeft gelegen. Zijn advies was: wees snel, voor de wond te groot of chronisch is.

De laatste voordracht voor de lunch was "Burns in TIME". Dr. E. Middelkoop, Directeur van de Association of Dutch Burn Centres en de Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra, vertelde over haar ervaringen met het behandelen van brandwonden volgens het TIME model. Hoewel brandwonden uiteraard in een aantal specifieke aspecten verschillen van andere chronische wonden blijken er ook veel overeenkomsten te zijn en zijn de principes feitelijk hetzelfde. Zij behandelde de vele manieren van wondbedpreparatie, waaronder de VERSAJET[®] die met behulp van waterdruk mechanisch reinigt. Ook TNP (Topical Negative Pressure) is soms nuttig vanwege een weefselsparend effect. Essentieel voor TIME is continue revaluatie.

Het blijkt dat in Nederland relatief veel lokaal-antimicrobiële middelen gebruikt worden. Het fenomeen hypergranulatie, wat gebruikelijk ontstaat ten gevolge van een vreemd lichaam reactie of van bacteriële infectie, leidt tot uitgesproken littekenvorming en vereist dus optimale behandeling. Een snelle sluiting van de wond dient dan gestimuleerd te worden en soms zijn corticosteroïden bruikbaar. Haar slotconclusie was: geen enkele wondbedekking is overal en altijd geschikt, dus blijven kijken en revaluatie is cruciaal.

Als eind van het ochtendprogramma vond een korte paneldiscussie plaats en werden door diverse deelnemers vragen gesteld die door de sprekers adequaat beantwoord werden.

Na de middagpauze hield Dr. K. Bosscha, Algemeen Chirurg uit het Jeroen Bosch Ziekenhuis te 's-Hertogenbosch, een voordracht over "Surgery on TIME", waarbij hij inderdaad benadrukte dat debridement via chirurgie snel en voor grote oppervlakten bruikbaar is. Daarnaast besprak hij de redenen om niet-levensvatbaar weefsel zo snel mogelijk te verwijderen en welke methoden hiervoor bruikbaar zijn: chirurgisch, enzymatisch, autolytisch, biologisch en mechanisch, waarbij elke methode specifieke voor- en nadelen heeft. Hij illustreerde dit met behulp van veel beeldmateriaal en benadrukte het belang om dit zo vaak mogelijk te doen: zodra er dood weefsel in het wondbed is kan debridement verricht worden. Elke necrose bemoeilijkt het adequaat beoordelen van de wond en bevordert bacteriële groei. Daarnaast vormt necrose een fysieke barrière voor genezing en kan het een beginnende infectie maskeren. De twee meest gebruikte enzymatische methoden maken gebruik van een trypsine-collagenase mengsel of een papaïne-ureum preparaat. Autolytisch debridement gaat in principe spontaan maar kan bevorderd worden met hydrogel. Biologisch debridement met larven is in opkomst en geeft goede resultaten. Als mechanische methoden werden de wondirrigatie, de bubbelbadmethode, hydrochirurgie en de wet-to-dry methode behandeld. Over deze laatste bestaat discussie of droge dan wel natte verwijdering dient plaats te vinden. Dr. Bosscha hield het op natte verwijdering.

Daarna behandelde Drs. M.J. Lubbers het onderwerp wondinfecties. Hij ging in op de vele aspecten van de I van TIME, waarbij de I niet alleen voor 'inflammation' maar ook voor 'infection' en zelfs voor 'ischemia' staat. Basis van elke infectie is de onbalans tussen pathogenen en de afweer ter plaatse. Er bestaan vele systemen om wonden te beoordelen op infecties, maar de basis ervan blijft klinisch. Een belangrijke parameter is het toenemen van pijn. In het algemeen is kweken van weinig belang, tenzij een specifiek micro-organisme of bacterie aangetoond moet worden. Preventie van wondinfecties begint al weken voor een operatie met het stoppen met roken. Maar ook kort voor de operatie kunnen diverse maatregelen



Voor elke presentatie werd het publiek diverse vragen gesteld. De antwoorden werden tijdens de discussieronde besproken.



Dr. K. Bosscha, Algemeen Chirurg
Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch



Drs. M.J. Lubbers, Algemeen Chirurg - Intensivist,
Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

preventief werken zoals niet scheren van het operatiegebied, een éénmalige intraveneuze dosis antibiotica en het vermijden van afkoeling, hetgeen ook pre-operatief van belang is. Belangrijk is ook een korte operatie- en opnameduur want verkorting hiervan kan het optreden van infecties, met name door multiresistente stafylokokken verminderen. Nederland wordt namelijk steeds meer een eiland wat betreft het voorkomen van bacteriële resistentie en ook hier zal resistentie steeds meer gaan voorkomen. Een logisch alternatief is dan lokale antibacteriële therapie en iodine, zilver, honing en ook biologische therapie met larven lijken hier veel-belovend. Maar bewezen is er nog niets, volgens hem. En ondanks alle preventieve maatregelen komen wondinfecties toch voor bij 10-15% van de operaties.

Als derde spreker van de middag ging Dr. D.T. Ubbink, Research Coördinator uit het AMC, in op de M van Moisture in TIME, het aspect wondvocht. Alle vochtsecreties volgen de wet van Starling, waarbij vocht-uittrekking via de capillaire druk en de permeabiliteit van de extracellulaire matrix in evenwicht staat met de oncotische druk in de bloedbaan. Is dit evenwicht verstoord dan treedt teveel of te weinig vocht uit de bloedbaan het weefsel in. Er bestaan vele algemene redenen voor een vochtbalans, zoals bloeddruk, hydratatiestoestand, hoeveelheden elektrolyten en plasma-eiwitten. Teveel vocht (veroorzaakt door de infectie) verergert de infectie; tevens kan teveel vocht maceratie van de wondranden tot gevolg hebben. Te weinig vocht vertraagt de wondgenezing veelal. In het dierenrijk is het likken van wonden feitelijk de enige manier van wondverzorging. Bij de mens gaat dit tegenwoordig zowel via algemene behandeling, van alle bestaande ziektes en afwijkingen, als met lokale behandeling middels wondbed preparatie. Vochtregulering wordt bereikt door debridement, schoonmaken en zo nodig absorberen van vocht. Er bestaan vele soorten wondbedekking die in meer of mindere mate vochtabsorberend zijn, toepassing hiervan is afhankelijk van de wondsituatie. Bestaan er al harde bewijzen dat sommige wondbedekkers beter zijn dan andere? Er zijn wel wat literatuurgegevens maar er is nog veel niet bewezen. Slotconclusie van deze inspirerende voordracht was dat teamwork tussen alle behandelaars, verpleegkundigen en verzorgenden hier belangrijk en nood-zakelijk is om tot een optimale behandeling te komen.

Dr. J.R. Mekkes, Dermatoloog Chef de Clinique ook uit het AMC, besloot tenslotte de serie voordrachten met een behandeling van de Edge uit TIME. Ofwel, hoe epithelialisatie vanuit de wondrand te bevorderen? Gezonde huid kan per dag een millimeter groeien. Deze groei kan bevorderd worden door te zorgen voor een optimaal wondbed. Goed doorbloed, schoon, geen infectie en door het bestrijden van belemmerende factoren zoals callus, hyperkeratose en korsten. Ook hypergranulatie dient vermeden te worden. Bevordering van epithelialisatie kan ook door middel van transplantaten, en diverse menselijke en kunstmatige materialen zijn hiervoor bruikbaar. Tevens zijn groeifactoren toepasbaar, zoals EGF en KGF (voor respectievelijk epidermis en keratinocyten). Epithelialisatie is vaak een sluitpost in de wondbegroting, want het voorafgaande weefselherstel vergt meer tijd. Autologe punchgrafts worden tegenwoordig vaker toegepast. Vacuümtherapie (TNP) alsook het aanbrengen van Apligraph (van gekweekte menselijke huidcellen) en het toepassen van een keratinocyten bevattende oplossing zijn nieuwe maar dure mogelijkheden. Verder onderzoek zal hier moeten uitwijzen of deze methoden een plaats verdienen in de behandeling en bij de preventie van chronische wonden.

Na deze kwalitatief hoogstaande presentaties werden er diverse vragen gesteld door het publiek en ontstond er een discussie over het gebruik van punchgrafts versus splitskin. Voor hyperbare zuurstof lijkt zelden meer een indicatie te zijn, alleen wanneer alle andere opties hebben gefaald is het een optie.



Dr. D.T. Ubbink, Research Coördinator
Academisch Medisch Centrum, Amsterdam



Dr. J.R. Mekkes, Dermatoloog Chef de Clinique,
Academisch Medisch Centrum, Amsterdam



Na de presentaties vond een korte paneldiscussie plaats en was er tijd voor vragen.



De vragen uit de zaal werden door de sprekers beantwoord.

Verpleegkundigen programma



H.A. Manning, Wondconsulent
Ziekenhuisgroep Twente, Almelo

De vier elementen van het TIME-model werden telkens gepresenteerd vanuit een theoretisch kader en vanuit de praktijk van de (wond-)verpleegkundige.

T H.A. Manning, Wondconsulent van de Ziekenhuisgroep Twente te Almelo, belichtte de theorie van de T, het weefsel. De vraag of er sprake is van vitaal weefsel of necrose is een complex probleem. Hij vindt het dan ook een goede zaak dat er steeds meer multidisciplinaire wondbehandelingsteams komen in ziekenhuizen, poliklinieken en huisartsenpraktijken. Daarbij gaat het niet alleen om de behandeling, maar vooral ook om de preventie. Hij stond ook uitgebreid stil bij de voor- en nadelen van debridement en gaf een aantal aanwijzingen om een adequate behandeling te kiezen. Specifieke keuzemomenten werden voor het voetlicht gebracht: chirurgisch of scherp debrideren? Enzymatisch debridement is geschikt voor zacht necrotisch weefsel. Mechanisch debridement, ofwel de 'wet-to-dry'-methode, waarbij men de wond laat indrogen met een verband er omheen en dan de necrose met één ruk samen met het verband verwijdert, is erg pijnlijk. In de USA wordt het regelmatig toegepast; in Nederland zelden. Een goed alternatief is irrigatie onder mechanische druk. De necrose wordt dan met een hoge snelheidsstraal van een zoutoplossing verwijderd. Ook biologisch debridement is weer in opkomst. Maden worden rechtstreeks op de wond aangebracht of in de vorm van een 'theezakje'. Het zakje is psychisch minder belastend, maar minder effectief omdat de maden minder snel kunnen groeien. Maden zijn ook geïndiceerd als de patiënt een chirurgische ingreep niet aankan. Het kan in de thuissituatie worden toegepast, maar het vereist wel de nodige deskundigheid.



J.T. Zeilstra, Wondconsulent & Coördinator
UMCG wondteam, Universitair Medisch Centrum
Groningen

J.T. Zeilstra, Wondconsulent en Coördinator UMCG wondteam te Groningen, ging verder in op de praktijk van de behandeling van necrotisch weefsel door middel van casuïstiek. Zij benadrukte dat de T slechts het Topje van de ijsberg is. Als de onderliggende oorzaak niet wordt onderzocht en behandeld, blijft het dweilen met de kraan open. Ook wist zij ons ervan te overtuigen dat wondzorg staat of valt met een multidisciplinaire aanpak en een systematische verslaglegging.

Hierna volgde een geanimeerde discussie. De madentherapie sprak zeer tot de verbeelding en riep de nodige vragen op. Een cruciaal punt was: niet de wondrand, maar de patiënt is 'the Edge'. Men moet verder kijken dan de wond. De onderliggende oorzaak is belangrijk, maar individuele kenmerken van de patiënt en zijn voorkeur voor een behandeling zijn dat zeker ook. Bij iedere keuze is de kwaliteit van leven in het geding. Verder kwam naar voren dat de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen soms te wensen over laat. De indruk bestond dat dit met name in de thuiszorg het geval was. In het ziekenhuis laten artsen de keuze voor materialen meestal over aan de wondconsulent. Verder werd gevraagd hoe het TIME-model zich verhoudt tot het WCS-model. Beide modellen staan los van elkaar. TIME is meer gericht op behandeling en WCS meer op de keuze van het materiaal.



Drs. A.A.L.M. Rondas (voorzitter verpleegkundigen
programma) Verpleeghuisarts, Verpleeghuis
Schuttershof GOZL, Brunssum

De I van Infectie werd theoretisch benaderd door Drs. A.A.L.M. Rondas, Verpleeghuisarts in Verpleeghuis Schuttershof te Brunssum en vanuit de praktijk door W. Ruigrok van der Werven, MA, Nurse practitioner in het Albert Schweitzer Ziekenhuis te Zwijndrecht. Drs. Rondas wees ons erop dat de vraag of bacteriën zullen leiden tot inflammatie of tot een infectie mede bepaald wordt door de gastheer. Een infectie is geen welles-nietes kwestie: er bestaat een continuüm gaande van de aanwezigheid van een bacterie via besmetting tot een uitgebreide infectie. Het aantal bacteriën tellen is geen goed criterium, want de ene bacterie is de andere niet. Eigenlijk geldt voor elke wond een andere criterialijst. Op basis van de zogenaamde Delphi-studie waaraan 52 experts uit verschillende landen meewerkten, publiceerden *Cutting e.a. (2005)* een 'evidence-based' criterialijst. Op grond daarvan kunnen we een aantal 'harde' criteria (d.w.z. dat dit zeer vaak voorkomt bij een infectie) onderscheiden. Dat wil echter niet zeggen dat de 'zachte' criteria, die soms wel en soms niet van toepassing zijn, er niet toe doen. 'Zachte' criteria kunnen voortekenen zijn van een complicatie en daarmee des te belangrijker zijn voor een gericht preventief ingrijpen.



W. Ruigrok van der Werven MA, Nurse Practitioner,
Albert Schweitzer ziekenhuis, Zwijndrecht

Mevr. Ruigrok van der Werven, MA, vergeleek de Delphi-studie met de klassieke criteria middels een aantal casussen. Zij bepleitte alles te meten wat meetbaar is. Pijn is bijvoorbeeld goed te meten door middel van een VAS-schaal (Visueel Analoge Schaal). Daarbij kwam ook aan de orde dat observaties vaak gedaan worden door meerdere verpleegkundigen en/of wondconsulenten, zowel in het ziekenhuis als in de thuissituatie. Observaties zijn altijd subjectief en dus moeilijk met elkaar te vergelijken. Daarom draaide ze de titel van haar presentatie 'velen weten meer dan één' om in: 'weet één (vaste verpleegkundige of wondconsulent) niet meer dan velen?' En deze verpleegkundige of consulent zou zich verder moeten professionaliseren en profileren in de zorg. Educatie is daarbij uiteraard onmisbaar.

In de daaropvolgende discussie kwam het begrip 'kritische kolonisatie' aan bod (dat ook uitgaat van een kritische grens op basis van het aantal bacteriën) en het gebruik van systemische antibiotica bij ogenschijnlijk geïnfecteerde wonden. Het zilververband, met zijn breed spectrum antibiotische werking, is hier niet meer weg te denken. Ook minder vaak voorkomende behandelingen werden besproken. Zo zou uit preliminair onderzoek blijken dat honingtherapie effectief is, maar verder onderzoek is geboden. De verzorging van een chronische wond met 'hanenkamzuur' werd door een deelnemer geopperd, maar genoot verder geen bekendheid. De noodzaak van de professionalisering van de wondverpleegkundigen werd door velen onderschreven. Deze deskundigen zouden ook door andere werkers in de gezondheidszorg geconsulteerd moeten kunnen worden, bv. door middel van een helpdesk.

M De M van moisture (vochtbalans) werd gepresenteerd door Drs. H. Vermeulen, Verpleegkundig onderzoeker in het Academisch Medisch Centrum Amsterdam en Drs. F.G. Rosweide, Dermatoloog in het Medisch Centrum Alkmaar. Drs. Vermeulen toonde aan dat het creëren en handhaven van een ideaal vochtig wondmilieu essentieel is voor een snellere wondgenezing. De mogelijke oorzaken en gevolgen van een te natte en een te droge wond kwamen aan bod. Zij hield ook een warm pleidooi voor de 'evidence-based' benadering en gaf een overzicht van welke materialen bij welk type wond geïndiceerd zijn. De materiaalkeuze en het te verwachten effect worden ook kort geschetst in het schema van Smith & Nephew. Tenslotte benadrukte Vermeulen dat de behandeling altijd tweeledig (systemisch en lokaal) moet zijn en daarom altijd een samenwerking tussen een arts en een (wond-)verpleegkundige vereist.

Drs. Rosweide gaf een overzicht van de mogelijke oorzaken van een ulcus cruris en een aantal eenvoudige en praktische aanwijzingen om een juiste diagnose te stellen, zoals bloeddrukverschillen tussen pols en enkel. 'Eerst kijken, dan vragen stellen' was de titel van zijn voordracht en dat bracht hij ook met verve naar voren. Grootte, diepte, vorm en kleur blijven belangrijke aspecten van een wond. Daarna worden de vragen gesteld en daarbij kwam het belang van een uitgebreide algemene anamnese naar voren. Zo kan een gebrek aan beweging, rolstoelgebruik of het hebben van een staand beroep bijdragen aan het ontstaan van wonden met een veneuze oorzaak.

De discussieruimte werd vooral gebruikt om vragen te stellen, o.a. over het gebruik van EMLA™. Tevens werd duidelijk dat er grote regionale verschillen zijn in protocollen. Zo wordt een zinklijmverband in de meeste regio's alleen nog bij eczeem en niet bij een veneus ulcus gebruikt. In Friesland is dat laatste wel het geval. Er is dus nog genoeg werk aan de winkel om een landelijk 'evidence-based' beleid uit te zetten.

E Daarna naderden we 'the Edge', die door Drs. F.W.J. Leeman, Dermatoloog in het UMC Groningen en V.L.M. Oostendorp-Cornelissen, Wondverpleegkundige in het Amphia Ziekenhuis Langendijk te Breda, werd belicht. De E staat voor de wondrand waar geen migratie plaatsvindt of welke ondermijnd is. Drs. Leeman besprak de complexe interactie tussen wondrand en wondbodem. De extracellulaire matrix lijkt verdacht veel op een doolhof wat het zelfs bij een normale wond al verwonderlijk maakt dat deze geneest. Drs. Leeman liet ons zien dat als de wondrand verandert, de wond zelf ook verandert. Bovendien eindigt de wond niet bij de rand. De wond en de rand maken deel uit van een individu. Hij benadrukte dan ook het belang van het bepalen van de algehele conditie van de patiënt.

Mevr. Oostendorp-Cornelissen vergeleek het beoordelen van de E in het TIME-model met de beklimming van een berg. 'The Edge' staat dan voor het bereiken van de top. Ook zij wees op het belang van een uitgebreide algemene anamnese en het betrekken van de patiënt bij de keuze van de behandeling. Bij wonden die zijn ontstaan door druk- en schuifkrachten kun je soms letterlijk zien waar de schoen wringt. Verder liet zij ons verschillende typen van wondranden zien en ging ze in op oncologische wonden en brandwonden. Uiteindelijk is het doel: de wond draaglijk en gesloten houden. Daarna richten we ons op de preventie van herhaling.

In de discussie kwam naar voren dat de vier aspecten een eenheid vormen, maar dat het toch goed is om deze aspecten systematisch en stapsgewijs te evalueren. De vraag naar de beste wondrandbescherming werd beantwoord met 'geen', tenzij er sprake is van maceratie. En het allerbeste middel is nog steeds: de professional die de wond én de patiënt observeert. Helaas wordt de aard van de behandeling nog al te vaak bepaald door de setting en de middelen die men heeft.



Drs. H. Vermeulen, Verpleegkundig Onderzoeker, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam



Drs. F.G. Rosweide, Dermatoloog Medisch Centrum Alkmaar



Drs. F.W.J. Leeman, Dermatoloog, Chef de clinique Universitair Medisch Centrum Groningen



V.L.M. Oostendorp-Cornelissen, Wondverpleegkundige, Amphia Ziekenhuis Langendijk, Breda

Plenaire afsluiting



Toen de specialistische gedeelten voor artsen en verpleegkundigen tot een goed einde gekomen waren voegden beide groepen zich na een korte pauze weer samen in de grote schouwburgzaal. Dr. Niessen besprak de antwoorden op de vragen waarover gestemd was en het bleek dat 65% van de artsen inmiddels overtuigd was dat TIME in alle gevallen gebruikt diende te worden tegenover 25% bij aanvang van het congres. Er ontstond nog een discussie over de voor- en nadelen van chirurgie versus wondbed preparatie, maar uiteindelijk werd men het erover eens dat beide technieken hun eigen specifieke indicatiegebied hebben. Het bepalen wanneer een wond te vochtig is of niet, bleek toch voor vele aanwezigen onduidelijk; klinische ervaring is hierbij onontbeerlijk. Opvallend was dat zowel de meeste artsen als de meeste verpleegkundigen van mening waren dat zij bepalen welke wondbedekker gebruikt gaat worden. Professor Vanscheidt benadrukte nogmaals de revolutie die de afgelopen jaren had plaatsgevonden in de wondbehandeling en dat het nu tijd werd om te komen van "ik heb goede ervaring met" tot "er is bewezen dat". Evidence based medicine dus en derhalve is er veel behoefte aan goed klinisch onderzoek. En daar konden alle aanwezigen zich bij aansluiten.



De algemene conclusies van de plenaire sessie waren:

- dat we eraan toe zijn om de stap te nemen van 'experience based' naar 'evidence-based';
- dat verdere professionalisering van verpleegkundigen en een constructieve samenwerking met huisartsen en specialisten noodzakelijk is;
- dat randomised controlled trials nodig zijn waar ook verpleegkundigen aan mee werken;
- dat het gezamenlijke doel van artsen en verpleegkundigen is: de wondzorg in Nederland verbeteren.

1^e Nationaal Wondbed Preparatie Congres groot succes!

Dat er grote behoefte is om te praten over wondbehandeling bleek wel uit de deelname aan het eerste Nationaal Wondbed Preparatie Congres op 8 juni. Ruim 500 specialisten en verpleegkundigen volgden de presentaties van internationale en nationale sprekers over dit onderwerp en hadden de tijd hierover te discussiëren. Wondbed preparatie en het TIME model, twee onderwerpen die Smith & Nephew internationaal ondersteunt, stonden deze dag centraal. De waarde van het TIME model bleek wel uit het feit dat na afloop van het congres 65% van de specialisten kenbaar maakten dit model in de praktijk te willen toepassen bij de behandeling van wonden. Afgaande op de zeer positieve reacties van de deelnemers is Smith & Nephew zeker van plan aan dit congres in 2007 een vervolg te geven.

Jim Tolsma,
Marketing Service Manager



Colofon

> Redactie: Jim Tolsma, Mariëlle Bakker & Tom Prins > Journalisten: Chantal Caes & Ton Windgassen, Care4Cure. > Fotograaf: Tom Prins. > De redactie kan niet aansprakelijk worden gesteld voor gedane uitspraken of de weergave hiervan in het verslag. Overname van artikelen is toegestaan, mits met bronvermelding. Dit verslag is ook digitaal na te lezen op www.smithnephew.nl

Postbus 525, 2130 AM Hoofddorp, T 020 - 654 39 99 > www.smithnephew.nl

° Handelsmerk van Smith & Nephew, ™ Alle handelsmerken erkend