



Kenniscentrum Wondzorg

ONCOLOGISCHE WONDZORG



ONCOLOGISCHE WONDZORG

ALGEMENE INLEIDING ONCOLOGISCHE WONDZORG	186
1 ONCOLOGISCHE ULCERA	186
1.1 Inleiding	186
1.2 Oorzaken	186
1.3 Verschijnselen	186
1.4 Behandeling	187
2 ONCOLOGISCHE WONDEN ONTSTAAN DOOR CHIRURGIE	191
2.1 Inleiding	191
2.2 Oorzaken	191
2.3 Behandeling	191
3 ONCOLOGISCHE HUDREACTIES EN WONDEN ONTSTAAN DOOR CYTOSTATICA	196
3.1 Inleiding	196
3.2 Oorzaken	196
3.3 Verschijnselen	196
4 ONCOLOGISCHE HUDREACTIES EN WONDEN ONTSTAAN DOOR RADIOTHERAPIE	197
4.1 Inleiding	197
4.2 Oorzaken	198
4.3 Verschijnselen	198
5 ONCOLOGISCHE HUDREACTIES EN WONDEN ONTSTAAN DOOR PHOTODYNAMISCHE THERAPIE	201
5.1 Inleiding	201
5.2 Verschijnselen	201
5.3 Behandeling	201
6 ONCOLOGISCHE HUDREACTIES EN WONDEN ONTSTAAN DOOR HYPERTHERMIE THERAPIE	201
6.1 Inleiding	201
6.2 Verschijnselen	201
6.3 Behandeling	201
7 ONCOLOGISCHE HUDREACTIES EN WONDEN ONTSTAAN DOOR TARGETED THERAPIE	201
7.1 Inleiding	195
7.2 Verschijnselen	202
7.3 Behandeling	202
8 VOEDING	202
9 PSYCHOSOCIALE ASPECTEN	203
9.1 Inleiding	203
9.2 Detecteren van behoefte aan psychosociale zorg	207
9.3 Zelfzorg	207
9.4 Handvatten voor gespreksvoering	207
9.5 Samenvatting	208
10 LITERATUUR	208
11 NUTTIGE ORGANISATIES EN WEBSITES	209

ALGEMENE INLEIDING ONCOLOGISCHE WONDZORG

Oncologische wondzorg wordt onderscheiden in oncologische ulcera en oncologische wonden. Dit onderscheid is noodzakelijk omdat de behandeling van een oncologisch ulcus een totaal andere aanpak vereist dan die van een oncologische wond. Een oncologisch ulcus is het defect dat ontstaat ten gevolge van een tumor of metastase. Het onderliggend weefsel is kwaadaardig en heeft geen natuurlijke genezingstendens. Een oncologische wond is een huiddefect dat ontstaat ten gevolge van de tumorbehandeling, zoals chirurgie, radiotherapie, chemotherapie hyperthermie, en targeted therapie of een combinatie hiervan. Het onderliggend weefsel is goedaardig en heeft een natuurlijke genezingstendens. Een belangrijk aandachtspunt in de wondanamnese is, dat de zwart-geel-rood classificatie en de daarbij behorende interventies in de oncologische wondzorg, niet kan worden toegepast. Dit onder andere, omdat bij een oncologisch ulcus rood weefsel vaak tumorweefsel is en geen granulatieweefsel. Oncologische wonden zijn door de vaak grote chirurgische ingrepen en oncologische behandeling dusdanig complex dat debridement en verandering van interventies eerst overlegd moeten worden met het behandelend specialisme. Tot op heden vormt praktijkervaring de basis voor de behandeling en verzorging van oncologische wonden en ulcera. Voor wetenschappelijk onderbouwde wondbehandelingsmethoden, die kunnen leiden tot landelijke consensus, is nog veel onderzoek nodig. In de literatuur is weinig terug te vinden over het aantal oncologische ulcera en oncologische wonden dat in Nederland voorkomt. Dit komt omdat de landelijke registratie hierin niet volledig is. Het is daarom niet mogelijk de incidentie van oncologische ulcera en wonden te benoemen. In dit hoofdstuk worden zowel de oncologische ulcera als de oncologische wonden besproken.

1 ONCOLOGISCHE ULCERA

1.1 Inleiding

Een oncologisch ulcus is een onderbreking van de epidermis door infiltratie van maligne (kwaadaardige) cellen. Dit kan veroorzaakt worden door primaire maligniteit van de huid, door metastasen (uitzaaiingen) in de huid of door groei van een maligniteit (kwaadaardige tumor) van dieper gelegen structuren door de huid. Van groot belang is om te weten dat het WCS Classificatiemodel niet van toepassing is bij een oncologisch ulcus. Bij een oncologisch ulcus is het rode weefsel vrijwel altijd tumorweefsel en geen granulatieweefsel. Dit weefsel zal daarom nooit spontaan genezen, maar uitsluitend reageren op tumorgerichte behandeling, zoals radiotherapie, hyperthermie of chemo-

therapie. Bij geel of zwart weefsel is een debridement of een necrotectomie gecontra-indiceerd, omdat vrij makkelijk (grote) bloedingen kunnen ontstaan. Dit wordt veroorzaakt door mogelijke aantasting van de bloedvaten en/of door slechte vasoconstrictie van bloedvaten in tumorweefsel. De behandeling kan variëren van curatief, dat wil zeggen dat de behandeling in opzet genezend is of palliatief, waarbij het beleid gericht is op kwaliteit van leven en waarbij geen genezing meer mogelijk is (1,2,3). De zorg voor een patiënt met een oncologisch ulcus is en kan mede door het vaak palliatieve karakter, psychosociaal behoorlijk belastend zijn voor zowel naasten als hulpverleners (4). Multidisciplinaire aanpak en een gestructureerd overleg voor evaluatie met alle hulpverleners is daarom van belang.

1.2 Oorzaken

Een oncologisch ulcus kan ontstaan door:

- Aantasting van de huid, oppervlakkige slijmvliezen of een lokaal recidief van een primaire tumor. Voorbeelden hiervan zijn een basaalcel-, plaveiselcel- of merkelceltumor, een cutaan lymfoom of mycosisfungoïdes.
- Aantasting van de huid door ingroei van een onder de huid gelegen tumor, een lokaal recidief of een lymfekliermetastase van een tumor. Voorbeelden zijn een plaveiselcelcarcinoom van de mondholte, oropharynx of larynx, een sarcoom en mamma-, blaas-, cervix- of rectumcarcinoom.
- Metastasering in de huid door bijvoorbeeld een melanoom, mamma-, bronchus-, colorectal-, vulva- of niercarcinoom.

1.3 Verschijnselen

De kenmerken van oncologische ulcera zijn:

- grillig van vorm. Dit kan variëren van paddenstoelvormig tot grote kraters in de diepte, vaak met ondermijning van het weefsel,
- geen natuurlijke genezingstendens,
- rood weefsel is vrijwel altijd tumorweefsel,
- verhoogde bloedingsneiging,
- penetrante geur. Dit komt door weefselversterf en infectie die veroorzaakt worden door anaerobe bacteriën,
- vaak extreme exsudaatproductie,
- pijn,
- jeuk.

Om de ernst en uitgebreidheid van het oncologisch ulcus vast te leggen kan de gradatie worden bepaald door het volgende stagiëringssysteem te gebruiken:

- Graad I: Intacte epidermis met dreigende aantasting van de huid door onderliggend tumorweefsel.
- Graad II: Beginnende aantasting van de subcutis.
- Graad III: Diepe doorgroei met aantasting van de subcutis.
- Graad IV: Droge en/of vervloeiende necrose tot 30% van het wondoppervlak.

Graad V: Droge en/of vervloeiende necrose op meer dan 30% van het wondoppervlak.

Bij gradaties II tot en met V kan sprake zijn van exsudaat, bloedingsneiging, pijn en jeuk.

1.4 Behandeling

Genezing van het oncologisch ulcus zal alleen mogelijk zijn door tumorgerichte behandeling (foto 1,2). Deze tumorbehandeling wordt bepaald door een multidisciplinaire oncologische werkgroep, waarbij de keuze kan worden gemaakt uit radiotherapie, hyperthermie, chemotherapie, immunotherapie, chirurgie (indien mogelijk) of een combinatie hiervan. In de meeste gevallen zal curatie niet mogelijk zijn en bestaat de behandeling van het oncologisch ulcus uit een palliatieve oncologische behandeling en optimale verzorging. De mogelijkheid tot behandeling is afhankelijk van de aard van de tumor, reeds eerder gegeven behandelingen en de behandelwens van de patiënt. In veel gevallen zal een palliatieve oncologische behandeling, zoals chemo- of radiotherapie, zinvol zijn. Deze kunnen bijdragen tot reductie van het bloedverlies en de productie van exsudaat. Dit kan de kwaliteit van leven in de laatste levensfase (2) aanmerkelijk verbeteren. De juiste methode van reiniging en keuze van het verbandmateriaal voor de behandeling van het ulcus kan eveneens bijdragen aan een betere kwaliteit van leven. Tevens is de behandeling ook gericht op reductie van verhoogde bloedingsneiging, overmatig exsudaat, geurproblematiek, pijn en jeuk.

A. Wondbehandeling

Om een oncologisch ulcus optimaal te behandelen dient een uitgebreide wondanamnese te worden afgenomen die in elk geval de volgende onderwerpen bevat:

- de oorzaak van het ulcus en hoelang dit al bestaat,
- het aspect van het ulcus, zoals locatie, grootte, diepte, kleur en conditie van de wondranden,
- de hoeveelheid exsudaat en de mate van bloedingsneiging,



Foto 1. Ulcererend ulcus van mamma voor oncologische behandeling met radiotherapie

- de mate van het geurprobleem,
- de tot nu toe ingestelde therapieën en het resultaat daarvan,
- factoren die de conditie van het ulcus in negatieve zin beïnvloeden, zoals bestraling, ondervoeding en gebruik van medicatie, zoals cytostatica,
- pijnscore,
- de invloed van het oncologisch ulcus op het psychosociale welbevinden, zoals depressie, veranderd lichaamsbeeld, angst, schaamte en isolatie,
- de thuissituatie en de mate van zelfstandigheid/afhankelijkheid bij het verzorgen van het oncologisch ulcus en de draagkracht van de naasten.

Ter ondersteuning van de anamnese is een wondanalyseplan ontwikkeld (figuur 1).

B. Reinigen

Het is mede voor comfort en welbevinden van de patiënt belangrijk dat een oncologisch ulcus dagelijks wordt gereinigd. Het verdient de voorkeur het ulcus te douchen met een zachte straal (kraan eerst dertig seconden door laten lopen in verband met mogelijke bacteriegroei in het water). Als douchen niet mogelijk is kan een spuit met kraanwater gebruikt worden. Vaak is sprake van palliatieve zorg, waarbij kwaliteit van leven voorop staat bij de patiënt. Desinfecterende en agressieve vloeistoffen, zoals chloorhexidine, waterstofperoxide en eusolparafine, zijn zeer pijnlijk en kunnen door de etsende werking bloedingen veroorzaken. Deze moeten dan ook niet worden gebruikt. Vanwege de verhoogde bloedingsneiging van een oncologisch ulcus is een necrotectomie gecontra-indiceerd. Zonder effectieve oncologische behandeling heeft dit geen enkele zin. Het tumorweefsel woekert nadien gewoon weer verder. Dit geldt ook voor een chemisch debridement. Indien toch tot een necrotectomie wordt besloten, dient deze klinisch door een specialist te worden verricht. Bij verschijnselen van een infectie, zoals roodheid, zwelling, pijn en temperatuursverhoging, is het zinvol een wond-



Foto 2. Zelfde patiënte drie maanden na radiotherapie



Foto 3. Fixatie van verbandmateriaal bij een oncologisch ulcus van het oor

kweek af te nemen om gericht antibiotica te kunnen geven.

C. Productkeuze

Voor de meest adequate productkeuze bij een oncologisch ulcus kan gebruik worden gemaakt van de beslisboom 'oncologische ulcus' (figuur 2).

D. Fixatie wondbedekker

Over het algemeen geldt dat gebruik van het meest gangbare klevend fixatiemateriaal bij oncologische ulcera tot weefselbeschadiging kan leiden. Silicone klevende pleisters of een borderrand van siliconen wordt over het algemeen wel goed verdragen. Fixeren van het verband kan vanwege de locatie van de wond soms moeilijk zijn en vereist inventiviteit. Het verband kan voor een groot oncologisch ulcus aan de kaak worden gefixeerd met een mondmasker of een buisverband (foto 3). Voor een thorax kan een hemdje of topje geknipt worden van een zacht buisverband (foto 4,5). Tevens kan hiervoor een elastisch disposable netbroekje worden gebruikt, (naad losknippen en/of de zijkanten inknippen). Insnoering en afknelling door grofmazig verband moet voorkomen worden. Voor een ulcus onder de oksel kan gekozen worden voor twee afmetingen van een buisverband, één voor de thorax zelf en de ander voor de bovenarm. Onder de oksel en op de schouder kunnen deze twee buisverbanden aan elkaar worden bevestigd met stukjes elastische zwachtel. Van dezelfde elastische zwachtel kunnen ook schouderbandjes worden geknipt. Een (goedkoop) strakzittend T-shirt of een strak katoenen hemdje kan ook een prima hulpmiddel zijn. Voor het fixeren van wondbedekkers op het onderlichaam kan gebruikt worden gemaakt van fixatiebroekjes voor incontinentiemateriaal.

E. Bloedingsneiging

Oncologische ulcera hebben de neiging snel te bloeden (5). Deze bloedingen zijn te onderscheiden in:

- kleine bloedinkjes door beschadiging van haarvaatjes (foto 6),
- grotere diffuse bloedingen,
- massale, vaak fatale bloedingen.

Kleine bloedinkjes ontstaan meestal door verkleving van het verband aan het ulcus, door schuifkrachten of door verbandmaterialen die voorzien zijn van een te harde onderlaag of te stug zijn van structuur. Het is daarom raadzaam het verband los te weken. Een kleine bloeding kan meestal behandeld worden met een hemostatisch verband. Het is aanbevolen om dit verband bij de hand te hebben. Bij een iets grotere bloeding kunnen in xylometazoline 1 mg/ml (zonder recept verkrijgbaar bij apotheek of drogist) gedrenkte gazen een oplossing bieden. Het bloeden kan ook gestopt worden door lokale druk uit te oefenen gedurende tien tot vijftien minuten met in een plastic zakje gewikkelde ijsklontjes. Elektrocoagulatie blijkt in de praktijk meestal geen effectieve methode te zijn, omdat de bloeding daarmee doorgaans niet wordt gestopt. Bij een grote bloeding zijn in adrenaline (1:1000) gedrenkte gazen te gebruiken door deze rechtstreeks op de wond te



Foto 4: Fixatie met hemdje van buisverband



Foto 5. Fixatie met hemdje en mouwtje van buisverband

leggen. Het is aan te bevelen om tijdig adrenalineoplossing bij de apotheek te bestellen. Zowel de xylometazoline als de adrenaline worden gebruikt om, indien mogelijk, vasoconstrictie te bewerkstelligen en daarmee de bloedingsneiging tegen te gaan. Indien een patiënt antistolling gebruikt, dient deze in overleg met de arts gestaakt te worden. Bij patiënten die een lang ziekteproces staat te wachten en die terugkerende bloedingen hebben zonder dat een levensbedreigende toestand ontstaat, kan palliatieve radiotherapie een goede optie zijn om de bloedingen



Foto 6. Kleine bloedinkjes door beschadigde haarvaten bij een oncologisch ulcus van de onderkaak

te verhelpen. Een consult bij de radiotherapeut dient dan altijd te worden overwogen. Door regelmatig optredende bloedingen kan een anemie ontstaan, waardoor sprake kan zijn van een aan anemie gerelateerde vermoeidheid. Een bloedtransfusie kan in deze situatie de kwaliteit van leven verbeteren. Voor een patiënt is een langdurige bloeding een angstige ervaring. Het kan soms noodzakelijk zijn de patiënt te sederen gedurende de behandeling van de bloeding.

Door de groei van een tumor in de grote vaten, zoals de halsslagerader of de slagaders in de liezen, kunnen massale, vaak fatale interne of externe bloedingen ontstaan, ook wel een blow-out genoemd. Dit is voor zowel patiënt als naasten en hulpverleners een traumatische ervaring. Een eerste vereiste in een dergelijke situatie is de rust te bewaren en de patiënt niet alleen te laten. De ervaring leert dat een patiënt met een blow-out binnen een minuut het bewustzijn verliest. Menselijke nabijheid en steun komt dan op de eerste plaats. Als blijkt dat de bloeding langer aanhoudt kan tot de afgesproken sedatie worden overgegaan. Voorzorgsmaatregelen bij het risico op een levensbedreigende bloeding zijn:

- Het maken van een multidisciplinair plan van aanpak.
- Het op maat gericht bespreken met familie en naaste van het risico van een fatale bloeding.
- Ervoor zorgen dat alle mogelijk betrokkenen, zoals (wijk)verpleegkundigen, huisarts, huisartsenpost, 112 en medewerkers thuiszorg op de hoogte zijn.
- Ervoor zorgen dat sederende medicatie aanwezig is en een plan met afspraken over dosering, toedieningswijze en wie bevoegd is deze toe te dienen.
- Het adviseren donkere handdoeken bij de hand te hebben om het beeld van het bloedverlies enigszins te camoufleren.

F. Exsudaat

Om verschillende redenen is het belangrijk de vochtafscheiding te beheersen:

- reductie van onwelriekende geur,
- verhoging van comfort voor de patiënt,
- voorkoming van maceratie van de wondranden,
- voorkoming van lekkage van exsudaat op bijvoorbeeld kleding.

Een juiste productkeuze is hierbij het meest essentieel (figuur 2). Bij een rode wond met overmatige exsudaat kan gekozen worden voor een hydroactief verband en/of een schuimverband. Bij een gele wond is vanwege het reinigend effect een alginaat het meest geschikt. Een hydroactief verband of een alginaat kunnen in combinatie met andere verbanden, zoals een geurabsorberend verband of een schuimverband, worden gebruikt. Oncologische ulcera die fisteling veroorzaken in het gastro-intestinale stelsel zullen naast het vocht ook ontlasting afscheiden. Medica-

tie (somatostatine), subcutaan of intraveneus, kan gebruikt worden om de secretie te verminderen. Indien de drainage niet door medicatie te beheersen is kan stoma-opvangmateriaal gebruikt worden. Bij overmatig exsudaat is het belangrijk om maceratie van de omliggende huid te voorkomen door een huidverzorger of -beschermer te gebruiken. Irritatie van het wondbed kan worden ondervangen door een wondbedekker te kiezen die voldoende absorbeert.

G. Geur

Voor de patiënt is een riekende wond een constante confrontatie met zijn of haar ziekte en kan leiden tot voortdurende misselijkheid, schaamte, negatief zelfbeeld, depressie en/of sociaal isolement. Niet alleen de geur zelf, maar vooral de oorzaak van de geur moet behandeld worden. De groei van een tumor verstoort de bloedvoorziening door het dichtdrukken van de haarvaten. Dit heeft weefselversterf tot gevolg. Om het geurprobleem te bestrijden moet men allereerst de bacteriële infectie wegnemen. De penetrante geur wordt bijna altijd veroorzaakt door de anaerobe bacteriën. Deze zijn gevoelig voor het medicament metronidazol (6). Vooral lokale toepassing van metronidazol 1%, toegevoegd aan carbomeerwatergel, is bij oncologische ulcera effectief. De gel wordt in een dunne laag direct op de wond aangebracht. Bij moeilijkheden bij het aanbrengen van de gel bij tumoren in holtes, zoals rectum of vagina, kan worden gespoeld met een metronidazol infuusvloeistof 0,5%. Het effect van spoelen is optimaal als de wond vooraf is gereinigd en niet meer gespoeld hoeft te worden. Hierbij moet worden opgemerkt dat metronidazol mogelijk kankerverwekkend en/of reprotoxisch (effect hebbend op de voortplanting) is. Daarom moeten bij gebruik van grote hoeveelheden beschermende maatregelen getroffen worden, zoals het werken met handschoenen en een gesloten spoelsysteem. Tevens kan metronidazol een nadelige werking op de lever hebben. Het is mogelijk dat metronidazol problemen kan geven, vooral bij patiënten die nog (palliatief) chemotherapie krijgen. Het is noodzakelijk bij deze behandeling, dat de behandelend arts, indien relevant, ook overleg heeft met de behandelend medisch oncoloog.

Wanneer lokale toepassing niet mogelijk is, kan metronidazol systemisch worden toegediend. Het nadeel van orale inname van metronidazol is de kans op misselijkheid. Meestal is systemische toediening minder effectief dan de lokale toepassing. Dit komt door een verminderde bloedvoorziening in de tumor waardoor het antibioticum het ulcus niet kan bereiken. Lokale toepassing kan zijn eerste effect al binnen vier uur hebben, terwijl systemische behandeling zijn effect meestal pas na 48 tot 72 uur heeft. Een andere lokale behandeling van de infectie is het gebruik van een antibacterieel verband met zilver. Zilver

heeft namelijk een bacteriedodende werking. In de praktijk is dit echter minder effectief gebleken dan metronidazol (7). Let er hierbij wel op dat zilverproducten kunnen afgeven en het ulcus zwart kunnen kleuren. Naast het aanpakken van de oorzaak kan voor de geur een geurabsorberend verband worden gebruikt. De koolstof in deze verbanden bindt de gram-negatieve bacteriën uit de wond en neutraliseert zo de organische geuren van bacterieel geïnfecteerde wonden. Het verband moet het ulcus goed afsluiten. Verder is het van belang de kamer van de patiënt goed te ventileren. Om de toegepaste interventies te kunnen evalueren kan regelmatig een geurscore bijgehouden worden. Het gebruik van luchtverfrissers, geurverspreidende sprays, gemalen koffie, het verbranden van etherische oliën etc. is weinig effectief. Deze middelen maskeren de onwelriekende geur, maar verspreiden tegelijkertijd een zodanige krachtige andere geur, dat dit samen met de geur van het ulcus kan leiden tot misselijkheid. Het gebruik van koffie heeft nog een nadeel. Na het overlijden van de patiënt kan de geur van koffie voor de nabestaanden vervelende herinneringen oproepen (8). Een geurneutraliserende spray heeft over het algemeen wel effect.

H. Infectie

Bij verschijnselen van infectie, zoals roodheid, pijn, zwelling en koorts, is het zinvol om een wondkweek af te nemen en gericht antibioticumtherapie te starten. Een pseudomonasinfectie, herkenbaar aan een gifblauw/groene kleur, kan bestreden worden door tweemaal daags een in azijnzuur 0,5-1% gedrenkt gaas in de wond te leggen (1).

I. Pijn

Pijnklachten bij een oncologisch ulcus kunnen zowel systemisch als lokaal worden behandeld. Als de voorkeur wordt gegeven aan systemische pijnbestrijding dan kan naast orale, subcutane of intraveneuze toediening ook gekozen worden voor een intrathecale toegangsweg (via het ruggenmerg) voor continue toediening van pijnstillers. Bij aanhoudende pijn is het raadzaam om een palliatief team te consulteren, omdat hier veel expertise op het gebied van pijnbestrijding ligt. Telefoonnummers van deze teams zijn op te vragen bij het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Bij lokale behandeling van pijn is het belangrijk naar de oorzaak van de wondpijn te kijken. Wondpijn kan veroorzaakt worden door:

- het ulcus zelf. In dit geval kan de oplossing gezocht worden in bijvoorbeeld lokale toepassing van een gel waaraan morfine is toegevoegd (9). Deze vorm geniet de voorkeur boven een lidocaïnegel als het gaat om grotere wondoppervlakken. Lidocaïne kan namelijk worden gesorbeerd door het lichaam waardoor cardiale problemen kunnen ontstaan. Voor het maken van morfinegel kan contact worden gezocht met een ziekenhuisapotheker,

- uitdroging van het wondbed. Vochtige wondbehandeling met een hydrogel kan een eenvoudige oplossing zijn,
- het verbandmateriaal. Dit kan te stug zijn of irriteren. Een ander verbandmateriaal is dan de enige optie.

J. Jeuk

Jeuk kan optreden als gevolg van directe aantasting van de huid door de tumor of door metastasen, zelfs wanneer de huid nog intact is. Jeuk kan lokaal of systemisch met een antihistaminicum worden behandeld. Op een intacte jeukende huid kan carbomeerwatergel met 1% menthol toegepast worden. Deze gel is niet vet. Droogheid van de huid kan ook jeuk bevorderen. Droogheid kan behandeld worden met een indifferente emolliens (verzachtend smeersel), bijv. vaseline-lanettecrème FNA.

2 ONCOLOGISCHE WONDEN ONTSTAAN DOOR CHIRURGIE VAN EEN MALIGNITEIT

2.1 Inleiding

Oncologische wonden ontstaan door chirurgie zijn meestal secundair genezende wonden na de chirurgische behandeling van kanker (foto 7). Het grote verschil met oncologische ulcera is dat het onderliggend weefsel van een oncologische wond benigne is en dat er wel een natuurlijke genezingsstendens is, die echter vertraagd kan zijn door oncologische behandelingen. Wonden ontstaan door chirurgie van een tumor onderscheiden zich van de algemeen chirurgische wond door de secundaire wondgenezing. De zorg is daardoor vaak zeer complex. Een goede overdracht en structureel contact tussen eerste en tweede lijn is in dit geval gewenst. De patiënt moet daar ook regelmatig op controle komen zodat het genezingsproces gevolgd en het wondbeleid zo nodig bijgesteld kan worden. Als de patiënt is ontslagen, blijft het belangrijk dat er een vast aanspreekpunt in het ziekenhuis is voor vragen en problemen rondom de wondbehandeling.

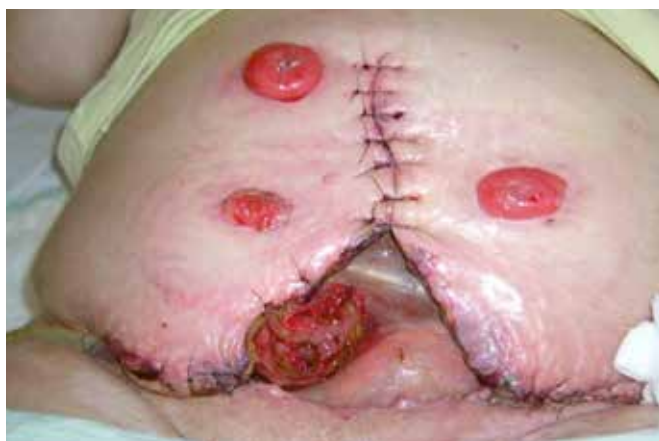


Foto 7. Chirurgische oncologische wond

2.2 Oorzaken

Factoren die een rol spelen bij secundaire wondgenezing bij een chirurgisch-oncologische wond zijn:

- slechte voedingstoestand van de patiënt ten gevolge van het ziektebeeld,
- pre- en peroperatieve radiotherapie of bestraling ondergaan in het verleden,
- chemotherapie pre-, per- en postoperatief,
- radiotherapie pre-, per- en postoperatief,
- infectie in het operatiegebied door verlaagde weerstand ten gevolge van de oncologische therapieën,
- een moeilijke locatie van het te opereren gebied,
- de locatie van de wonden.

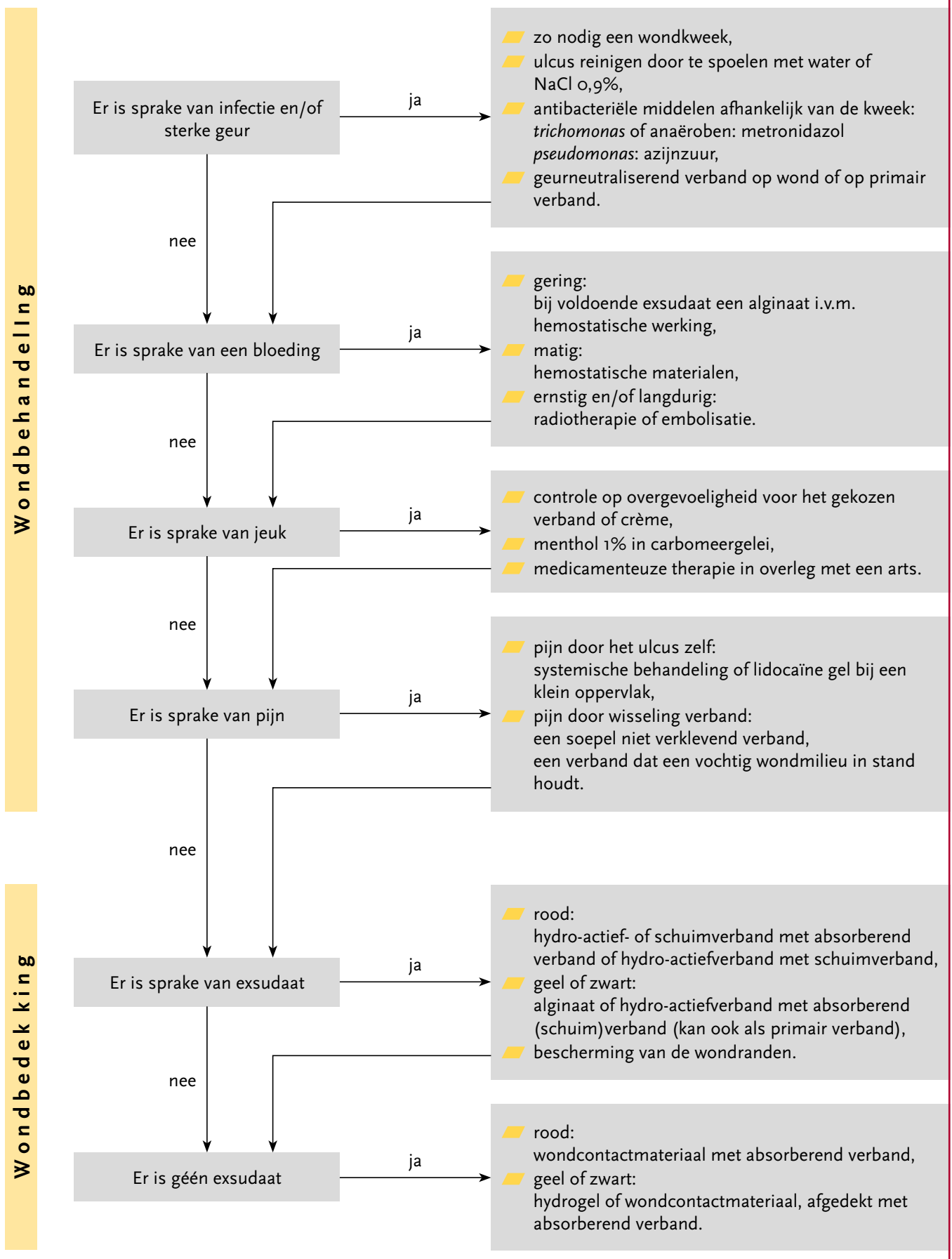
2.3 Behandeling

De laatste jaren zijn de mogelijkheden op het gebied van de oncologische chirurgie sterk uitgebreid en ontwikkeld. Er zijn tegenwoordig veel meer centra dan alleen de academische ziekenhuizen waar uitgebreide oncologische chirurgie wordt toegepast. Secundaire wondgenezing komt na oncologische chirurgie vaak voor. Patiënten die kans maken op secundaire wondgenezing dienen hierover preoperatief te worden voorgelicht. Het mutilerende effect van de operatie en de vaak langdurige wondgenezing maken dat psychosociale ondersteuning erg belangrijk is. De verzorging van deze patiënten vereist een multidisciplinaire aanpak. Hierbij kan men denken aan een team dat bestaat uit een wondverpleegkundige, een diëtist, een psycholoog, een maatschappelijk werker, een sociaal verpleegkundige, een geestelijk verzorger, een chirurg, een uroloog, een gynaecoloog, een arts met pijnbestrijding als aandachtsgebied, een mondhygiënist, een logopedist, een prothesemaker, een lymfe-oedeemtherapeut, een ergotherapeut en/of een fysiotherapeut. Hieronder volgt een overzicht van de behandeling van oncologische wonden ontstaan door chirurgie. Ze zijn te onderscheiden in een aantal gebieden. Dit zijn: hoofd-hals gebied, thoracaal/borst gebied en genitaal/peri-anaal gebied.

A. Oncologische chirurgische wonden in het hoofd-halsgebied

In het hoofd-halsgebied zijn speekselfistels, wonddehiscentie en transplantaten de meest voorkomende wonden. Een speekselfistel kan als complicatie voorkomen na grote operaties in het hoofd-halsgebied. Het doel van de wondbehandeling is vervolgens het absorberen van exsudaat. Bij matig exsudaat kan een lintgaas gebruikt worden. Afhankelijk van de problematiek kan gekozen worden voor een alginaat, een hydrofiber of een antibacteriële streng. Bij veel exsudaat kan een fistelzakje een oplossing zijn, maar dit is vaak lastig te fixeren. Wonddehiscentie op vaak lastige locaties kan behandeld worden met verbanden die hier specifiek voor geschikt zijn, zoals absorberende verbanden, siliconen gazen of schuimverbanden. Fixatie

Figuur 1. Beslisboom oncologisch ulcus (18)



kan problemen geven en goede hulpmiddelen zijn buisverband, een pleister geplakt op stukjes hydrocolloïd ter bescherming van de huid of siliconen pleister. Bij operaties waarbij de mondbodem betrokken is (foto 8) wordt vaak gebruik gemaakt van een weefseltransplantaat ter reconstructie van de mondbodem. Het kan hierbij noodzakelijk zijn om gebruik te maken van een huidtransplantaat elders uit het lichaam, meestal een arm of een been. De wond die hierbij ontstaat wordt donorsite (foto 9) genoemd. Oncologische hoofd-halschirurgie is een specialistische aangelegenheid. Het beleid in wondverzorging en productkeuze van zowel de oncologische chirurgische wond als de donor-site zal derhalve altijd plaats moeten vinden op voorschrift van het behandelend centrum. Voor evaluatie en overleg kan contact worden opgenomen met de wondconsulent.

B. Oncologisch chirurgische wonden in het thoracaal/borstgebied

In het thoracaal/borst gebied zijn de Claggetholte en de wond na een mamma-amputatie de meest voorkomende wonden.

a. Claggetholte

Bij een patiënt met een longcarcinoom waarbij een pneumonectomie is verricht, is sprake van een primair gesloten wond die ook als zodanig behandeld wordt (10). Er kan echter een complicatie optreden, namelijk het ontstaan van een bronchusfistel. Dit is een verbinding tussen de bronchus en de pleuraholte, waarbij de steriele pleuraholte geïnfecteerd raakt. In eerste instantie zal geprobeerd worden de fistel operatief te sluiten. Door de infectie zal primair sluiten van de fistel niet altijd mogelijk zijn. In dat geval wordt een zogenaamde Claggetholte aangelegd (foto 10), waarbij de chirurg tussen twee ribben door een soort toegangsluik maakt. Via dit luik wordt de holte een à twee keer daags opgevuld met in (desinfecterende) vloeistof gedrenkte gazen. Afhankelijk van de uitslag van de wondkweek kan hiervoor povidonjodium,



Foto 8. Resectie tumor tongrand waarvoor reconstructie van het defect middels radialislap



Foto 9. Donorsite gesloten met een split-skin graft



Foto 10. Claggetholte

NaCl 0,9% of azijnzuur gebruikt worden. Het doel van de behandeling is het reinigen van de thoraxholte tot de fistel zich door secundaire genezing gesloten heeft en het luik weer operatief gesloten kan worden. Dit kan vele maanden duren. Soms is de Claggetholte zelfs blijvend. De intensiteit en de lange duur van de behandeling vragen extra aandacht voor de psychosociale begeleiding van de patiënt. Voor het vullen van de holte kan Kerlixgaas op rol, tampongazen of grote (45x70 cm) steriele gazen gebruikt worden die met behulp van een pincet worden ingebracht, waarbij een punt van het gaas uit de wond blijft steken. De wondranden van het Claggetluit en de huid er omheen moeten worden beschermd met een huidverzorging of -beschermer. Het geheel wordt afgedekt met een absorberend verband en gefixeerd met een tot hemdje geknipt buisverband of netverband. Vooral de eerste dagen na aanleg van de Claggetholte en gedurende de periode dat de ontsteking actief is of als een actief tumorproces aanwezig is, bestaat een risico op een bloeding uit een van de grote bloedvaten in de thoraxruimte. Het verwisselen van de gazen is daarom een voorbehouden handeling en

zal dus door de arts worden gedaan. Het is ook mogelijk om verpleegkundigen te autoriseren na gebleken bevoegd- en bekwaamheid. Na enige tijd treedt verbindweefseling van het wondgebied op waardoor het risico op bloedingen vermindert.

b. Oncologische chirurgische wonden na mamma-amputatie

De wond die na een mamma-amputatie ontstaat, is een primair gesloten chirurgische wond. Na 24 uur mag er gedoucht worden en daarna de wond aan de lucht laten drogen (10). Veel patiënten vinden dit eng. Als de patiënt het douchen na de borstamputatie te confronterend vindt, zal dit de eerste keer onder begeleiding gebeuren. De procedure wordt vooraf met de patiënt besproken en indien gewenst is hierbij de partner of een naaste aanwezig. Het verwijderen van het operatieverband is een eerste confrontatie met het eindresultaat en leidt vaak tot emotionele reacties. Hiervoor moet ruimte zijn. Het is belangrijk de patiënt voor te bereiden op onregelmatigheden en verkleuring van de wond en te vertellen dat dit in de loop van de tijd verbetert. De wond is vaak onderhuids gehecht. Is dit niet het geval, dan worden de hechtingen na twee à drie weken verwijderd. Verbinden van de wond is na de eerste dag postoperatief niet meer nodig, tenzij de patiënt het zelf wil.

Een ontsteking kan behandeld worden met een oraal antibioticum of door wonddrainage. De chirurg opent de wond, waarna de wondbehandeling bestaat uit spoelen en verbinden met in NaCl 0,9% gedrenkte gazen, met een alginaat of een honingverband. Het primaire verband kan afgedekt en gefixeerd worden met een absorberend verband en een hemdje, gemaakt van een netbroekje of een buisverband. Vaak bestaat na het verwijderen van de wonddrain nog enige productie van wondvocht (seroomvocht), dit komt omdat het lichaam de 'loze' ruimte opvult. Zolang dit vocht geen spanning op de wond geeft is een interventie niet nodig. Als wel spanning op de wond ontstaat, kan het seroom door een arts of een geautoriseerde verpleegkundige gepuncteerd worden. Daarnaast moet wel vermeld worden dat na de punctie het lichaam opnieuw seroomvocht gaat aanmaken. Het advies is zo min mogelijk te punteren, alleen bij een beperking, denkend aan een arm die niet meer tegen het lichaam gebracht kan worden of fors lekken van de wond. Aangezien seroompuncties de kans op een ontsteking verhogen, is enige terughoudendheid hierbij wel op zijn plaats. Na het verwijderen van de hechtingen mag het litteken voorzichtig gemasseerd worden met een huidverzorgende crème. Het ondergaan van een mamma-amputatie is zeer belastend. Psychosociale zorg voor de patiënt na deze mutilerende ingreep kan daarom noodzakelijk zijn.

C. Genitaal/periaanaal gebied

a. Wonden na een lieskliertoilet

Bij kans op lymfogeen gemetastaseerde tumoren worden lymfeklieren verwijderd. Dit gebeurt na een positieve sentinell node procedure, wat vaak het geval is bij urologische en gynaecologische operaties of bij operaties aan de onderste extremiteiten. De hierbij ontstane wonden worden na de operatie gesloten en kunnen verzorgd worden als een primair gesloten chirurgisch wond (10); na 24 uur mag er gedoucht worden en de wond laten drogen aan de lucht. In geval van een gesloten lieswond die gepaard gaat met veel seroomvorming, moet actie genomen worden om het seroomvocht te verwijderen door een seroompunctie of door manuele lymfdrainage en tapen. Het punteren zal door een geautoriseerde wondverpleegkundige of een arts gedaan moeten worden, waarbij enige terughoudendheid geboden is in verband met infectiegevaar. De manier waarop de punctie afgenomen wordt kan per instelling verschillen. Een manier is een redondrain in het gebied te leggen om het seroomvocht af te laten lopen in een vacuümpot. In geval van lymfelekkage kan, zolang de wond nog gesloten is met hechtingen, volstaan worden met een absorberend of extra absorberend verband. Soms is het mogelijk een fistelzakje over het defect te plakken zodat het lymfevocht adequaat wordt opgevangen. Een andere optie is negatieve druktherapie, maar dat mag alleen ingezet worden na goedkeuring van de behandelend specialist in verband met de aan de oppervlakte liggende arteria femoralis. De omgeving van de wond kan beschermd worden met een huidverzorgder of -beschermer. Als wonddehiscentie ontstaat, kan de wond verbonden worden met vochtige NaCl 0,9% gazen of met een alginaat-, honing- of zilververband. De mate van de hoeveelheid exsudaat bepaalt de keuze van het verbandmateriaal. Als het verband verzadigd is moet het verwisseld worden. Indien sprake is van veel exsudaat is het moeilijk om een juist wondverband aan te brengen dat blijft zitten en het vele lymfe- en wondvocht absorbeert. Dikwijls zijn de duurdere verbanden die minimaal 24 uur op een wond kunnen blijven zitten niet geschikt voor deze wonden, omdat deze snel verzadigd zijn. Er wordt gekozen voor eenvoudig en goedkoop wondmateriaal. De wond wordt twee tot driemaal daags getamponneerd met steriele gazen en afgedekt met een of meerdere absorberende verbanden, die, indien noodzakelijk, extra verschoond kunnen worden. De omgeving van de wond kan zo nodig beschermd worden met een huidverzorgder of -beschermer. Mocht de vochtlekkage minder worden, dan kan getamponneerd worden met een streng calcium-alginaat of honingverband. De verbandwisseling kan beperkt blijven tot eenmaal per dag. Voor de fixatie van het verband kan gekozen worden voor een stretch- (met pijpjes) of netbroekje. Bij het ontstaan van droge necrose kan dit droog gelaten worden. De korst laat na verloop van tijd vanzelf los. Vaak bevindt

zich geel beslag of ontstekingsvocht onder de korst; dit is zichtbaar door een verweekte gele rand en/of een rood gebied om de wond. Hieruit blijkt dat het beter is de necrose te verwijderen of te behandelen met een necrose-oplosser (hoofdstuk 1. Algemene wondbehandeling). Vervloede necrose kan chirurgisch verwijderd worden. Na necrotomie is de wond open en is de wondbodem veelal bedekt met geel beslag. De wond zal secundair genezen. Het grootste probleem is de enorme hoeveelheid lymfevocht die uit de wond vloeit, waardoor infectiegevaar kan ontstaan. Het is belangrijk om bij ontstekingsverschijnselen een wondkweek af te nemen. Het starten van lymfoedeemtherapie vindt altijd plaats na overleg met de behandelend arts. Om de kans te verminderen dat in de liezen lymfocèles (onderhuidse zwelling gevuld met lymfevocht) ontstaan kan een speciale compressiebroek worden aangemeten. De broek omsluit de bovenbenen en het kruis is open. De huidtherapeut kan deze broek aanmeten.

b. Peri-anale wonden na rectumamputatie

Operatiewonden na een rectumamputatie worden primair gesloten of met behulp van een zwaailap en kunnen verzorgd worden als een primair chirurgisch gesloten wond (10). Vaak treden complicaties op in de wondgenezing door eerdere behandelingen, zoals radiotherapie. Dehiscentie is een complicatie die gepaard gaat met veel lekkage van wondvocht, al of niet met een wondinfectie. Dit kan opgevangen worden door een soepel absorberend verband. Door infectie kan de wond spontaan opengaan of moet deze chirurgisch geopend worden, waardoor een groot wondbed ontstaat. De geïnfecteerde wond kan behandeld worden volgens de algemene richtlijnen in het hoofdstuk Algemene wondbehandeling. In een later stadium, als de infectie teruggedrongen is, kan volstaan worden met eenmaal daags uitdouchen of spoelen van de wond, tamponneren met een alginaat- of honingverband, afhankelijk van de hoeveelheid exsudaat, en afdekken met een of meerdere absorberende verbanden en fixeren met een netbroekje. Bij veel exsudaat kan door de behandelend specialist besloten worden om negatieve druktherapie toe te passen. Het gevaar bestaat dat tijdens het aanzuigen van de spons de darm beschadigd wordt en een fistel kan ontstaan. Zoals eerder genoemd hebben de meeste patiënten die een rectumamputatie hebben ondergaan pre- en/of peroperatief radiotherapie gehad en verloopt de wondgenezing moeizaam. Het kan wel meer dan een jaar duren eer de wond gesloten is. Dit kan veel problemen veroorzaken, zoals niet lang kunnen zitten door pijnklachten. Hervatten van sport en werk is vaak niet goed mogelijk. De psychische belasting moet niet worden onderschat. Gedurende deze periode is multidisciplinaire samenwerking van arts, wondverpleegkundige, psychosociale begeleiding, fysiotherapie, ergotherapie voor zitondersteuning en diëtist voor goede voeding ter bevordering van de wondgenezing meer dan noodzakelijk

c. Rectumwond na excisie anuscarcinoom

Patiënten met een anuscarcinoom worden vaak eerst uitwendig bestraald alvorens geopereerd te worden. De tumor wordt chirurgisch of met de laser verwijderd. De wond wordt niet primair gesloten en er ontstaat een defect dat moeilijk te verzorgen is en bezorgt de patiënt veel pijn en ongemak. Om de wond optimaal te kunnen behandelen wordt vaak een tijdelijk stoma aangelegd. De wond kan eenmaal daags uitgedoucht of gespoeld worden met een reinigende vloeistof (zie hoofdstuk Productinformatie) en verbonden worden met een alginaat of honingproduct, afgedekt met een absorberend verband en gefixeerd met een netbroekje. Als de patiënt geen stoma heeft wordt het moeilijk de wond optimaal te behandelen. Het beste is om de wond na iedere defecatie te douchen. Als het mogelijk is kan de wond verbonden worden met een uitgevouwen vochtig NaCl 0,9% gaas.

d. Wonden na vulvectomie

Operatiewonden na een vulvectomie worden gesloten en kunnen verzorgd worden als een chirurgisch primair gesloten wond (10). Vaak worden de liesklieren verwijderd en is het wondgebied groot en uitgebreid. Een lymfklierdissectie vergroot het risico op oedeem in het wondgebied. Na een excisie in het vulvaire gebied is er kans op wonddehiscentie. Dit wordt veroorzaakt door de aanwezigheid van bacteriën in dit gebied, door de warme en vochtige omgeving, door lymfevocht en door spanning door oedeem en urine. Mocht de patiënt een verblijfskatheter hebben, dan kan volstaan worden met het schoonmaken van het vulvaire wondgebied met NaCl 0,9% of door middel van douchen. Kort na de operatie is het wondgebied meestal oedemateus en moet gelet worden op drukplekken die door de katheter veroorzaakt kunnen worden. Indien de patiënt geen katheter meer heeft moet het wondgebied tijdens en/of na iedere mictie goed gespoeld worden met water of NaCl 0,9%. Vervolgens kan het wondgebied afgedekt worden met een of meerdere absorberende verbanden. Zitbaden zijn niet geïndiceerd, omdat deze het wondgebied verweken. Na een vulvectomie kan door infectie of te grote spanning, veroorzaakt door oedeem in het wondgebied, de wond opengaan. Grote spanning kan voorkomen worden door de patiënt te adviseren niet te lang op een stoel te zitten en te mobiliseren door middel van kleine pasjes. De fowlerse houding in bed moet worden afgeraden, omdat dit de spanning op het operatiegebied verhoogt. De patiënte kan het best een halfzittende houding aannemen. Is de wond geïnfecteerd, dan kan deze behandeld worden volgens de algemene richtlijnen in het hoofdstuk Algemene wondbehandeling. In een later stadium, als de infectie teruggedrongen is, kan de wond verzorgd worden zoals beschreven in a, b, en c. Naast een goede en adequate wondverzorging heeft de patiënt ook behoefte aan goede zitondersteuning. Zitkussens die worden toegepast bij de behandeling van decubi-

tus voldoen prima. Soms preoperatief, maar zeker postoperatief verdient ook het ligcomfort van de patiënt de aandacht. Een antidecubitusmatras wordt aanbevolen. Bij ontslag uit het ziekenhuis is een goede overdracht essentieel.

3 HUIDREACTIES EN WONDEN ONTSTAAN DOOR CYTOSTATICA (CHEMOTHERAPIE)

3.1 Inleiding

Na het toedienen van cytostatica kunnen diverse soorten reactie ontstaan, zoals vervelling, roodheid, schilferigheid, vormverandering van de nagels en hyperpigmentatie. De aard en de ernst van de reactie hangt af van het soort en de dosis cytostatica.

3.2 Verschijnselen

Het toedienen van cytostatica kan leiden tot:

- Huiddefecten door extravasatie (subcutaan lopen van het infuus) tijdens de toediening van cytostatica.
- Flare. Dit is een reactie van het bloedvat tijdens toedienen van cytostatica, die na een paar uur weer volledig is verdwenen.
- Huidreacties, met name bij perfusie van extremiteiten.
- Het hand-voet syndroom. Dit is een huidreactie aan handpalmen en voetzolen die kan optreden na bijvoorbeeld toediening van liposomaal doxorubicinehydrochloride of langdurige intraveneuze of orale toediening van fluorouracil.
- Een versterkte huidreactie op de plaats waar de patiënt in het verleden bestraald is geweest. Dit wordt het recallfenomeen genoemd.
- Vertraging van de genezing van reeds bestaande wonden, omdat cytostatica een remmende invloed hebben op de celdeling.

3.3 Behandeling

A. Extravasatie

Extravasatie is het onbedoeld buiten het bloedvat lopen van infuusvloeistof. Bij het toedienen van cytostatica kan dit veel schade geven aan het omliggend weefsel, leiden tot een wond en geeft vaak functieverlies van arm of hand.

De symptomen van extravasatie zijn:

- direct optredende pijn. Deze heftige stekende pijn neemt in de loop van de tijd toe,
- zwelling. Deze verdwijnt niet na enkele dagen,
- roodheid. Dit is meestal niet aanwezig op het moment van de extravasatie, maar treedt meestal zes tot twaalf uur later op,
- infuus loopt slecht of stopt en terugstroom van bloed door middel van hevelen is niet mogelijk.

De behandeling van extravasatie bestaat uit het direct

stopzetten van de infusie en het verwijderen van het infuussysteem. De infuusnaald wordt niet verwijderd. Met behulp van een spuit wordt getracht zoveel mogelijk van het cytostaticum op te zuigen. Direct daarna dient het beschadigde gebied te worden gespoeld volgens de instructie die bij het betreffende cytostaticum staat beschreven. Het is van belang om extravasatie te voorkomen. Dit kan door het inbrengen van het infuus op een niet kwetsbare plaats en zorgdragen dat het infuus niet subcutaan kan lopen. Indien een perifeer infuus niet meer verantwoord is, moet worden overgegaan tot het plaatsen van een volledig implanteerbaar toedieningssysteem of een centrale lijn. Na extravasatie met cytostatica ontstaat vaak een wond (foto 11,12), waar een (plastisch) chirurg bij wordt betrokken voor de behandeling. De behandeling kan bestaan uit het uitvoeren van een necrotectomie en eventueel een reconstructie. Het wondverzorgingsbeleid wordt bepaald in het ziekenhuis en de patiënt zal regelmatig op controle moeten komen voor evaluatie. Bij vragen over de wondverzorging in de thuissituatie kan de specialist of de wondconsulent van de desbetreffende afdeling worden geconsulteerd

B. Flare

In tegenstelling tot extravasatie is flare een onschuldige bijwerking. Voor de interventies is het echter van belang om goed het onderscheid te maken. Dit is het best aan te tonen door te controleren of er een goede terugstroom van het bloed is. De verschijnselen van flare zijn een rode streep die meestal binnen enkele minuten na het starten van de toediening verschijnt. Het betreft gewoonlijk de vene waarin de infusie wordt toegediend. De rode streep verdwijnt meestal binnen enkele uren na toediening van het medicament. Tijdens de flare is vaak sprake van een prikkelende, niet pijnlijke sensatie. Flare is binnen een paar uur verdwenen en behoeft geen specifieke behandeling.

C. Perfusie extremiteiten

Bij perfusie worden de ledematen gespoeld met cytostatica. Hierbij kunnen de volgende bijwerkingen optreden: roodheid, schilfering, blaarvorming, nabloeding, wondinfectie, trombose, necrose van de spier en oedeem. Ter voorkoming van problemen bij perfusie van extremiteiten moet de patiënt de eerste dagen bedrust houden (bij perfusie been) of een mitella dragen (bij perfusie arm). De chirurg bepaalt op geleide van de reactie van het geperfundeerde lichaamsdeel of mobilisatie mag plaatsvinden of worden uitgebreid. De eerste week na de operatie mag het behandelde gebied niet gewassen worden in verband met de kwetsbaarheid van de huid. Daarna mag de patiënt douchen zonder zeep en moet dit gebied deppend gedroogd worden. Na overleg met de arts kan bij ernstige schilfering de huid voorzichtig gedept worden met zoete olie. Indien blaarvorming optreedt, is het belangrijk de



Foto 11. Wond ontstaan door het subcutaan lopen van cytostatica



Foto 12. Zelfde patiënt vier maanden later na intensieve wondbehandeling met plastische chirurgie

blaren te beschermen zodat ze niet opengaan. Stoten en wrijving kunnen daarom het best voorkomen worden met behulp van een dekenboog of een braunsche slede. Als de blaren toch open gaan worden deze met een wondcontactmateriaal en steriele doeken losjes afgedekt. Ter voorkoming van decubitus moet bij perfusie van het been de hiel zoveel mogelijk vrij gelegd worden. Eventuele huidschilfering tussen de tenen kan behandeld worden met een steriel gaas en een indifferente (zonder medicinale toevoeging) crème. In het geperfundeerde gebied mogen beslist geen pleisters gebruikt worden, omdat de huid daar zeer kwetsbaar is. Het betreffende gebied blijft gedurende enkele maanden zeer kwetsbaar en vraagt extra zorg ter voorkoming van wonden. De aangedane extremiteit kan blijvend een dik en zwaar gevoel geven.

D. Huidreacties en hand-voet syndroom

De behandeling van de huidreacties bestaat uit het vet houden van de huid met een indifferente crème of zalf. Het hand-voet syndroom begint met een duidelijk begrensde roodheid van hoofdzakelijk handpalmen en voetzolen. Dit kan overgaan in een warm, pijnlijk of doof gevoel in de vingertoppen. Meestal gaat dit samen met een bruine verkleuring van de huid. Vervolgens kan een ernstige vorm van vervelling van handen en voetzolen optreden. Bij de eerste verschijnselen van het hand-voet syndroom moet de behandeling zo snel mogelijk gestaakt worden of de dosering aangepast. Ter preventie en verlichting van de symptomen van het hand-voet syndroom kunnen de volgende maatregelen getroffen worden:

- koel houden van handen en voeten,
- warmte en warm water vermijden,
- strakke, knellende kleding vermijden,
- handen en voeten onbedekt houden,
- handen en voeten vet houden met indifferente zalf of vette crème.

4 HUDREACTIES EN WONDEN ONTSTAAN DOOR RADIOTHERAPIE

4.1 Inleiding

In de radiotherapie is de afgelopen jaren veel vooruitgang geboekt in het sparen van de gezonde weefsels en dus ook van de huid. Dit komt mede door de intensity modulated radiotherapy (IMRT) die de conventionele radiotherapie langzaam heeft verdrongen. Bij de IMRT wordt de bestralingsbundel dusdanig geoptimaliseerd dat maximale sparing van het gezonde weefsel mogelijk is (11). Tevens wordt tijdens de bestraling steeds meer gebruik gemaakt van beeldgeleide radiotherapie. Dit is een diagnostische röntgentechniek, die tijdens de bestraling wordt gebruikt om te controleren of de patiënt nog in de juiste positie ligt. Dankzij deze technieken zijn de huidreacties ten gevolge van radiotherapie stukken minder dan een klein aantal jaren geleden, wat niet wil zeggen dat ze geheel verdwenen zijn. Juist door de nieuwe technieken is het mogelijk om een intensievere behandeling te geven, al dan niet in combinatie met chemo- of targeted-therapie (doelgerichte therapie), waardoor de kans op curatie groter is, maar die ook weer van invloed is op herstel van het gezonde weefsel, zoals de huid. Voor aanvang van de bestraling wordt de patiënt door de radiotherapeut en de radiotherapeutisch laborant voorgelicht over het ontstaan en de te verwachten ernst van de huidreacties door de bestraling. Voor het geven van de juiste voorlichting zijn stralingsgegevens, zoals bestralingsdosis en fractioneringschema, noodzakelijk. Deze gegevens zijn alleen beschikbaar op de afdeling radiotherapie en daar vindt de voorlichting en het bepalen van het te volgen beleid plaats. Bij vragen of onduidelijkheden over de huidverzorging kan zowel door patiënt als hulpverlener contact worden opgenomen met het desbetreffende radiotherapeutisch instituut.

4.2 Oorzaken

Huidreacties en wonden ten gevolge van radiotherapie ontstaan doordat de ioniserende straling niet alleen in het tumorweefsel dringt, maar ook in het gezonde weefsel. Mits aan een aantal voorwaarden is voldaan (11) worden de tumorcellen door de bestraling vernietigd en zullen de gezonde weefsels, waaronder de huid, zich zoveel mogelijk herstellen. Om de gezonde weefsels zoveel mogelijk te sparen wordt de bestralingsdosis verdeeld. Dit wordt bereikt door de tumor van verschillende kanten of rondom te bestralen. Het ontstaan en de ernst van een huidreactie ten gevolge van radiotherapie zijn afhankelijk van een aantal factoren, zoals het soort straling, de locatie van het te bestralen gebied, het gebruik van weefseequivalent materiaal om de huiddosis te verhogen, het fractionerings-schema en of er stoffen gebruikt worden die de bestraling versterken. De meest toegepaste vorm hierin is de concomitante chemoradiatiebehandeling, waarbij gedurende de radiotherapie een cytostaticabehandeling met een gereduceerde dosis plaatsvindt. Het aantal kuren en de soort cytostatica is afhankelijk van het protocol dat voor de desbetreffende tumor gehanteerd wordt.

4.3 Verschijnselen

Voor het scoren van acute huidreacties is in deze richtlijn gekozen voor het scorings- instrument van het National Cancer Institute (15). De gradatie hiervan is als volgt:

- graad 0: geen verandering,
- graad 1: licht erytheem of droge desquamatie,
- graad II: matig tot vurig erytheem, plekjes met nattende desquamatie, voornamelijk beperkt tot de huidplooien, matig oedeem,
- graad III: nattende desquamatie beperkt tot de huidplooien, bloeden door minimaal trauma en schuren,
- graad IV: levensbedreigende consequenties: huidnecrose of ulceratie van dermis, spontane bloedingen van betrokken huid, skin graft geïndiceerd.

Een veel gebruikte indeling in de zorg is een vereenvoudiging van de hierboven genoemde gradatie:

- erytheem: roodheid van de huid (foto 13),
- droge desquamatie: droge schilferige huid (foto 14),
- nattende desquamatie: oppervlakkige nattende wond (foto 15).

In de radiotherapie wordt onderscheid gemaakt tussen vroege huidreacties, huidreacties die tijdens tot enkele weken na de radiotherapie kunnen ontstaan, en late huidreacties; huidreacties die vanaf zes maanden tot vele jaren na de radiotherapie kunnen ontstaan.

A. Vroege huidreactie

De lichtste vorm is erytheem, dat zich uit in een droge huid die gevoelig is en warm aanvoelt. Het is een ontstekings-



Foto 13. Erytheem ten gevolge van radiotherapie

achtig beeld, mogelijk veroorzaakt door vaatverwijding en verhoogde permeabiliteit van de membranen. Er kan oedeem ontstaan. Bij voortzetting van de radiotherapie kan de huid een dieprode tot bruine kleur gaan vertonen en de patiënt kan last gaan krijgen van jeuk. In een later stadium kan nattende desquamatie (ook wel nattende epidermolyse genoemd) ontstaan, vooral in de huidplooien, zoals oksels, liezen en onder de mammae. Eerst ontstaan kleine, met serum gevulde blaasjes onder de epidermis. Deze kunnen samenvloeien en het epitheel doen barsten. De huid is stuk en de wond produceert exsudaat dat geel/groen van kleur is. Door de nieuwe bestralingstechnieken komen huidreacties als erytheem, droge desquamatie en nattende desquamatie minder frequent voor dan een aantal jaren geleden. Erytheem en droge desquamatie ontstaat nog wel gedurende de behandeling, maar de ernst en de ongemakken voor de patiënt zijn vaak minder heftig. Mocht een nattende desquamatie ontstaan, dan is dit vaak pas op het einde van de behandeling of als de behandeling is beëin-



Foto 14. Droge desquamatie ten gevolge van radiotherapie



Foto 15. Nattende desquamatie ten gevolge van radiotherapie

digd. Het gevolg is dat ondersteunende maatregelen minder streng zijn geworden. De meeste instituten staan inmiddels een normale huidverzorging toe. De patiënt kan gewoon doorgaan met voor hem of haar gebruikelijke huidverzorging met zeep en huidverzorgingsproducten. Dit geldt ook voor het gebruik van deodorant. Er zijn anno 2017 nog steeds onvoldoende evidenced based studies naar het effect van ondersteunende maatregelen, daarom hanteert elk instituut een wisselend beleid. Er wordt inmiddels wel gestreefd naar consensus van een landelijke werkwijze. De meeste radiotherapeutische instituten hanteren de volgende werkwijze:

- Instructie aan de patiënt dat huidreacties ten gevolge van radiotherapie onlosmakelijk met de behandeling zijn verbonden en dat deze op geen enkele manier met een crème te voorkomen zijn. Het beleid is uitsluitend gericht op comfort.
- Wassen met zeep waarbij er op gelet moet worden dat markeringslijnen niet vervagen.
- Afhankelijk van het beleid van het bestralingsinstituut wordt het de patiënt toegestaan om wel of geen gebruik te maken van deodorant, bodylotion of crème. Droog elektrisch scheren als de gezichtshuid in het bestralingsgebied ligt. Voor overige lichaamsdelen geldt dat ze in verband met gevaar voor wondjes en irritaties niet geschoren mogen worden.
- Knellende en schurende kleding geeft een verhoogde kans op huidbeschadiging, daarom wordt ruimzittende kleding aanbevolen.
- Voorzichtig met metaalhoudende producten omdat deze etsend kunnen werken. Producten als zilverulfadiazine worden de laatste jaren tijdens de behandeling in de meeste instituten wel toegestaan, omdat practice-based gebleken is dat de concentratie metaal dusdanig laag is dat dit geen nadelige gevolgen heeft voor de huid.

- Bij fixatie gebruik maken van zacht buisverband of op moeilijk te fixeren plekken gebruik maken van siliconen tape of verbanden met een siliconen border.
- Huid die bestraald wordt zo min mogelijk blootstellen aan zonlicht.

Deze maatregelen gelden tot de huid geheel is hersteld. Dit is meestal na een week of zes. Wel blijft voorzichtigheid geboden met het blootstellen van de huid aan de zon.

a. Wondbehandeling

Zodra het erytheem gaat schrijnen en de huid droog en schilferig wordt, kan ter verhoging van het comfort een verzachtende crème worden gebruikt. De meest gangbare crèmes hiervoor zijn: cetomacrogolcrème, lanettecrème, Bepanthen®crème, calendulacrème en crèmes op basis van aloë vera. Voor liezen en huidplooiën is het gebruik van barrièrecrèmes of -sprays geen probleem; er is zelfs gebleken dat dit comfort kan bieden. Van belang is dat de radiotherapeut-oncoloog op de hoogte is welk product wordt gebruikt en dat dit gedocumenteerd wordt in het medisch dossier. Door de nieuwe bestralingstechnieken ontstaat een nattende wond, meestal aan het einde van de behandeling of als de behandeling reeds is beëindigd. Bij een nattende wond is het van belang om korstvorming te voorkomen. Dit kan door te kiezen voor een vochtig wondmilieu. Mits geen korstvorming optreedt is een nattende desquamatie ten gevolge van radiotherapie, op een enkele uitzondering na, vrijwel altijd binnen tien dagen na het beëindigen van de behandeling en/of het ontstaan van de wond, mits gekozen voor een vochtig wondmilieu, geheel genezen. Er zijn diverse mogelijkheden:

- De wond schoonspelen (liefst met douchekop) met lauwwarm kraanwater. Vervolgens een katoenen verband (Engels pluksel) of een zacht absorberend verband dik insmeren met een indifferente crème, zoals cetomacrogolcrème of lanettecrème. Dit verband op de wonden leggen en fixeren met een zacht buisverband (foto 16), een elastisch netbroekje, een verbandmutsje of een fixatieshirt. De frequentie van deze wondbehandeling is afhankelijk van de hoeveelheid exsudaat, maar zou minimaal tweemaal daags uitgevoerd moeten worden. Het komt vaak voor dat geelgroen exsudaat vrijkomt. Dit lijkt pus, maar is het niet. Hoewel de verbandwisselingen een aantal keren per dag moeten worden uitgevoerd, blijkt deze methode in de praktijk erg comfortabel te zijn. Dit komt doordat een vochtig wondmilieu in stand wordt gehouden waardoor het verband gemakkelijk te verwijderen is.
- Een andere mogelijkheid is verbinden met wondcontactmateriaal op synthetische basis of een schuimverband met een siliconen toplaag.
- Er zijn radiotherapeuten die ervoor kiezen om een ernstige nattende desquamatie te behandelen met zilverulfadiazinecrème 10 mg/g op een katoenen



Foto 16. Fixatie verband bij een nattende desquamatie in het hoofd-hals gebied

verband. De meerwaarde hiervan is niet evidenced-based. Tevens remt een antibacterieel middel de epithelialisatie (12) en mag daarom niet te lang worden gebruikt.

- Door het geelgroene exsudaat is infectie van een nattende desquamatie vaak moeilijk te herkennen. De geur en de lichaamstemperatuur zijn hiervoor de beste parameters. Bij verdenking van een infectie kan het best direct contact opgenomen worden met de radiotherapeut en moet een wondkweek worden afgenomen. De uitslag van de wondkweek is bepalend voor het beleid. Azijnzuur bij een *pseudomonas*infectie is vanwege de pijn die dit veroorzaakt gecontra-indiceerd.

- Zinkolie of -zalf zijn, hoewel de concentratie metaal heel laag is, gecontra-indiceerd, omdat het teveel uitdroogt en daardoor het comfort in de weg staat.

Een nattende desquamatie kan zeer pijnlijk zijn. Vooral de wonden in de lichaamsplooiën, zoals oksels en liezen, kunnen veel ongemak voor de patiënt met zich meebrengen. Pijn wordt over het algemeen systemisch bestreden. Ook in het perianale gebied wordt veel pijn ervaren. Dit kan verlicht worden door de patiënt te adviseren om veel te drinken zodat de urine minder geconcentreerd is en het urineren daardoor minder pijnlijk wordt. Het advies om vrouwelijke patiënten te adviseren tijdens het urineren water tussen de labia te laten stromen biedt meestal ook enige verlichting. Het inbrengen van een blaaskatheter zal tijdens de radiotherapie altijd eerst besproken moeten worden met de radiotherapeut-oncoloog.

B. Late of chronische reacties

Late huidreacties ten gevolge van radiotherapie zijn:

- atrofie,
- teleangiëctasieën (foto 17),
- pigmentveranderingen,
- fibrose (toename van bindweefsel),
- bestralingsulcera,
- osteoradiatieneecrose (met name van de onderkaak).

Voor de behandeling van atrofie, teleangiëctasieën, pigmentveranderingen en fibrose is verwijzing naar een huidtherapeut voor mogelijke bindweefselmassage en huidverzorgingsadviezen zinvol. Vooral als de grote lymfeklierstations (hals, liezen en oksels) in het bestralingsgebied hebben gelegen is er kans op lymfoedeem. Tijdig doorverwijzen naar een in lymfedrainage gespecialiseerde fysio- of huidtherapeut kan verergering van klachten voorkomen. Bestralingsulcera kunnen maanden tot jaren na de bestraling nog ontstaan. Het bestralingsulcus wordt niet altijd als zodanig herkend. Soms lijkt het een recidief van de tumor. Het eerste wat onderzocht moet worden is de histologie van het weefsel. Als blijkt dat het weefsel benigne is en de patiënt op die locatie bestraald is geweest, wordt er vanuit gegaan dat het een bestralingsulcus betreft. In dat geval volgt een lang traject naar gene-



Foto 17. Teleangiëctasiën

zing, waarbij ook de plastisch chirurg betrokken kan worden. Over het algemeen wordt begonnen met het gebruik van actieve wondproducten (zie Productinformatie). De laatste jaren wordt ook gebruik gemaakt van behandeling met hyperbare zuurstof. Dit is een behandeling waarbij de patiënt 100% zuurstof krijgt toegediend via een mond-neus masker bij een druk die hoger is dan de normale omgevingsdruk. Dit is vergelijkbaar met de druk die vijftien meter onder water bestaat. Deze druk is te verkrijgen in een ruimte (hyperpressiekamer) waar de druk kunstmatig verhoogd kan worden. Doordat zuurstof onder druk wordt ingeademd, wordt de hoeveelheid zuurstof die in het bloed oplost ongeveer twaalfmaal zoveel. Door deze toename zullen de weefsels waar te weinig zuurstof is beter van zuurstof worden voorzien, zodat de aanmaak van nieuwe haarvaatjes wordt gestimuleerd, waardoor de kans op genezing van het bestralingsulcus hoger wordt. Osteoradionecrose (ORN) van de onderkaak is een uiting van late bestralingschade in het hoofd-halsgebied, welke zich zelfs nog vele jaren na bestralingsbehandeling van een hoofd-halstumor kan voordoen. De primaire behandeling is een chirurgische verwijdering van necrotisch bot welke uiteindelijk zelfs kan leiden tot verlies van continuïteit van de onderkaak met vaak verlies van kwaliteit van leven.

5 ONCOLOGISCHE HUIDREACTIES EN WONDEN ONTSTAAN DOOR HYPERTHERMIE

5.1 Inleiding

Hyperthermie is een specialistische behandeling die op kleine schaal wordt toegepast in een beperkt aantal ziekenhuizen. Bij een hyperthermiebehandeling wordt het kwaadaardige gezwel verwarmd tot een temperatuur van 40 à 50 °C. Kankercellen worden hierdoor aangetast. Hyperthermie wordt uitsluitend toegepast in combinatie met een andere behandelingsmethode, zoals radiotherapie of chemotherapie. De behandeling kan zowel oppervlakkig als diep zijn. Oncologische ulcera of huidmetastasen kunnen in aanmerking komen voor een behandeling met hyperthermie. Het kan voorkomen dat ook gezonde huidcellen beschadigd raken.

5.2 Verschijnselen

De huidreacties die kunnen ontstaan door hyperthermie lijken op brandwonden. De ernst van het defect is afhankelijk van de uitgebreidheid en de diepte van de brandwond. Bij hyperthermie beperkt het zich meestal tot een eerste-graads verbranding of een oppervlakkige tweedegrads brandwond met blaarvorming. Soms ontstaat bij diepe hyperthermie een brandwond in het onderhuids gelegen vetweefsel. Dit is waarneembaar als een onderhuidse pijnlijke zwelling. Dit verdwijnt na enige tijd en behoeft geen behandeling. Als hyperthermie is toegepast bij een

oncologisch ulcus kan dit ulcus aanvankelijk dieper worden door de afbraak van tumorweefsel.

5.3 Behandeling

Wordt de patiënt naast hyperthermie behandeld met radiotherapie, dan gelden, om de huid zoveel mogelijk te sparen, de preventieve maatregelen zoals beschreven bij de behandeling van huidreacties en wonden ontstaan door radiotherapie. Door de behandeling met hyperthermie kan blaarvorming optreden. Voor de behandeling van blaren wordt verwezen naar het hoofdstuk Brandwonden. Voor de verzorging van een oncologisch ulcus dat is behandeld met hyperthermie gelden de verzorgingsrichtlijnen zoals beschreven in de behandeling van oncologische ulcera.

6 ONCOLOGISCHE HUIDREACTIES EN WONDEN ONTSTAAN DOOR PHOTODYNAMISCHE THERAPIE (PDT)

6.1 Inleiding

Photodynamische therapie (PDT) is gebaseerd op de interactie tussen een lichtgevoelige stof (fotosensitizer), zuurstof en laserlicht met een specifieke golflengte. PDT is volop in ontwikkeling en kan bij bepaalde indicaties worden toegepast bij behandeling van maligne tumoren. De behandeling kan variëren van een intraveneuze toediening met de stof temoporfine die het gehele lichaam overgevoelig maakt voor licht en waar een speciaal opbouwschema voor licht wordt meegegeven tot een lokale behandeling met crème.

6.2 Verschijnselen

De huidreacties ontstaan door PDT, bestaan voornamelijk uit roodheid en branderig gevoel en soms blaarvorming. Oudere patiënten met vaatproblemen lopen meer risico op het ontwikkelen van een wond, vooral aan de benen.

6.3 Behandeling

De behandeling van een huidreactie ten gevolge van PDT bestaat voornamelijk uit het insmeren met een indifferente crème, zoals cetomacrogolcrème. Voor de behandeling van blaren wordt verwezen naar het hoofdstuk Brandwonden. De mogelijk ontstane wondjes worden behandeld volgens de WCS (zwart-geel-rood) Classificatie.

7 HUIDREACTIES EN WONDEN DOOR DOELGERICHTE THERAPIËN (TARGETEDTHERAPY)

7.1 Inleiding

Targeted therapy, ofwel doelgerichte therapie, is een behandeling met medicijnen die groei en deling van kankercellen blokkeren doordat ze de werking tegengaan

van specifieke moleculen die de kankercellen nodig hebben voor hun groei en overleving. De ontwikkeling van deze medicijnen gaat momenteel erg snel en er lopen nog vele studies. Huidreacties komen met name voor bij medicatie die inwerkt op de epidermale groeifactorreceptor (EGFR), zoals bijvoorbeeld cetuximab (13).

7.2 Verschijnselen

Huidreacties tengevolge van het toedienen van doelgerichte therapie kunnen indrukwekkende vormen aannemen en kenmerken, zoals een rush, acne-achtige uitslag, ontstoken nagelriemen, droge ogen en lange wimpergroei.

7.3 Behandeling

De behandeling van huidreacties en wonden ontstaan door doelgerichte therapie kunnen heel indrukwekkend zijn en behoeven een specifieke aanpak, vaak ondersteund met antibiotica. Daar internationale consensus ontbreekt en de behandeling specifiek is, wordt het wond- en medicamenteuze beleid bepaald door de medisch-oncoloog die de therapie voorschrijft. De huidreactie wordt veelal mede intensief begeleid door een oncologisch verpleegkundig specialist.

8 VOEDING

8.1 Inleiding

De voeding vormt een belangrijk onderdeel van de totale zorg voor de oncologische patiënt. Bij aanwezigheid van oncologische wonden is dit belang nog groter. Genezing van wonden vraagt extra energie, eiwit en voldoende vitamines en mineralen. Daarentegen is het bij uitgebreide tumorprocessen in een terminaal stadium niet altijd mogelijk of haalbaar om een verbetering van de voedingsstoestand na te streven.

A. Voeding: een belangrijke ondersteuning

Bij veel oncologische patiënten is sprake van ondervoeding. Dit is afhankelijk van het soort tumor en het stadium van de ziekte. Ondervoeding komt vaker voor bij patiënten met een pancreas-, maag-, slokdarm-, ovarium-, long-, lever- of hoofd-halstumor en bij alle vormen van kanker in een vergevorderd stadium. Ondervoeding kan leiden tot een lagere kans op respons op de behandeling met radio- of chemotherapie. Daarnaast kan dit de kans op complicaties en bijwerkingen van operatie, radiotherapie en chemotherapie vergroten. Bovendien heeft ondervoeding een negatief effect op het afweersysteem, wat weer een grotere kans op infecties kan veroorzaken. Bovenstaande redenen kunnen ondervoeding en een kortere levensverwachting tot gevolg hebben en leiden tot een slechtere kwaliteit van leven.

Behandeling van ondervoeding is een belangrijke onder-

steunende therapie. De behandeling dient zo vroeg mogelijk in het diagnose-behandeltraject te starten. Met de behandeling wordt getracht verdere verslechtering van de voedingstoestand te beperken. Hierdoor wordt de mogelijkheid tot het ondergaan van behandelingen, en daarmee de overlevingskans, vergroot. Hiervoor is het ook van belang om te screenen op (risico op) ondervoeding. Er wordt van ondervoeding gesproken als aan een of meerdere van de volgende criteria wordt voldaan:

- onbedoeld gewichtsverlies: $\geq 5\%$ in een maand en/of $\geq 10\%$ in zes maanden, of/en
- verlies van spiermassa tot onder de vijfde percentiel van de referentiewaarden in combinatie met meer dan 2% gewichtsverlies, of/en
- een BMI $\leq 18,5$ (bij patiënten van 65 jaar en ouder: BMI ≤ 20) of/en
- een BMI tussen 18,5 en 20 (65 jaar en ouder tussen 21 en 23) in combinatie met duidelijk verminderde inname (drie dagen niet of nauwelijks eten of meer dan een week minder eten dan normaal), of met meer dan 2% gewichtsverlies.

B. Voedingsbehoefte bij oncologische wonden en ulcera

Bij ernstige wonden kan een snelle verslechtering van de voedingstoestand optreden doordat het lichaam in een katabole situatie verkeert. Er is een toename van de energie- en voedingsstoffenbehoefte, met name eiwit, vocht, vitamine A, C en E, zink en ijzer. Deze extra stoffen zijn nodig voor de wondgenezing en om het verlies aan vocht en voedingsstoffen via de wond te compenseren. Door vermindering van het afweersysteem kunnen sneller infecties ontstaan. Bij open wonden is de kans op infecties sterk verhoogd, dus het afweersysteem zal zo goed mogelijk moeten zijn. Veelal is er sprake van een verminderde inname van voeding als gevolg van bedlegerigheid, stress, lusteloosheid en pijn. Het is dan ook uitermate belangrijk om voedingsdeficiënties te voorkomen en/of te bestrijden. Zodra risico bestaat op grote wonden, is een goede screening van de voeding dan ook van essentieel belang. De diëtist dient onderdeel uit te maken van het multidisciplinaire team dat deze patiënten begeleidt.

C. Voedingsmaatregelen

Wanneer sprake is van (risico op) ondervoeding en/of grote wonden bij een oncologische patiënt, dient deze te worden verwezen naar de diëtist voor een individueel voedingsadvies. De diëtist zal een voedingsanamnese afnemen en de behoefte berekenen om tijds tekorten te signaleren. De voeding voor deze patiënten zal energie- en eiwitverrijkt moeten zijn. Bij gezonde personen wordt uitgegaan van inname van maximaal 1 gram eiwit per kilogram lichaamsgewicht per dag. Voor patiënten met oncologische wonden of ulcera is een inname van 1,2 - 1,7

gram eiwit per kilogram lichaamsgewicht nodig. Hierbij is van belang dat de voeding ook energieverrijkt is, om te voorkomen dat een deel van de aangeboden hoeveelheid eiwit als brandstof wordt aangewend. Daarnaast is een voldoende inname van vocht van belang. Voor mensen jonger dan 65 jaar geldt een minimale inname van 1.500 ml en mensen van 65 jaar en ouder 1700 ml per dag, omdat met het ouder worden het dorstgevoel afneemt en de patiënten vaak in een (te) warme omgeving verblijven. Als veel vocht verloren gaat via de wond(en) zal dit aangevuld moeten worden.

Het is van belang dat in nauw contact met de patiënt een voeding samengesteld wordt die aan alle bovenstaande voorwaarden voldoet. Deze patiënten zullen hierbij intensief begeleid moeten worden. De verpleegkundige en de voedingsassistent spelen hierbij een belangrijke rol. Zij houden vochtlijsten bij, helpen met eten en controleren of de aangeboden voeding wel door de patiënt gegeten wordt. Vaak zal gekozen moeten worden voor eiwit- en energieverrijkte bijvoedingen en/of voedingssupplementen, omdat de gestelde doelen met normale voeding niet haalbaar zijn. Lukt het niet om oraal voldoende voeding toe te dienen, dan is een volledige of aanvullende sondevoeding een optie. Als aanvulling kan men alleen 's nachts sondevoeding geven. In de thuissituatie is sondevoeding ook goed mogelijk. Parenterale voeding is meestal geen optie, omdat dit te belastend is en het in deze gevallen een groot infectierisico met zich meebrengt. De begeleiding van patiënten met grote wonden zal derhalve altijd multidisciplinair moeten zijn om een optimaal resultaat te boeken. De patiënt en zijn/haar naasten zullen hierbij nauw betrokken moeten worden.

D. Voeding in de palliatieve zorg

Indien een patiënt een oncologische wond of ulcus heeft en niet meer curatief behandeld kan worden treedt de fase van de palliatie in. De voedingstoestand in de palliatieve fase varieert en is afhankelijk van het ziektestadium waarin de patiënt zich bevindt. In eerste instantie kunnen patiënten goed gevoed zijn, maar naarmate het ziekteproces toeneemt, zal de voedingstoestand onvermijdelijk achteruitgaan. De duur van deze fase kan erg verschillend zijn en hangt nauw samen welke maatregelen men met betrekking tot de voeding zal nemen. Het is belangrijk om dit met de patiënt te bespreken, want hij/zij heeft vaak heel hoge verwachtingen van de effecten van voeding. De familie is in deze gevallen ook altijd betrokken bij de voeding van de patiënt en wil meestal meer dan mogelijk is. Duidelijke uitleg over wat men van voeding kan en mag verwachten schept rust. Gezonde voeding is onder normale omstandigheden niet alleen gericht op het handhaven van de gezondheid, maar ook op gezondheidsbevordering op lange termijn. Het is echter niet zinvol om patiënten met een beperkte levensverwachting een streng cholesterolbe-

perkt dieet te laten volgen, om te voorkomen dat zij over tien jaar last krijgen van hart- en vaatziekten. Om te beslissen of voedings- en vochtmaatregelen in de laatste levensfase nodig zijn, is het belangrijk de actuele situatie te kennen en hierbij zowel medische-, sociale- als zorgaspecten in overweging te nemen. Bij dit alles zal de wens van de patiënt voorop moeten staan. Aan de naasten zal uitgelegd moeten worden dat ook het afzien van voedingsmaatregelen op een bepaald moment een goede beslissing kan zijn. In de terminale fase, die zich steeds meer thuis afspeelt, is regelmatig het evalueren van de toestand van de patiënt en de voedingsmogelijkheden van het grootste belang om misverstanden en schuldgevoelens bij zowel patiënt als bij de familie te voorkomen.

9 PSYCHOSOCIALE ASPECTEN

9.1 Inleiding

Het veranderde lichaam kan als minder 'eigen' ervaren worden. Alle (be)handelingen die de patiënt heeft moeten ondergaan dragen ook bij aan het gevoel van vervreemding van het eigen lichaam. Dit geldt voor zowel de patiënt als de partner. Dit houdt in dat ook bij een medisch technisch goed gelukte behandeling heftige psychische reacties kunnen loskomen. Rond het hebben van een oncologische wond of ulcus spelen verschillende psychosociale aspecten een rol. Deze hebben invloed op gevoelens, gedrag en beleving van de patiënt. De verpleegkundige, die in contact komt met deze patiënt, zal dit onderkennen en meenemen in haar zorg. Gebruikmakend van psycho-educatie over de psychosociale aspecten en de invloed hiervan op de patiënt, geeft zij de patiënt inzicht, controle en houvast. Het normaliseert en legitimeert wat de patiënt ervaart. Het feit dat het ervaren van deze gevoelens niet gek is en dat veel vaker zo wordt gereageerd stelt gerust. De verpleegkundige benadering is erop gericht de hele mens te blijven zien, ook al staat de wondzorg op de voorgrond. Deze holistische benadering is gebaseerd op aandacht, interesse, respect en empathie. De patiënt is immers meer dan zijn/haar wond! In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de psychosociale aspecten die een rol spelen bij de beleving van een oncologische wond en met name het oncologisch ulcus:

- wat is 'normaal',
- fasen in behandeling en verwerking,
- overlevingsstrategieën/copingstijlen/draagkracht,
- signaleren van problemen,
- gevoelens rond lichaamsbeleving,
- intimiteit en seksualiteit,
- verlies en rouw.

A. Wat is normaal

Veel voorkomende klachten en psychosociale problemen

komen voor tijdens en na behandeling van kanker. Bijna alle patiënten met kanker ervaren psychische problemen, met name angst, verdriet, onzekerheid en machteloosheid. Ernstige en langdurige vermoeidheid komt voor bij 65-90% van alle patiënten behandeld tegen kanker. Na vijf jaar ervaart nog een derde van alle patiënten ernstige beperkingen vanwege vermoeidheid. Bijna de helft van de patiënten rapporteert relationele problemen. Bij patiënten met darmkanker is dit nog vaker het geval, doordat de partners van darmkankerpatiënten vaak moeite hebben met het stoma of de problemen rondom ontlasting. Hoewel 60-90% van alle patiënten weer terugkeren op het werk, ervaren steeds meer mensen financiële problemen door de ziekte en de nasleep ervan.

Voor de meeste patiënten is deze nasleep een complete verrassing. Zij kunnen het idee krijgen dat dit aan henzelf ligt of dat zij iets niet goed doen. Het is belangrijk te beseffen dat psychische problemen bij kanker (helaas) heel veel voorkomen en dat niets mis is met patiënten die deze problemen hebben. Echter, goede ondersteuning kan deze patiënten weer op de been helpen. Voor veel patiënten is het een grote opluchting als hun problemen herkend en erkend worden door verpleegkundigen en medici. Kanker hebben is erg, maar het gevoel te hebben 'gek te worden' maakt het voor veel patiënten nog erger.

B. Fasen

a. Diagnose en behandeling

De inslag van de diagnose kanker is altijd groot. Voor de meeste mensen begint de behandeling wanneer zij nog niet bekomen zijn van deze schrik. Het is essentieel om vanaf het begin de patiënt goede informatie te geven, niet te veel en niet te weinig. Check altijd expliciet of de gegeven informatie goed begrepen is. Geef belangrijke informatie niet alleen mondeling, maar ook schriftelijk en herhaal. In stressvolle tijden gaat immers veel (bijna alle) informatie verloren. De hersenen kunnen nu eenmaal niet zoveel indrukken tegelijk verwerken. In deze fase gaat alle aandacht uit naar het bereiken van het doel: de kanker overwinnen. Gevoelens worden weggedrukt. Patiënten blijken tot veel meer in staat dan zij voor mogelijk hielden. De specialistisch verpleegkundige is in deze periode een essentiële bron van steun en informatie. Beschikbaar zijn voor vragen en het kunnen geven van praktische tips zijn voor de patiënt de belangrijkste handvatten om deze fase zo goed mogelijk door te kunnen komen.

b. Na de behandeling

Na het afronden van de behandeling is er aanvankelijk opluchting. De behandelingen zijn voorbij, hopelijk is het doel bereikt en men verlangt ernaar de draad van het gewone leven weer op te pakken. Ook de omgeving is blij en alles gaat weer over tot de orde van de dag. Voor de patiënt is dat niet zo eenvoudig. Het herstel valt in de praktijk vaak tegen. Het lichaam is uitgeput, de vermoeid-

heid hardnekkig en de revalidatie duurt soms veel langer dan verwacht. De wereld draait door, de patiënt voelt zich daar buiten staan. Dat is een pijnlijke ervaring. In deze fase is het belangrijk dat de verpleegkundige dit proces weet te herkennen en de patiënt kan ondersteunen door ruimte te geven aan emoties. Tevens is in deze fase regelmatige screening van belang. Het besef van de ziekte dringt vaak nu pas goed door. Emoties zijn dan ook geen teken van zwakte, maar van 'veel meegemaakt hebben'. In deze fase is het belangrijk om dieper in te gaan op emoties en wat de patiënt moeilijk vindt. Verwijzing naar gespecialiseerde psychosociale zorgverleners kan van grote betekenis zijn. Bij complexe oncologische wonden, oncologische ulcera of een stoma is het extra belangrijk de psychische aspecten goed in de gaten te houden. Alle aandacht gaat vaak uit naar het lichamelijke defect, niet alleen door de patiënt en zijn omgeving, maar ook door de medische hulpverleners. Gevoelens en emoties rond de eventuele consequenties van de wond blijven op de achtergrond. Voor de verpleegkundige betekent dat balanceren tussen verpleegkundig-technisch hoogwaardige zorg én ruimte maken voor psychosociale aspecten.

c. Palliatieve fase

Weten dat je niet meer beter kan worden is een enorme klap voor patiënten, terwijl vaak nog levensverlengende behandelingen in het vooruitzicht zijn. De toekomst is erg onzeker. De moed die patiënten hebben in de eerste behandelingsfase, is vaak ver te zoeken. Het verwerken van deze klap en het leven met kanker zijn nu de grote opgaven. Angst en onzekerheid roepen veel vragen op. De patiënt en de omgeving kunnen zeer verschillend omgaan met de situatie. Botsende copingstijlen (bijvoorbeeld actief informatie willen versus ontkenning, wel of juist niet erover willen praten etc.) tussen de patiënt en diens omgeving kunnen voor veel leed zorgen. De gespecialiseerd verpleegkundige is ook in deze fase een belangrijke vraagbaak en steunpilaar. Weten waar je met vragen terecht kan, is voor alle patiënten belangrijk. Continuïteit van zorg kan in deze fase een probleem zijn. De overdracht tussen het ziekenhuis, de thuiszorg en de huisarts schiet soms tekort. Psychosociale ondersteuning is in deze fase uitermate belangrijk. Thema's in deze fase zijn: afwegingen rond behandelingen, omgaan met verdriet en angst voor de naderende dood, behoud van kwaliteit van leven, zingevingsvragen en botsende copingstijlen.

C. Overlevingsstrategieën/copingstijlen/draagkracht

a. Copingstijlen

Ieder mens reageert anders op stressvolle situaties. Globaal zijn er drie 'copingstijlen', oftewel manieren van omgaan met stress: vechten, vluchten en bevriezen. Deze stijlen zijn ongeveer een op de drie verdeeld over alle mensen. Iedereen heeft wel van alles iets, maar iedereen

heeft toch vaak één hoofdstijl, die zich vooral laat blijken in moeilijke tijden. Het is een instinctmatige manier van reageren en dat krijgt de mens mee tijdens de geboorte. Het instinct kan iets worden beïnvloed, door te leren van eerdere situaties. Hoe onbekender, bedreigender of onverwachter een situatie is, des te meer instinctmatig de reactie daarop.

Geen enkele copingstijl is altijd goed. Bij het ontdekken van alarmsignalen die op kanker kunnen wijzen is het verstandig om in actie te komen en de (huis)arts te bezoeken. Afleiding zoeken of de zaak op zijn beloop laten is dan minder effectief. Afleiding zoeken en de kop in het zand steken kan weer heel effectief zijn als gewacht moet worden op de uitslag. Er kan niets actiefs gedaan worden. Steeds het ziekenhuis bellen werkt dan averechts. Na de diagnose kan het heel effectief zijn als de patiënt zich overgeeft aan het behandelplan en niet zelf allerlei zaken gaat opzoeken op internet. Steun zoeken bij lotgenoten kan een heel effectieve manier zijn om te gaan met alle stress rond de ziekte, maar dat geldt niet voor iedereen. In het algemeen zijn er geen ‘goede’ of ‘foute’ manieren van coping. De ene manier werkt effectiever in bepaalde situaties dan de andere. Het meest effectieve is om de copingstijl aan te passen aan de situatie. Helaas zijn veel copingreacties algemene en al veel langer bestaande patronen bij elk mens, waardoor deze niet eenvoudig veranderbaar zijn. Verschillende copingstijlen kunnen elkaar goed aanvullen. De patiënt die het liefst de kop in het zand steekt, kan goed af zijn met een partner die meer informatie durft te vragen, waardoor beiden samen toch goed geïnformeerde beslissingen kunnen nemen.

b. Draagkracht-draaglast

Copingstijlen dragen bij aan het behouden van een evenwicht tussen draaglast en draagkracht. De draaglast bestaat uit alles wat een mens te dragen heeft op het gebied van ziekte, sociale omstandigheden, financiën en persoonlijke geschiedenis. De draagkracht wordt gevormd door lichamelijke sterkte, sociale steun, financiën en copingstijl. Bij ziekte wordt de draaglast groter en de draagkracht vaak minder. De balans tussen draagkracht en draaglast raakt uit evenwicht. De wondzorgverpleegkundige kan een belangrijke bijdrage leveren aan het verminderen van de draaglast en het vergroten van de draagkracht. Door goede wondzorg en het geven van handvatten voor optimale zelfzorg, maar ook door het geven van informatie, het tonen van begrip voor de onzekerheid van de patiënt en het geven van ruimte voor emoties. Gevoelens van angst en onzekerheid kunnen zich vertalen in spanning, met sterke pijn tot gevolg. Het benoemen van deze gevoelens kan ruimte geven om te (h)erkennen wat er eigenlijk aan de hand is, waardoor de spanning zich ontlaadt, zodat de klachten tot de juiste proportie teruggebracht worden. Tenslotte is het belangrijk structureel te

controleren op problemen en desnoods tijdig te verwijzen.

c. Botsende copingstijlen

Bij ziekte, wonden en spanning rond het omgaan met ziekte en wonden reageren mensen heftiger dan normaal. Problematisch wordt het als een verschil in copingstijl tot wrijving leidt. Het komt regelmatig voor dat de patiënt de ernst van de situatie rond de ziekte, de wond of de verzorging lijkt te ontkennen. Naasten, maar ook zorgverleners, willen in zo'n situatie extra benadrukken hoe ernstig de situatie is. De ontkenkende patiënt zal echter nog banger worden en nog meer ontkennen. Het is van belang om in te zien dat deze patiënt bang is en steun nodig heeft. Eenzelfde patroon wordt vaak gezien in een klassieke man/vrouw-benadering in het omgaan met emoties. De ene patiënt wil zo veel mogelijk emoties delen ('Wat denk je nu? Hoe voel je je? Ben je ook zo geschrokken?') en de andere patiënt wil liever gevoelens zoveel mogelijk uit de weg gaan en afleiding zoeken. Het dwingen tot praten is dan geen juiste aanpak. De verpleegkundige kan aangeven dat deze verschillen vaak voorkomen, dat er geen goede of foute manier van omgaan met ziekte is, maar iets waar je samen een oplossing voor moet vinden door ieder op eigen wijze steun te zoeken.

D. Signaleren van problemen

Overlevingsstrategieën kunnen voor de patiënt nuttig zijn, maar door de verpleegkundige als lastig worden ervaren, met name als sprake is van een sterk vermijdende strategie. Het respecteren hiervan kan gevoelsmatig indruisen tegen de visie op wat goed begeleiden is. Niet alleen de patiënt, maar ook de verpleegkundige heeft een eigen manier van omgaan met strategieën. Om zorg op maat te bieden is het herkennen, maar vooral het erkennen van eigen strategieën en reacties belangrijk. Wanneer de relatie met de patiënt erdoor belemmerd en/of verstoord wordt is het raadzaam om collega's of andere hulpverleners te consulteren. Ook een interdisciplinair overleg biedt gelegenheid om met elkaar te zoeken naar de gepaste begeleiding voor een patiënt en wat het betekent voor de hulpverlener. Het biedt inzicht en ruimte voor zowel de patiënt als voor jezelf.

E. Gevoelens rond lichaamsbeleving

De huid biedt bescherming aan het lichaam tegen invloeden van buitenaf. Door een wond is zowel de bescherming als de heelheid van de huid verstoord en brengt dat gevoelens van onveiligheid en angst met zich mee. Daarbij roept het hebben van kanker gevoelens van wantrouwen en onveiligheid op. Hierdoor is de lichaamsbeleving negatief gekleurd. Het lichaam is als een huis met een lekkend dak en scheuren in de muren. Als het lichaam ervaren wordt als onveilig en zelfs bedreigend, vermindert dit het welbevinden, evenals het zelfvertrouwen en de zelfwaardering. De draaglast van de patiënt wordt erdoor verzawaard.

Als het een wond betreft die gepaard gaat met een doorringende geur en een afstotelijk aanzicht, spelen gevoelens van schaamte en afkeer ten opzichte van het eigen lichaam een sterke rol. De patiënt ervaart zichzelf als walgelijk en 'niet om aan te zien'. Het is voor de patiënt steeds weer bedreigend zichzelf te zien en te tonen aan de ander. Dit kan leiden tot sombere stemmingen en depressieve gevoelens, zeker als aard en karakter van de patiënt hiertoe geneigd zijn. Dit kan weer leiden tot vermindering van initiatief en zich terugtrekken uit relationele contacten, hetgeen vereenzaming en isolement tot gevolg heeft. Als de wond regelmatig verzorgd moeten worden door de partner of een verpleegkundige, versterkt dit het gevoel van afhankelijkheid.

De verpleegkundige is diegene die de patiënt aanraakt en verzorgt, daar waar de patiënt zich kwetsbaar voelt. Zij/hij kan een brug slaan tussen de patiënt en zichzelf of haar/zijn omgeving door het gesprek aan te gaan over deze gevoelige onderwerpen. Het draagt ertoe bij dat de patiënt eigen gevoelens herkent en erkent, waardoor de patiënt zich minder geïsoleerd zal voelen. Het erover praten lost niets op, maar lucht wel op, wat spanning doet verminderen.

De verpleegkundige kan vragen stellen over hoe de patiënt het beleeft en wat het betekent. De nadruk moet hierbij liggen op de belevingsgerichte vragen, meer dan op de inzichtvragen. Belevingsgerichte vragen informeren naar wat het betekent en hoe het ervaren wordt en inzichtvragen vragen naar het waarom van de ervaring. De belevingsgerichte vragen geven woorden aan eigen beleving en gevoel rond het hebben van een wond, wat het makkelijker maakt om zich hierover te uiten. Daarnaast kan zij/hij vanuit haar ervaring met andere patiënten deze gevoelens en emoties door middel van psycho-educatie normaliseren en legitimeren. Deze beide interventies bieden een gevoel van grip op de situatie, alsook een gevoel er niet helemaal alleen voor te staan. Dit draagt bij aan de draagkracht en kan leiden tot een doorbreking van het isolement.

F. Intimiteit en seksualiteit

Bij intimiteit en seksualiteit speelt de huid een grote rol. Het gaat om aanraken en aangeraakt worden. Het is een van de sleutels bij het geven en krijgen van aandacht in de relatie. Wanneer het aanraken beperkt wordt in verband met de wond heeft dit invloed op de lichamelijke aspecten van de relatie. De nadruk ligt meer op of een functioneel aanraken om verbonden te worden of een behoedzaam aanraken uit angst pijn te doen. Indien de partner zorg draagt voor het verbinden, brengt dit een vorm van intimiteit met zich mee waarin de gelijkwaardigheid afgenomen is. Het delende karakter is veranderd in een verzorgend karakter. Daarbij neemt de mogelijkheid en de behoefte aan seksualiteit af bij het hebben van een wond.

Deels omdat de wond beperkingen en ongemak met zich meebrengt, deels omdat het hoofd er niet naar staat. Een veel voorkomende valkuil is dat partners elkaar beschermen door het gemis aan intimiteit niet te benoemen, om zo de ander niet meer te belasten dan nodig is. Toch blijkt 'gedeelde smart is halve smart'!

De verpleegkundige kan hierbij een bemiddelende rol spelen en speelt in op een professionele manier en vanuit een beroepshouding, waarbij nabijheid en distantie zich goed tot elkaar verhouden. Vanuit deze beroepsmatige intimiteit is de drempel om deze gevoelige onderwerpen aan de orde te brengen laag. De verpleegkundige kan helpen bij het benoemen van verlangens, gemis en verdriet en meer nadruk leggen op andere vormen van intimiteit. Het stellen van belevingsgerichte vragen en het geven van psycho-educatie zijn dan goede interventies. Mocht dit niet voldoende zijn dan is verwijzing naar een seksuoloog raadzaam.

G. Verlies en rouw

De tijdelijke en mogelijk blijvende gevolgen van de oncologische wond brengen verliezen met zich mee. Deze worden in eerste instantie nauwelijks ervaren omdat het overleven op de voorgrond staat en de consequenties nog niet te overzien zijn. Zolang er hoop is op verbetering valt het omgaan met de verliezen minder zwaar, maar als verbeteringen uitblijven, dringen de verliezen meer door. Die verliezen zijn vaak van velerlei aard, zoals het verlies van een intact lichaam, het moeten leven met beperkingen op het gebied van intimiteit en seksualiteit of gelijkwaardigheid in de relatie, verlies van werk, onafhankelijkheid en van controle. Voor elke patiënt zullen de verliezen anders zijn. Maar bij elk verlies hoort een rouwproces met wisselende emoties.

Veel voorkomende emoties zijn:

- ontkenning en/of vermindering,
- boosheid en machteloosheid,
- onderhandelen,
- verdriet, teneergeslagen zijn en teleurstelling,
- aanvaarding en heroriëntatie.

Rouwverwerking kent geen vast patroon en gaat met vallen en opstaan. Het kost tijd en moeite. Vaak spreekt men van rouwtaken die helpen om uiteindelijk de realiteit te kunnen aanvaarden en zich te heroriënteren op het veranderde leven.

Rouwtaken zijn onder andere:

- (h)erkennen van de realiteit,
- doorleven van pijn en verdriet,
- aanpassen aan een nieuw leven,
- verlies een plaats geven,
- de draad weer oppakken.

Het helpt om steeds weer te mogen vertellen over wat er niet meer is en wat dat met zich meebrengt. Vanuit haar/

zijn professionele ervaring is de verpleegkundige daarbij een belangrijke gesprekspartner. De verpleegkundige kan meedenken en meevoelen, maar bovenal informatie geven over wat een rouwproces betekent. Een luisterend oor dat tegen herhaling kan is voor een verpleegkundige onontbeerlijk. Meeleven, de realiteit met de patiënt bekijken en samen zoeken naar handvatten voor het oppakken van het veranderde leven, zijn bevorderlijke interventies tijdens het gesprek.

9.2 Detecteren van behoefte aan psychosociale zorg

Sinds 2010 is de richtlijn 'Detecteren behoefte aan psychosociale zorg' van kracht. Uit onderzoek bleek dat het signaleren van klachten en problemen bij kanker tekortschoot en behoefte was aan een praktisch handvat. Met dit doel is de Lastmeter ontwikkeld. De Lastmeter signaleert problemen op lichamelijk, emotioneel, sociaal, praktisch en/of spiritueel gebied. Om hierover met de patiënt in gesprek te gaan vraagt de arts of verpleegkundige de patiënt om de 'Lastmeter' in te vullen. De verpleegkundige kan aan de hand van de antwoorden in gesprek gaan met de patiënt over de verschillende onderwerpen. De patiënt krijgt de Lastmeter op verschillende momenten tijdens de behandeling aangeboden, vanaf de start van de behandeling tot en met het nazorggesprek. Een score van 5 of hoger is een indicatie voor bespreking in het multidisciplinair overleg. Maar ook opvallende andere uitslagen zijn een reden voor bespreking. In het MDO (multidisciplinair overleg) kan besproken worden of verwijzing naar een maatschappelijk werker, een geestelijk verzorger of een psycholoog nodig is. Voor somatische problemen is extra aandacht van de arts of de verpleegkundige gewenst.

De Lastmeter is een instrument dat is ontwikkeld in een landelijke samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie (NVPO) en KWF Kankerbestrijding. De Lastmeter is inmiddels breed ingevoerd voor oncologische patiënten in ziekenhuizen, maar is ook beschikbaar voor gebruik in de thuissituatie. De Lastmeter bestaat uit twee onderdelen. Het eerste onderdeel is een thermometer (VAS-score) waarop de patiënt met een cijfer van 0 tot 10 kan aangeven hoeveel last hij/zij de afgelopen week heeft ervaren van de ziekte (0 = helemaal geen last, 10 = extreem veel last). Het tweede onderdeel is een vragenlijst waarop de patiënt kan aanduiden of de afgelopen week problemen zijn ervaren op lichamelijk, emotioneel, sociaal, praktisch of spiritueel gebied. De Lastmeter is inmiddels onderdeel van de Kwaliteitseisen aan de behandeling, opgesteld door onder andere de Borstkankervereniging Nederland. Alleen ziekenhuizen die de Lastmeter toepassen komen in aanmerking voor een contract met de zorgverzekeraars. Verpleegkundigen en patiënten blijken in de praktijk heel tevreden over de mogelijkheden

voor het signaleren en bespreekbaar maken van problemen.

9.3 Zelfzorg

Omgaan met mensen met complexe oncologische wonden en oncologische ulcera heeft ook zijn neerslag op de verpleegkundige. De confrontatie met pijn, verlies en ernstig lijden is een wezenlijk onderdeel van het werk van een wondverpleegkundige in de oncologie. In het werk worden nogal wat eisen gesteld aan de verpleegkundige, die soms tegengesteld lijken. Het openstellen voor de patiënt, maar niet te veel betrokken worden, een vraagbaak voor de patiënt zijn maar, niet overal antwoord op weten ('hoe moet dit nu verder?'), beschikbaar zijn maar ook grenzen hebben. Wondverpleegkundigen werken als specialistisch verpleegkundigen bovendien erg zelfstandig en missen dan de steun van een team van collega's om hen heen.

Verpleegkundigen zijn gewend om aan te pakken, maar praten over eigen gevoelens is niet vanzelfsprekend. Toch is het belangrijk dat wondverpleegkundigen zich ervan bewust zijn dat het werken in de oncologie belastend kan zijn en dat het geen teken van zwakte is om je daar bewust van te zijn om vervolgens dit bespreekbaar te maken met collega's of anderen. Doorstampen, ontkennen van belastende situaties of voortdurend de patiënt voor laten gaan. Geen aandacht besteden aan eigen behoeften zijn valkuilen voor de meest professionele verpleegkundige in de oncologie. Delen van ervaringen, tijd nemen voor ontladen, grenzen aan durven geven, steun zoeken bij collega's en praten over ervaringen en emoties versterken de veerkracht. Dit geldt zeker voor de verpleegkundige.

9.4 Handvatten voor gespreksvoering

Ten aanzien van de psychosociale aspecten is het de rol van de verpleegkundige om een gesprekspartner te zijn en waar nodig te signaleren en te verwijzen. Vanuit de kennis, deskundigheid en ervaring is de verpleegkundige in staat bovenstaande aspecten ter sprake te brengen. Door de professionele houding van nabijheid met behoud van distantie ten opzichte van de patiënt en zijn situatie kan de verpleegkundige moeilijke onderwerpen aankaarten en gevoelens en emoties bespreekbaar maken. Dit echter op basis van respect ten aanzien van de grenzen van de patiënt. De patiënt heeft hoe dan ook de hoofdrol en is de regisseur; de patiënt bepaalt waarover, in welke mate en tot hoever gepraat en gedeeld wordt. Slechts op deze manier kan en zal deze patiënt meer zijn dan zijn wond.

Uitgangspunten bij het aangaan van het gesprek over deze aspecten zijn:

- aandacht voor de patiënt met zijn wond,
- intuïtie om wel of niet een gesprek over een beladen onderwerp aan te gaan,

- tijd en rust, waardoor ruimte is om het verhaal te verstaan,
- respect en waardering voor de manier waarop de patiënt ermee omgaat.

Belangrijke handvatten:

A. Kennis van de psychosociale factoren rond een oncologische wond

B. Psycho-educatie over beleving van een oncologische wond, waaronder het geven van voorlichting omtrent gevoelens ten aanzien van de draaglast

Het benadrukken van de aspecten van de draagkracht (1):

- autonomie, oftewel de touwtjes in handen te houden, door eigen grenzen en keuzes te bewaken en te bepalen.
- zich uiten, om afstand te nemen van de inwendige spanning.
- afleiding om de gedachten te verzetten.
- strategie van overleven.
- normaliseren en legitimeren van eerder benoemde gevoelens.

C. Het stellen van belevingsgerichte vragen, met name de 'wat'- en 'hoe'-vragen

De patiënt kan nadenken hoe ermee om te gaan, wat het betekent en wat hierbij nodig is. De patiënt raakt bekend met zijn draagkracht.

D. Onderdelen van de gesprekstechniek: spuien, ordenen en plan maken

Het doel van deze handvatten is de draagkracht van de patiënt te versterken.

9.5 Samenvatting

Het hebben van een complexe oncologische wond of een oncologisch ulcus brengt een aantal psychosociale aspecten met zich mee. Deze aspecten hebben invloed op gevoelens, gedrag en beleving van de patiënt. Vanuit de positie van de verpleegkundige met de professionele houding van nabijheid en met behoud van distantie is deze in staat het gesprek over de gevolgen en de betekenis van een oncologische wond aan te gaan. De nadruk zal hierbij liggen op het stellen van belevingsgerichte vragen. Dit betekent voor de patiënt niet altijd een oplossing, maar wel een opluchting. Het kan de patiënt ruimte geven als over alle onderwerpen kan worden gesproken, waardoor gevoelens van isolement kunnen worden doorbroken. Daarnaast kan ondersteuning geboden worden in de vorm van psycho-educatie, gebaseerd op kennis en ervaring van de verpleegkundige met andere patiënten in ongeveer dezelfde situatie. Naast zorgen voor de patiënt en naasten is ook zorg voor de verpleegkundige en andere betrokken hulpverleners belangrijk.

10 LITERATUUR

1. Lintz-Luidens H, Löwik M, Veldhoven CCM, et al. **Richtlijn oncologische ulcera**, 2010;P.511-25.
2. Grocott P, Gethin G, Probst S. **Skin problems in palliative care**. In Oxford textbook of palliative medicine (5ed). Edited by Cherny N, Fallon M, Kaasa Stein et al. Oxford University Press, Published online: April 2015.
3. Lintz-Luidens H, Veldhoven CCM. **Palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk: Casus 12 Een patiënt met een ulcererend mammacarcinoom**. Bohn Stafleu van Loghum, 2010.
4. Buijl H. **Een tumorulceratie: machteloosheid of uitdaging voor de verpleegkundige?** Nederlands Tijdschrift voor Palliatieve Zorg, 2000;1:11-5.
5. Lintz-Luidens H, Verhagen CAH, **Oncologische ulcera. Probleem oriënterend denken in de oncologie**. De Tijdstroom Utrecht, 2012;195-203.
6. Adderley UJ, Holt IGS. **Topical agents and dressings for fungating wounds**. Cochrane Library, 2014.
7. Löwik M, Lintz-Luidens H. **Bestrijding geurproblemen oncologische ulcera: Is zilver een optie?** WCS Nieuws, 2009;25:63-5.
8. Löwik M, Noyen J, Lintz-Luidens H. **'Koffie zal nooit geen koffie meer zijn'. Oncologische ulcera**. Landelijke Vereniging voor Oncologie Verpleegkundigen, 2003.
9. Ribero MD, Zeppetella G. **The bioavailability of morphine applied topically to cutaneous ulcers**. Journal of Pain and symptom Management, 2004;27:434-9.
10. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. **Evidence-based richtlijn voor de behandeling van wonden met een acute etiologie in de ketenzorg**. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, 2013.
11. Lintz-Luidens H, Bussink J, Wouters N. **Oncologie Handboek voor verpleegkundigen en andere hulpverleners: hoofdstuk radiologie**. Bohn Stafleu van Loghem, 2013;105-16.
12. Dunne-Daly CF. **Skin and Wound Care in Radiation Oncology Cancer**. Nursing, 1995;18:144-62.
13. Lintz-Luidens H, Van Opstal C. **Cetuximab in combinatie met radiotherapie hoofdbreken door huidreacties**. Oncologica, 2011;28,41-3.
14. Russell NS, Van Werkhoven E, Schagen SB. **Quantification of patient-reported outcome measures of radiation-induced skin reactions for use in clinical trial design**. Support Care Cancer, 2017;25:67-74.
15. National Cancer Institute **Common Terminology for Adverse Events (NCI/CTCAE): skin/ rash associated with radiation, version 4.0 (CTC 4.0)**. 'Acute Radiation Morbidity Scoring Criteria' (2010).

11 NUTTIGE ORGANISATIES EN WEBSITES

1. www.kanker.nl

Betrouwbare startpagina voor patiënten op het gebied van kanker. Met informatie over ziekte en behandeling, ondersteuningsmogelijkheden, lotgenotenforum, tips etc.

2. www.oncoline.nl

Overzicht van alle oncologische richtlijnen, waaronder de richtlijn detecteren behoefte psychosociale zorg (de Lastmeter). Zie ook www.lastmeter.nl

3. www.ipso.nl

Website van de instellingen psychosociale oncologie, zowel alle inloophuizen als alle psycho-oncologische centra (zoals de Vruchtenburg in Rotterdam en Leiden, Ingeborg Douwescentrum in Amsterdam, het Behouden Huys in Groningen en het Helen Dowling Instituut in Bilthoven).

4. Integrale Kankercentra Nederland (IKNL) www.iknl.nl

Start pagina voor professionals ten behoeve van oncologische en palliatieve zorg

Foto's 1 t/m 6 en 10 t/m 18 zijn met toestemming overgenomen van H. Lintz-Luidens

Foto's 7 en 8 zijn met toestemming overgenomen van Y. Boerman Wijers

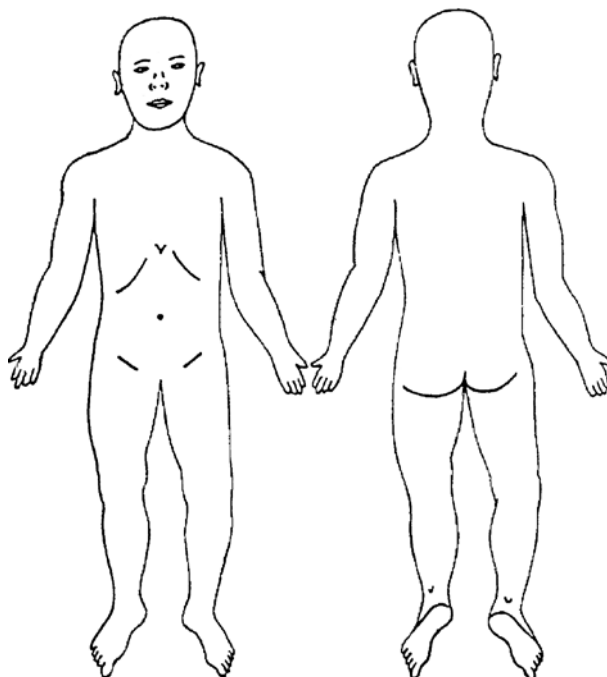
Foto's 9 en 10 zijn met toestemming overgenomen van C. Cremers en D. Jetten

Figuur 2. Analyse oncologisch ulcus

- 1 Hoofddiagnose _____
- 2 (Overige) metastasen zoals bijvoorbeeld long, lever, bot _____
- 3 Prognose levensverwachting
 < 1 week 1-4 weken 1-6 maanden > 6 maanden
- 4 Het ulcus is het gevolg van een
 Primaire tumor
 Doorgroei van tumor naar huid (lokaal recidief)
 Huidmetastase
- 5 In verleden ingezette behandeling gericht op primaire tumor of ulcus
 Chirurgie, namelijk _____
 Chemotherapie, namelijk _____
 Radiotherapie, namelijk _____
 Hormonale therapie, namelijk _____
 Hyperthermie, namelijk _____
- 6 Huidig ingezette/geplande behandeling gericht op ulcus (en tumor/metastasen)
 Chirurgie, namelijk _____
 Chemotherapie, namelijk _____
 Radiotherapie, namelijk _____
 Hormonale therapie, namelijk _____
 Hyperthermie, namelijk _____

7 Kenmerken van het oncologisch ulcus

7.1 Plaats



- 7.2** Afmeting: L _____ cm B _____ cm
D _____ cm H _____ cm
Ondermijning van wondranden door tumorweefsel ja/nee
- 7.3** Kleur Zwart ja/nee droog/nat _____ % van het ulcus
 Geel ja/nee droog/nat _____ % van het ulcus
 Rood ja/nee droog/nat _____ % van het ulcus
- 7.4** Geur
- Geen geur
 - 1 Patiënt ruikt zichzelf
 - 2 Geur is aanwezig in kamer van patiënt
 - 3 Geur is aanwezig buiten de kamer van patiënt
- 7.5** Exsudaat
- Geen exsudaat
 - 1 Verbandwisseling 1 x daags voldoende
 - 2 Verbandwisseling 2-3 x daags
 - 3 Verbandwisseling > 3 x daags noodzakelijk
- 7.6** Bloedingsneiging (veneus)
- Geen bloedingsneiging
 - 1 Bij verbandwisseling
 - 2 Spontaan/intermitterend
 - 3 Spontaan/continu
- 7.7** Wondpijn
- Geen pijn
 - 1 Pijn door verbandwisseling
 - 2 Pijn bij bewegen
 - 3 Continu pijn
- 7.8** Jeuk
- Geen jeuk
 - 1 Licht af en toe/continu
 - 2 Matig af en toe/continu
 - 3 Ernstig af en toe/continu
- 7.9** Fisteling
- Ja/nee
Soort: van _____ naar _____
- 7.10** Maceratie
- Geen maceratie
 - 1 < 2 cm rond het ulcus
 - 2 > 2 cm rond het ulcus = _____ cm

7.11 Stadium/gradatie ulcus	<input type="checkbox"/> Graad I <input type="checkbox"/> Graad II <input type="checkbox"/> Graad III <input type="checkbox"/> Graad IV <input type="checkbox"/> Graad V	Intacte epidermis met dreigende aantasting van de huid door onderliggend tumorweefsel Beginnende aantasting van subcutis Diepe doorgroei met aantasting van de subcutis Droge en/of vervloeiende necrose tot 30% van het wondoppervlakte Droge en/of vervloeiende necrose op meer dan 30% van het wondoppervlakte
-----------------------------	--	---

Bij gradaties II tot en met V kan er sprake zijn van exsudaat, bloedingsneiging, pijn en jeuk.

8 Gegevens over huidige medicamenteuze symptoombestrijding van ulcus

8.1 Geur

Systemisch _____
 Lokaal _____

8.2 Exsudaat

Systemisch _____
 Lokaal _____

8.3 Bloedingsneiging

Systemisch _____
 Lokaal _____

8.4 Pijn

Systemisch _____
 Lokaal _____

8.5 Jeuk

Systemisch _____
 Lokaal _____

8.6 Maceratie

Systemisch _____
 Lokaal _____

9 Gegevens over huidige wondverzorging:

9.1 Materialen _____

9.2 Wijze van aanbrengen _____

9.3 Frequentie van wondverzorging: _____ x daags

9.4 Verbinden van ulcus geschiedt door _____

10 Gegevens over problemen/beperkingen ten aanzien van de huidige wondverzorging. Denk hierbij aan de plaats van het ulcus, allergische reacties, thuiszorgmogelijkheden, verkrijgen van materialen, financiële problemen.

11 Psychosociale aspecten
(gegevens over gevoelens van schaamte, angst, verstoord lichaamsbeeld, afkeer, sociale isolatie)

12 Voedingstoestand

- Normaal
- Gebrek aan eetlust/vermindering honger gevoel (anorexie)
- Patiënt is cachectisch (> 5% gewichtsverlies)

13 Draagkrachtpartner/mantelzorg

14 Draagkracht hulpverleners in relatie tot wondproblematiek
