

SEPTEMBER 2025 NR 3 JG 5

Nieuwsbrief

Wondzorg.net



Voorwoord

Beste collega's,

"Een nieuwe 'herfst', een nieuw verhaal", zo zouden we kunnen beginnen, of met een andere "Oude wijn in nieuwe zakken". Ik zou zeggen, "van alles wat". Uiteraard komen er nieuwe ervaringen, ideeën en activiteiten, maar evenzeer wordt bewaard wat goed is.

Ik ga ervan uit dat iedereen toch wel een beetje van de vakantie heeft kunnen genieten, aan het weer zal het alvast niet gelegen hebben. Met het cliché van 'de opgeladen batterijen' gaan we er alvast weer tegenaan.

In augustus hebben de laatste postgraduaat studenten (60 STP) nu ook hun rode 'PIN' gekregen en sinds deze zomer komen de eerste aanvragen binnen voor het bekomen van het label en de gele 'PIN' referentieverpleegkundige wondzorg. Het is interessant de gemeenschap van wondzorg deskundigen (liefhebbers klinkt zo vreemd in deze context) te 'zien' groeien.

We gaan met de wondzorgvereniging, in het kader van ons 30 jarig bestaan, ook 'een echt stapje zetten in het verenigingsleven' want op 21 september gaan we immers op familiedag in de Vlaamse Ardennen, vergeet niet om je in te schrijven.

Wat het echte werk betreft, de website wordt momenteel hervormd, het ledendeel wordt aangepakt, de opleidingen staan online en de congressen zijn gepland. Vergeet niet om je in te schrijven voor onze Congressen;

Noteer dus

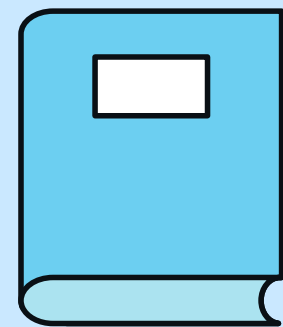
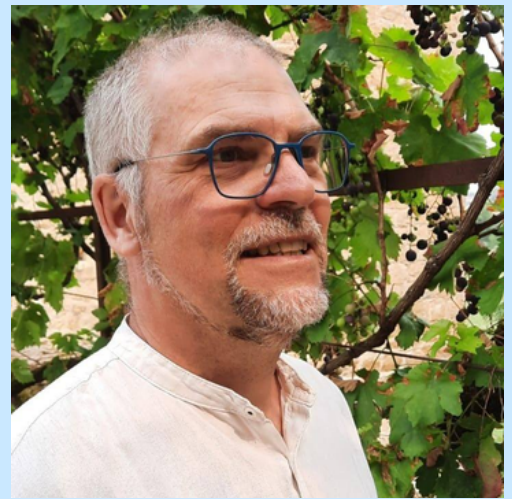
- 6 november 2024: Congres Militair Hospitaal, wondzorg
- 12-13 februari 2025 Congres Blankenberge, wond- stoma- en voetzorg
- 26 februari 2025: Hasselt, Wondzorg
- 30 april 2025: AZ Alma Eeklo Congres acute diensten, Intensieve zorgen en spoedgevallen

U kan ook uw PIN bekomen op deze congressen.

Hou de website WWW.WONDZORG.NET en WWW.CNPV.BE in de gaten voor meer informatie over alle activiteiten.

Ik wens je alvast een hele fijne start

Luc Gryson
Voorzitter
Wondzorg.net



Inhoud:

Voorwoord

- Artikel: Managing a malignant wound in palliative care
- Tips en tricks
- Casus
- Vrijwilliger wondzorg.net
- Agenda
- CNPV

Managing a malignant wound in palliative care

Inleiding

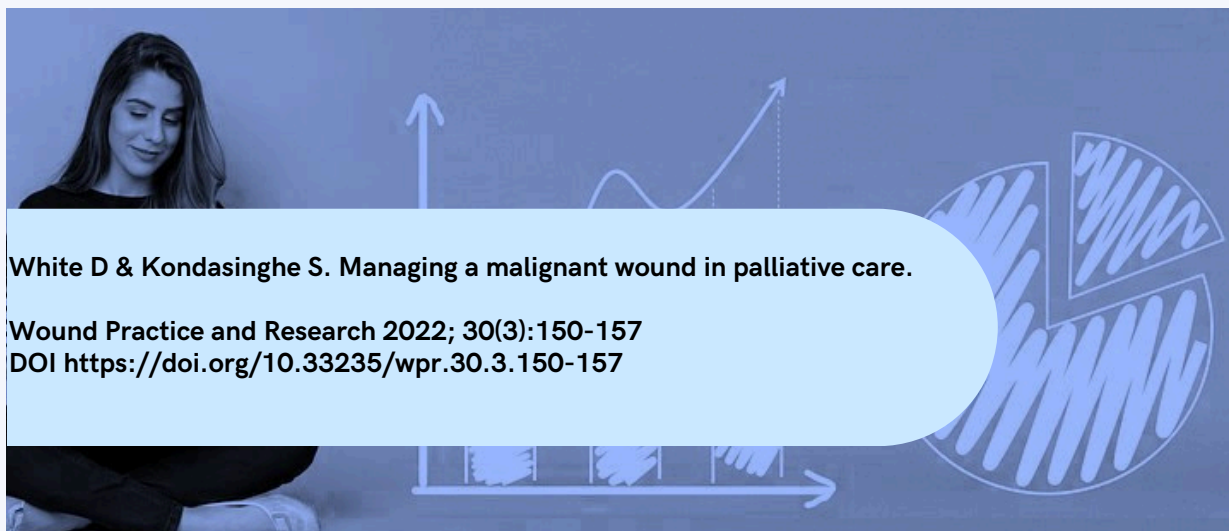
Oncologische wonden komen vaak voor bij patiënten met gevorderde kanker die palliatieve zorg ontvangen en kunnen moeilijk te behandelen zijn. Pijn, bloeding, exsudaat, onaangename geur en de psychologische stress die gepaard gaat met niet-genezende maligne wonden veroorzaken aanzienlijk lijden. Deze patiënten hebben baat bij een palliatieve zorgbenadering die gericht is op het optimaliseren van de kwaliteit van leven en functioneren bij een terminale ziekte.

Een holistische benadering van deze problemen omvat het beoordelen van de fysieke, psychosociale en spirituele aspecten van de ervaring van een patiënt. Behandelplannen zouden een patiëntgerichte therapeutische relatie moeten omvatten met als doel het verlichten van lijden. Het bewijs achter managementstrategieën voor niet-genezende maligne wonden in de palliatieve zorg is over het algemeen van lage kwaliteit. Deze review heeft als doel de huidige praktijk in het beheer van maligne wonden samen te vatten en het belang van verder onderzoek te benadrukken.

De volgende casus identificeert veelvoorkomende problemen bij het beheren van maligne wonden in een palliatieve zorgsetting.

Casus

Een 35-jarige man met gemetastaseerd anaal adenocarcinoom werd opgenomen op een palliatieve zorgafdeling voor symptommanagement. Twee jaar na de diagnose en behandeling van zijn primaire kanker, waaronder chemoradiotherapie, een abdomino-perineale resectie en de vorming van een colostoma, ontwikkelde zich metastatische ziekte die het perineum en de scrotum aantastte. Dit leidde tot een maligne genitale en perineale wond die de corpora van de penis betrof en zich uitbreidde naar de inguinale en suprapubische regio's. De wond was complex, met nodulaire en geïrriteerde componenten, gepaard gaand met pijn, onaangename geur, bloeding en purulente afscheiding die aanzienlijke stress veroorzaakten. Prominente psychosociale problemen waren onder meer een gebrek aan sociale ondersteuning thuis, een echtscheiding terwijl hij een schoolgaand kind opvoedde, onvermogen om te werken, financiële stress, verstoring van het lichaamsbeeld, en culturele opvattingen die het verlenen van verpleegkundige zorg beperkten.



White D & Kondasinghe S. Managing a malignant wound in palliative care.

Wound Practice and Research 2022; 30(3):150-157
DOI <https://doi.org/10.33235/wpr.30.3.150-157>

De patiënt stond zelden toe dat medisch personeel de wond beoordeelde en wilde zijn eigen verbandwisselingen privé uitvoeren zonder verpleegkundige hulp; echter, exsudaat doorweekte de verbanden in zijn kleding, waardoor hij meerdere keren per dag moest douchen, en de pijn was slecht gecontroleerd. Naarmate zijn sociale situatie beter werd begrepen, ontwikkelde zich vertrouwen via de therapeutische relatie en werd een acceptabel verbandplan opgesteld dat gericht was op het behouden van zijn onafhankelijkheid.

Hij waste de wond twee keer per dag met fysiologische zoutoplossing of tijdens het douchen, de omliggende huid werd vervolgens gereinigd met reinigingsdoekjes en er werd een barrièrecreme aangebracht. Een zilvergeïmpregneerd carboxymethylcellulose verband werd bevestigd met een laagprofiel incontinentieverband ondersteund door zijn ondergoed, en indien bloeding aanwezig was, kon een absorberend calciumalginaatverband met zilver worden gebruikt. Zijn pijnbehandelingsregime werd geoptimaliseerd, inclusief achtergrondanalgesie met methadon, neuropathische adjuvante middelen zoals pregabaline, en onmiddellijk werkende hydromorfon voorafgaand aan voor de verbandwisselingen. De patiënt werd naar huis ontslagen, ondersteund door een palliatieve thuiszorgdienst, met dit behandelplan. Hij kon waardevolle tijd doorbrengen met zijn dochter en werd twee maanden later opnieuw opgenomen op de afdeling voor zorg aan het einde van het leven.

Deze casus benadrukt de complexe en onderling samenhangende problemen die zich voordoen bij het beheren van patiënten met maligne wonden in de palliatieve zorg, die in de volgende review worden besproken.

Oncologische wonden in palliatieve zorg

Oncologische wonden ontstaan wanneer ulceratie en necrose optreden in kanker gerelateerde huidlaesies, afkomstig van een primaire tumor of cutane metastase^{1,2}. De prevalentie van oncologische wonden bij kankerpatiënten is niet goed vastgesteld, aangezien incidentie niet wordt geregistreerd in kankerregisters, maar ligt waarschijnlijk tussen de 5-10% en kan oplopen tot 15% bij patiënten die palliatieve zorg ontvangen³⁻⁵. Kankersoorten die het vaakst worden geassocieerd met oncologische wonden zijn borstkanker, hoofd-halskanker en primaire huidkankers, waarbij hun aanwezigheid vaak duidt op gevorderde ziekte en een slechte prognose^{4,6,7}. Ook gemetastaseerde long-, nier- en colorectale kankers worden in verband gebracht met de ontwikkeling van oncologische wonden^{4,6}.

De pathogenese van oncologische wonden omvat destructie van lymfatische en vasculaire structuren, leidend tot oedeem, verminderde perfusie, necrose, proliferatieve groei, ulceratie en polymicrobiële kolonisatie, waardoor het genezingsvermogen van de wond wordt belemmerd⁸. Symptomen zoals pijn, bloeding, geur en exsudaat gaan gepaard met een verminderde eigenwaarde, slechter functioneren en een verminderde kwaliteit van leven bij patiënten met maligne wonden^{9,10}.

Systemische behandelingen die gericht zijn op de onderliggende maligniteit – waaronder chemotherapie, immunotherapie, hormonale behandelingen en lokale therapieën zoals radiotherapie of chirurgie – kunnen zorgen voor ziektecontrole en verbetering van wond gerelateerde symptomen. Helaas zijn oncologische wonden vaak niet geschikt voor chirurgische behandeling vanwege de omvang van de wond, en systemische antikankerbehandelingen zijn mogelijk niet geïndiceerd bij patiënten met een slechte performance status. Wanneer deze strategieën niet geschikt zijn, is het onwaarschijnlijk dat een oncologische wonde geneest en moet de zorg zich richten op het identificeren van wat belangrijk is voor de patiënt, het vaststellen van realistische verwachtingen, en het bieden van educatie en psychosociale ondersteuning aan patiënten en hun mantelzorgers¹¹.

Wanneer wondgenezing niet haalbaar is, zullen de behandeldoelen gericht zijn op het voorkomen van verdere wondverslechtering en -afbraak, het beheersen van symptomen en het bevorderen van kwaliteit van leven, comfort en waardigheid¹². Een uitgebreide wond- en patiëntbeoordeling vormt de basis van de holistische benadering van patiënten met oncologische wonden.

Wond- en patiëntbeoordeling

Wondbeoordeling omvat een gedetailleerde inspectie van de wond, een evaluatie van de symptomen, de impact van de wond op het functioneren – inclusief psychosociale en spirituele domeinen – en de zorgdoelen van de patiënt (Box 1)¹³⁻¹⁶. Bij het beoordelen van pijn moet specifiek worden gevraagd naar factoren die de pijn verergeren of verlichten, het ongemak tijdens verbandwisselingen en de mate van verlichting door analgesie.

Oncologische wonden kunnen zich snel ontwikkelen en veranderen, waardoor frequente herevaluatie noodzakelijk is. Gezien de verschillen in wondlocatie, kenmerken, aanwezigheid van bloedingen, exsudaat en pijn, is lokale kennis en verpleegkundige expertise in wondbeoordeling vereist om een geïndividualiseerd verbandplan op te stellen. De Treatment Evaluation by Le Roux's method (TELER) en de Wound and Symptoms Self-Assessment Chart (WoSSAC) zijn gevalideerd om maligne wondbeoordeling te ondersteunen, waarbij symptomen en uitkomsten bij patiënten met maligne wonden worden gemeten. De impact van deze instrumenten in de klinische praktijk is echter nog niet geëvalueerd¹⁴.

Wondreiniging en verbanden

De evidentie voor de lokale behandeling van oncologische wonden is grotendeels gebaseerd op casusrapporten en opinies van deskundigen^{3,5}. Een Cochrane-review over verbanden bij oncologische wonden concludeerde dat er onvoldoende bewijs is om duidelijke richtlijnen te geven voor de klinische praktijk¹⁸. Verbandwisselingen kunnen pijn veroorzaken door lokaal trauma aan het kwetsbare wondoppervlak, waardoor een passend reinigings- en verbandregime van cruciaal belang is¹⁹. Bij wonden waarvan geen genezing wordt verwacht, moeten patiëntcomfort, gebruiksgemak en kosten prioriteit krijgen bij het kiezen van het type verband, de frequentie en het tijdstip van verbandwisselingen¹¹. De kosten en financiële belasting van verbandmaterialen kunnen eveneens een zorg zijn voor patiënten en dienen besproken te worden bij het bepalen van een verbandregime. Duurdere speciale verbanden kunnen kosteneffectief zijn als ze leiden tot een vermindering van het aantal verbandwisselingen in vergelijking met eenvoudige katoenen of gaasverbanden²⁰.

Het bevochtigen van verbanden met fysiologisch zout, warm water of het gebruik van een kleefstofverwijderaar helpt wondtrauma te minimaliseren¹³. Indien onmiddellijke toediening van opioïde analgesie nodig is, dient dit op een geschikt tijdstip vóór het verwijderen van verbanden te gebeuren. Voor de reiniging van oncologische wonden geniet voorzichtig spoelen met 0,9% NaCl-oplossing of kraanwater de voorkeur boven schrobben, omdat dit bloedingen kan veroorzaken. Patiënten geven er soms de voorkeur aan om een wond tijdens het douchen of baden te reinigen voordat een nieuw verband wordt aangebracht¹³.

Spoelen is echter niet altijd geschikt bij wonden met diepe tunnels of wanneer het spoelmiddel zich in de wond kan ophopen¹⁹. Het beschermen van de omliggende intacte huid moet prioriteit krijgen, bijvoorbeeld met barrièrecrèmes en stomahuidbeschermers bij exsuderende wonden. Scherp debridement wordt meestal vermeden vanwege het risico op bloedingen, vooral wanneer er onderliggende vasculaire structuren aanwezig zijn²¹⁻²³. Autolytisch debridement van necrotisch weefsel kan helpen infectie en geur te verminderen, maar moet worden afgewogen tegen een toename van exsudaatproductie en is mogelijk niet geschikt voor niet-genezende wonden¹³. Negatieve druktherapie wordt doorgaans vermeden bij maligniteiten vanwege het potentiële risico op tumorprogressie en bloedingen, hoewel er casusrapporten zijn gepubliceerd over het gebruik bij geselecteerde patiënten^{24,25}.

Wondverbanden

Wondverbanden zijn bedoeld om symptomen van een maligne wond te helpen beheersen, comfort te bevorderen en patiënten in staat te stellen sociale contacten te behouden²⁶. Het visuele aspect van oncologische wonden is vaak belastend voor patiënten en mantelzorgers, en verbandwisselingen kunnen een onaangename ervaring zijn²⁷.

Patiënten en mantelzorgers vinden vaak creatieve manieren om met wondzorg om te gaan, waarbij zorgprofessionals dit proces kunnen ondersteunen door in te spelen op psychosociale en emotionele behoeften en door educatie en empathische zorg te bieden²⁷.

Box 1. Comprehensive assessment of patients with malignant wounds^{14,15}

Wound assessment
<ul style="list-style-type: none"> • Location: head & neck, chest, abdomen, perineal, limbs • Wound appearance: nodular, ulcerative, necrotic, friable, sloughy, exposed/underlying structures • Size and depth: superficial, deep, layers involved • Wound edge and peri-wound skin appearance • Complications: infection, fistula formation, pockets, lymphoedema
Symptoms
<ul style="list-style-type: none"> • Pain: intensity (numerical rating scale 1–10), onset, quality (aching/stabbing, burning/shooting), time course, exacerbating and relieving factors, effectiveness of analgesia • Bleeding: amount, type (contact, spontaneous, oozing) • Exudate: amount, colour, quality (serous, purulent) • Malodour: intensity, impact on patient/caregivers • Other symptoms: nausea, fatigue, dyspnoea, pain, anorexia
Impact on function
<ul style="list-style-type: none"> • Head & neck wounds: impact on swallowing, speech, hearing, vision • Anal/perineal wounds: faecal and urinary continence • Function: ability to mobilise, perform activities of daily living, impact on sleep • Nutritional assessment: dietary history, if recent weight loss consider need for high-protein high-energy nutritional supplement and referral to a dietician
Psychological impact
<ul style="list-style-type: none"> • Impact on mood, depression, anxiety, body-image, self-esteem, feelings of hopelessness/despair, anger, frustration, fear
Social impact
<ul style="list-style-type: none"> • Social isolation, withdrawing from family/friends, feelings of loneliness and isolation, impact on sexuality, ability to fulfil social roles (parenting, occupation, hobbies) • Provision of care: specialists, general practitioner, caregivers (availability, abilities, willingness) • Financial concerns: cost of wound dressing supplies, transportation to appointments, financial support for carers, completion of a will
Spiritual impact
<ul style="list-style-type: none"> • Examination of the role of spirituality in the patient's life • FICA tool (Faith and Beliefs, Importance, Community, Address in care)¹⁷
Patient's goals of care
<ul style="list-style-type: none"> • Discussion with the patient about their ideas, concerns and expectations about treatment goals and their understanding of prognosis • Advanced care planning

Het cosmetische uiterlijk van verbanden is belangrijk voor de kwaliteit van leven van patiënten, waarbij de voorkeur uitgaat naar minder volumineuze verbanden die de mobiliteit niet belemmeren. Praktische methoden om verbanden te fixeren, zoals het gebruik van sport-bh's of netondergoed, kunnen hierbij nuttig zijn¹⁵. Vaak is een proces van uitproberen nodig met de beschikbare verbanden en regimes, voordat een plan wordt gevonden dat aansluit bij de behoeften van de patiënt.

Pijn

Oncologische wonden zijn vaak pijnlijk en pijnbestrijding is regelmatig een belangrijk aandachtspunt voor zowel patiënten als mantelzorgers^{6,14}. Patiënten zouden een pijnmanagementplan moeten hebben, waarbij adequate systemische analgesie wordt toegediend vóór verbandwisselingen.

De WHO-analgetische ladder en andere richtlijnen (ESMO28 en EAPC29) geven instructies voor de behandeling van kankerpijn. Wanneer pijn niet onder controle komt met eenvoudige analgetica (paracetamol en niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen), kan een combinatie van snelwerkende en langwerkende opioïden nodig zijn om zowel doorbraakpijn als achtergrondpijn te behandelen¹¹. Andere adjuvante therapieën die gericht zijn op neuropathische pijn kunnen ook worden toegepast, waaronder antidepressiva (amitriptyline en duloxetine) en calciumkanaalmodulatoren (gabapentine en pregabaline). Er is enig bewijs dat gabapentine effectief kan zijn als adjuvante pijnstiller bij verbandwisselingen vanwege zijn anxiolytische werking; dit werd echter niet bevestigd in een latere meta-analyse bij kankerpatiënten^{30,31}.

Bij het toedienen van analgesie voorafgaand aan verbandwisselingen moet rekening worden gehouden met het tijdstip van inwerking van systemische opioïden. Orale, snelwerkende morfine moet 30 minuten van tevoren worden ingenomen, terwijl snelwerkende opioïden sneller werken (binnen 30 minuten), waaronder transmucosale fentanyl, dat bij geselecteerde patiënten wordt gebruikt voor doorbraakpijn bij kanker³².

Topische opioïden in de vorm van morfine gemengd met een hydrogel kunnen een rol spelen via een lokaal analgetisch effect^{5,33}. Een voordeel van topische opioïden boven systemische opioïden kan zijn dat ze minder bijwerkingen veroorzaken, met name obstipatie; echter, de biologische beschikbaarheid van morfine bij toepassing op beschadigde huid is sterk variabel¹⁹. Morfinegel kan worden bereid door 10 mg morfine (ampul voor injectie) te mengen met 10 g wateroplosbare dragergel, aan te brengen op de wond met een gehandschoende vinger of via een niet-absorberend verband dat over de wond wordt gelegd, tot maximaal driemaal per dag¹¹.

Het bewijs voor het gebruik van topische morfine bij maligne wonden blijft echter zwak en is beperkt tot kleine studies met risico op bias; aanvullend onderzoek is nodig om de klinische praktijk beter te onderbouwen⁵.

Geur, exsudaat en infectie

Geur en exsudaat die geassocieerd worden met oncologische wonden zijn vaak de meest belastende symptomen voor de kwaliteit van leven, zoals gerapporteerd door patiënten^{7,34}. Een onaangename geur kan de relaties van patiënten met anderen, met name mantelzorgers, negatief beïnvloeden. Het beoordelen van geur is subjectief en omvat zowel zelfrapportage door de patiënt als observaties door familie, mantelzorgers en zorgverleners. Hoewel gewinning aan onaangename geuren na langdurige blootstelling kan optreden, blijven patiënten doorgaans bewust van de geur en van de impact die dit op anderen heeft³. Het in overweging nemen van het stigmatiserende effect van geur en de invloed daarvan op het sociale functioneren kan belangrijke inzichten bieden die het wondzorgplan beïnvloeden.

Bacteriële kolonisatie van oncologische wonden draagt bij aan geur, met name de aanwezigheid van anaëroben die vetzuurvolatielen en de metaboliëten putrescine en cadaverine produceren, die sterk met wondgeur worden geassocieerd³⁵. Een hogere bacteriële belasting in de wond wordt geassocieerd met meer pijn en exsudaat; strategieën die deze belasting verminderen, kunnen dus bijdragen aan symptoombeheersing³⁵. Topische antimicrobiële middelen zijn toegepast bij de behandeling van wondgeur, waaronder 0,75–0,8% metronidazolgel, eenmaal tot tweemaal daags aangebracht bij verbandwisselingen⁸. Een systematische review uit 2015 concludeerde dat er weinig klinische trials beschikbaar zijn over de effectiviteit van metronidazolgel, waardoor de interpretatie van het effect beperkt is; slechts één gerandomiseerde trial liet een verbetering van de geur zien³⁶. Een gerandomiseerde trial uit 2018, waarin polyhexamethylbiguanide werd vergeleken met 0,8% metronidazol, beide tweemaal daags gedurende 4 dagen toegepast bij verbandwisselingen, toonde dat beide behandelingen de wondgeur verbeterden met een geringe verbetering van de kwaliteit-van-leven-metingen. Er was echter geen verschil tussen de groepen en de studie werd beperkt door de kleine steekproefgrootte³⁷. Verdere studies zijn nodig om routinematige toepassing te onderbouwen, waarbij ook de kosten van metronidazolgel een beperkende factor kunnen zijn. Medische honing, topisch toegepast bij maligne wonden, is gebruikt om geur te verminderen en wondgenezing te bevorderen, onder andere bij brandwonden, diabetische ulcera en decubitus; het voordeel ervan bij oncologische wonden is echter nog niet bevestigd in gerandomiseerde trials^{12,38,39}. Topische antiseptische verbanden met jodium, medische honing, zilver of polyhexamethylbiguanide kunnen infectie helpen beheersen; het bewijs voor hun effectiviteit op symptoomverbetering blijft echter zwak⁴⁰.

Geactiveerde koolstofverbanden kunnen geur absorberen door geur veroorzakende chemicaliën te binden; het gebruik hiervan is echter uitsluitend gebaseerd op klinische ervaring^{18,21,41}. Er is wél bewijs dat schuimverbanden geïmpregneerd met zilver effectief zijn: een gerandomiseerde trial met 26 patiënten met maligne fungerende wonden toonde een significante vermindering van geur bij gebruik van zilverschuimverbanden vergeleken met verbanden zonder zilver⁴². Een andere gerandomiseerde studie waarin zilver-gecoate verbanden werden vergeleken met honing-gecoate verbanden, vond dat beide de geur en het exsudaat bij maligne wonden verminderden, maar er was geen significant verschil tussen de twee⁴³.

Beheer van exsudaat

Het beheersen van exsudaat helpt om geur te minimaliseren. Sterk absorberende gelling fiberverbanden (hydrofiber) met waterdichte achterlaag, schuimverbanden en alginaatverbanden kunnen hierbij nuttig zijn²⁰. Een secundair hechtend verband kan worden toegepast om exsudaat en geur op te vangen. Hydrocolloïdverbanden, die vocht vasthouden, worden over het algemeen vermeden bij oncologische wonden omdat overmatige vochtigheid bacteriegroei bevordert en geur verergert; ze kunnen echter wel worden gebruikt om wondranden te beschermen tegen verweking²². Huidbeschermers op basis van zinkoxide en vaseline en vloeibare polymeeracrylaten kunnen eveneens worden gebruikt ter bescherming van de wondranden¹⁵. Wondopvangzakken en incontinentiemateriaal kunnen worden ingezet om exsudaat op te vangen, geur te isoleren en lekkage te voorkomen¹².

Aanpassingen in de thuissituatie, zoals het goed ventileren van kamers, het verspreiden van geur absorberende producten zoals houtskoolbriketten en het gebruik van deodoranten en geurstoffen, kunnen ook bijdragen aan het maskeren van geur¹².

Het gebruik van systemische antibiotica dient beperkt te blijven tot de behandeling van acute infecties⁴⁴. Bacteriële kolonisatie van necrotisch weefsel leidt tot chronische infecties die het best beheerd worden met een passend verbandregime. Antibiotica kunnen de normale huidflora verstoren en bijdragen aan schimmelinfecties; herhaald gebruik kan bovendien leiden tot antibioticaresistentie. Een Cochrane-review van systemische antibiotica ter behandeling van geur bij maligne wonden vond slechts één studie, met een kleine steekproef, waarin systemisch metronidazol werd vergeleken met placebo; deze resultaten waren niet overtuigend⁴⁵.

Pruritus

Jeuk en pruritus gerelateerd aan oncologische wonden worden gemedieerd door lokale ontsteking die primaire afferente zenuwuiteinden activeert; daarnaast spelen ook andere systemische processen een rol bij patiënten met gevorderde kanker (neuropathisch, immuungemedieerd, allergisch, opioïd-geïnduceerd, uremisch en cholestatisch)^{46,47}. De evidentie voor de behandeling van gelokaliseerde pruritus is beperkt en de behandeling resulteert vaak slechts in gedeeltelijke verbetering⁴⁸.

Een passend wondverband- en reinigingsregime dat periwonddermatitis vermindert, kan helpen pruritus te voorkomen, evenals het behandelen van een aanwezige wondinfectie¹⁵. Topische middelen die kunnen worden toegepast op de huid rondom de wond, zoals hydraterende crèmes, lokale corticosteroiden, menthol, capsaïcine en lidocaïne-crèmes, kunnen mogelijk baat geven⁴⁷. Antihistaminica verbeteren over het algemeen pruritus die met wonden samenhangt niet^{49,50}.

Geneesmiddelen die gebruikt worden voor neuropathische pijn, waaronder antidepressiva (amitriptyline, mirtazapine) en antiepileptica (pregabaline, gabapentine, natriumvalproaat), kunnen worden geprobeerd bij pruritus die niet reageert op andere behandelingen⁴⁹.

Transcutane elektrische zenuwstimulatie (TENS) is eveneens toegepast bij therapieresistente chronische pruritus bij andere huidaandoeningen en ook gerapporteerd bij patiënten met maligne wonden, maar er is aanvullend bewijs nodig om het gebruik ervan te ondersteunen^{33,51}.

Bloedingen

Bloedingen, vanuit oncologische wonden, kunnen persistent zijn door de aanwezigheid van talrijke kwetsbare vaten, en een catastrofale bloeding kan een risico vormen wanneer de wond zich bevindt boven grote vasculaire structuren²². Oncologische wonden met een verhoogd bloedingsrisico kunnen baat hebben bij interventies zoals radiotherapie om de tumor te verkleinen, radiologische embolisatie, chirurgische cauterisatie of ligatie van vaten om bloedingen te beheersen.

Wanneer patiënten anticoagulantia gebruiken, dient de voorschrijvende arts een medicatiebeoordeling uit te voeren met inachtneming van de indicatie en de risico-batenafweging. Patiënten met risico op ernstige bloedingen moeten educatie krijgen over een plan voor thuis in geval van een grote bloeding. Dit omvat meestal het beschikbaar hebben van donkergekleurde handdoeken, het voorbereiden van mantelzorgers en familieleden om een kalmerende aanwezigheid te bieden, en toegang tot een crisis-medicatievoorschrift (midazolam en/of een opioïd) voor comfort, in samenwerking met een geschikte palliatieve thuiszorgdienst indien beschikbaar¹¹.

Het gebruik van niet-hechtende verbanden helpt lokaal trauma te minimaliseren door het risico op bloeding tijdens verbandwisselingen te verlagen¹¹. Met calciumalginataat geïmpregneerde verbanden, ondersteund door lichte druk van elastische zwachtels, kunnen helpen bij het beheersen van kleine bloedingen uit wonden¹³. Topische hemostatische middelen kunnen worden toegepast bij intermitterende bloedingen, bijvoorbeeld cauterisatie met zilvernitraatstaafjes. Focale bloedingen kunnen worden behandeld met een drukkend verband in combinatie met stolling bevorderende materialen zoals alginataat, of door het aanbrengen van vasoconstrictieve middelen, waaronder 1:1000 adrenaline-doordrenkt gaas of oxymetazoline spray, gecombineerd met uitwendige druk gedurende ten minste 10 minuten om hevig bloedende gebieden te controleren. Wel kan er reboundbloeding optreden zodra het vasoconstrictieve effect is uitgewerkt^{12,22,52}.

Een alternatief is het gebruik van topische tranexaminezuuroplossing (500 mg in 5 ml zoutoplossing) gedrenkt in gaas, of oraal tranexaminezuur bij geselecteerde patiënten waarbij bloedingen worden verwacht. Deze strategieën zijn echter uitsluitend gebaseerd op casusrapporten en er ontbreekt hoogwaardig bewijs, wat een nadeel vormt voor patiënten.

Psychosociale zorg

Lijden is een dynamische ervaring van ernstige stress die zich manifesteert als een verminderd gevoel van welzijn en kwaliteit van leven, met fysieke, psychologische, sociaal-culturele en spirituele componenten⁵³. Het treedt op wanneer een bedreiging voor het gevoel van heelheid de beschikbare coping mechanismen overstijgt⁵³. Oncologische wonden zijn een zichtbare herinnering aan kanker en ziekteprogressie en vormen vaak een bron van lijden, waarbij patiënten het gevoel ervaren van een onbegrensd lichaam⁵⁴.

Een sterke therapeutische relatie tussen zorgverleners, de patiënt en diens sociale ondersteuningsnetwerk is cruciaal binnen de palliatieve zorg, waarbij via deze relatie verlichting van lijden kan worden bereikt. Empathisch luistervermogen en een zorgvuldige verkenning van wat bijdraagt aan het lijden van de patiënt en welke mechanismen helpen om met stress om te gaan, dragen bij aan het opstellen van een zorgplan. Patiënten met oncologische wonden hebben baat bij een beoordeling van psychosociale zorgen, en gelukkig zijn er gepubliceerde onderzoeken naar de ervaringen van patiënten met het leven met maligne wonden. Zorgverleners kunnen gevoelens van schaamte en afkeer identificeren die voortkomen uit de aanwezigheid van een oncologische wond en de bedreiging van lichaamsbeeld, seksualiteit en zelfidentiteit die dit kan veroorzaken⁷. Deze gedachten kunnen leiden tot hopeloosheid, depressie en sociale isolatie, waardoor het lijden verder toeneemt¹⁵.

Kanker kan bovendien een negatieve invloed hebben op het lichaamsbeeld van patiënten, waardoor zij terughoudend worden om hulp te zoeken uit schaamte of verlegenheid, en mogelijk proberen een maligne wond zelfstandig te behandelen⁵⁵. Het managen van een snel veranderende wond zonder expertise kan bijdragen aan gevoelens van verlies van controle en stress⁵⁶. Gevolgen kunnen zijn: terugtrekking uit contacten met familie en vrienden en het onvermogen sociale rollen te vervullen⁷. Het identificeren van deze problemen maakt het mogelijk passende diensten in te schakelen, zoals maatschappelijk werk, psychologische zorg en kankernetwerken.

Afnemende fysieke functies bij ziekteprogressie kunnen leiden tot toenemende afhankelijkheid van mantelzorgers bij de verzorging van een oncologische wond en andere aspecten van zorg. Patiënten kunnen gevoelens van last zijn rapporteren, terwijl mantelzorgers vaak behoefte hebben aan informatie en educatie bij het verlenen van zorg⁷. Patiënten helpen omgaan met verbandwisselingen en hen voldoende kennis en informatie geven, kan hen in staat stellen om positief te blijven leven met een maligne wond^{56,57}. Daarnaast ervaren mantelzorgers vaak een aanzienlijke last aan onvervulde behoeften en verlangen zij naar informatie over beschikbare financiële en praktische ondersteuning⁵⁸.

De gezinsdynamiek, cohesie en communicatie zijn geassocieerd met de psychologische aanpassing van een patiënt na een kankerdiagnose, en beïnvloeden het optreden van depressie en angst⁵⁹. Vroege toegang tot palliatieve zorg blijkt gunstige effecten te hebben op het verminderen van stress bij naasten, met minder symptomen van angst en depressie bij mantelzorgers tijdens het ziekteverloop van de patiënt⁶⁰. Rekening houden met het gezin van de patiënt en de invloed van de ziekte op anderen kan bijdragen aan het bieden van praktische steun aan gezinsleden.

Spiritualiteit is vaak een bron van hoop en een middel om te kunnen omgaan met de ziekte bij patiënten met gevorderde kanker. Zowel patiënten, verpleegkundigen als artsen erkennen dat het verlenen van spirituele zorg belangrijk en gepast is^{61,62}. Het verkennen van de spiritualiteit van patiënten kan een ingang vormen om kwesties rond betekenis, doel, waardigheid en de veranderende relatie van patiënten met hun eigen lichaam en anderen te bespreken⁶³. Scholing van zorgprofessionals in het verlenen van spirituele zorg kan hun comfort en vaardigheden verbeteren bij het bespreken van spiritualiteit met patiënten en stimuleren om door te verwijzen naar geestelijke verzorgers⁶².

Multidisciplinaire zorg

Patiënten ontvangen multidisciplinaire geïntegreerde zorg die medische oncologie, radiotherapie, paramedische disciplines evenals chirurgische en wondzorgspecialisten omvat tijdens hun antikankerbehandeling. Echter, deze ondersteuning kan wegvallen wanneer er overgangen in de zorg plaatsvinden. Zorgverleners erkennen dat samenwerking essentieel is om de kwaliteit van leven van patiënten met oncologische wonden te optimaliseren; desondanks kan fragmentatie van zorg ontstaan wanneer het behandeldoel verandert en specialisten zich terugtrekken uit de zorgverlening aan patiënten met niet-curatieve doelen⁶⁴.

Palliatieve zorg streeft ernaar het multidisciplinaire team te betrekken bij de coördinatie van zorg, duidelijke communicatie tussen zorgverleners te waarborgen, met name in samenwerking met medische oncologen, en onvervulde behoeften van patiënten en mantelzorgers te identificeren⁶⁴. Patiënten verlangen naar deskundige inbreng in wondmanagement, symptoombestrijding en het navigeren van complexe psychosociale kwesties rondom wond gerelateerde stigmatisering, sociale isolatie en welzijn⁵⁷. Betrokkenheid van het multidisciplinaire team bevordert holistische, patiëntgerichte zorg om in deze behoeften te voorzien.

Verdere onderzoeksgebieden

Er is weinig bewijs voor de effectiviteit van lokale en systemische therapieën bij het verbeteren van kwaliteit van leven, pijn, bloedingen, geur, exsudaat en tumorreductie bij patiënten met niet-genezende oncologische wonden⁴⁵. Klinische richtlijnen beschikken over een onvoldoende evidentie voor aanbevelingen en steunen vaak op ongecontroleerde cohortstudies, casusbeschrijvingen en vertaalde onderzoeksresultaten uit andere wondcondities. Het management van oncologische wonden verschilt echter van dat van diabetische ulcera, decubitus en brandwonden en vereist eigen onderzoek om de klinische praktijk beter te informeren. Hoogwaardig onderzoek naar topische interventies die de kwaliteit van leven,

symptomen en functioneren van patiënten met maligne wonden verbeteren, is noodzakelijk. Studies zouden zich moeten richten op verbetering van deze uitkomsten in plaats van op wondgenezing, aangezien genezing vaak niet haalbaar is bij patiënten met vergevorderde kanker. Zoals beschreven door Ramasubbu et al⁴⁵, is het belangrijk dat studies ontworpen voor patiënten met gevorderde kanker bruikbare en betrouwbare informatie opleveren, terwijl de belasting voor de geïncludeerde patiënten tot een minimum wordt beperkt. Verdere verkenning van de ervaringen van patiënten met het leven met een maligne wond en de voordelen van het aanpakken van specifieke psychosociale en spirituele zorgen, zal meer inzicht geven in hoe zorg het best kan worden geleverd.

Elektrochemotherapie (ECT) is een gevestigde palliatieve behandeloptie voor cutane en subcutane primaire en secundaire tumoren. ECT houdt in dat chemotherapeutische middelen (bleomycine of cisplatine) intraveneus of direct in een tumor worden toegediend, gevolgd door de toepassing van elektrische pulsen die de opname van het geneesmiddel lokaal bevorderen door de permeabiliteit van tumorcellen te vergroten⁶⁵. Melanoom, basaal cellulair carcinoom en gemetastaseerd mammacarcinoom zijn het meest onderzocht, waarbij behandeling gepaard gaat met een vermindering van tumorgrootte en verbetering van gerelateerde wondsymptomen, waaronder bloedingen, geur en exsudaat^{65,66}. De hoogste responspercentages worden gezien bij kleinere tumoren (<3 cm); echter, ook bij grotere tumoren kunnen indrukwekkende reacties optreden^{65,67}. ECT heeft weinig bijwerkingen en kan een optie zijn, met name voor kwetsbare oudere patiënten die niet in aanmerking komen voor andere systemische therapieën, of als alternatief voor andere lokale behandelingen (radiotherapie, chirurgische excisie)⁶⁸. Vergelijkende studies van ECT en andere lokale therapieën zullen helpen om de rol van ECT bij de behandeling van oppervlakkige tumoren te verduidelijken en de beschikbaarheid ervan voor patiënten in de palliatieve zorg te verbeteren.

Conclusie

Oncologische wonden kunnen een verwoestende impact hebben op de kwaliteit van leven van patiënten. De principes van geïndividualiseerde wondzorgplannen, het behandelen van belastende symptomen en het bieden van psychosociale ondersteuning zijn essentieel om lijden te verlichten. Verder onderzoek naar topische en systemische behandelingen voor het beheersen van geur, exsudaat, pruritus, bloedingen en pijn bij patiënten met maligne wonden is noodzakelijk om de klinische praktijk te sturen. Het begrijpen van wat het lijden van een patiënt veroorzaakt en het richten van interventies op deze aspecten is een integraal onderdeel van palliatieve zorg.



Klik op het artikel voor de link naar het originele artikel

Vrije vertaling: Managing a malignant wound in palliative care

Nele Callaerts
Wondzorgverpleegkundige MHKA



Lokatie volgt nog

Gratis voor leden
wondzorg.net
5 eur voor niet
leden

Inschrijven verplicht, om uw
aanwezigheid bevestigen via
info@wondzorg.net.

Wound
café

SAVE THE DATE

20.11.2025
31.03.2026

Avond: 19.30 - 21u
Namiddag: 13.30 - 14u

Nieuw: Aanwezigheidsattest

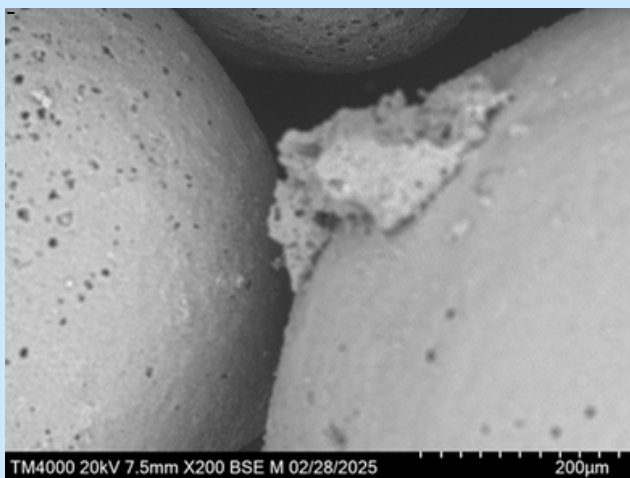
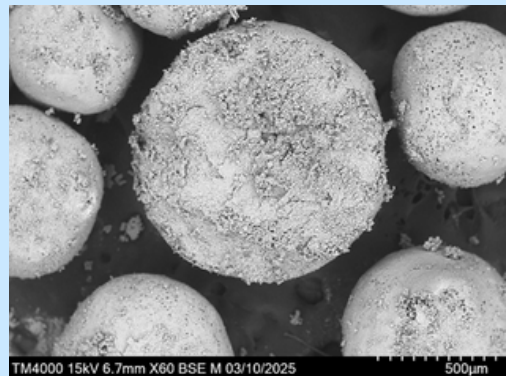
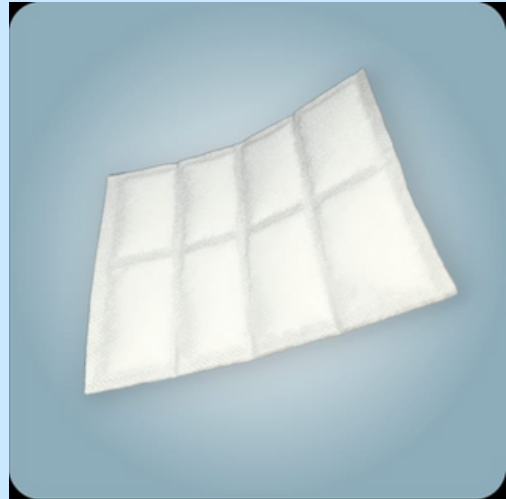
A Non-medicated dressing for the prevention and treatment of wound infection.

Cerdak keramische wondverbanden maken gebruik van de unieke fysieke eigenschappen van microporeus keramiek om bacteriën en andere ontstekingsbevorderende stoffen uit de wond te verwijderen.

Een klinische studie toonde aan dat de met keramische korrels gevulde Cerdak-verbanden superieur zijn aan zilververbanden in het verminderen van de bacteriële belasting en het bevorderen van genezing.

De microporeuze structuur van de keramische korrels creëert een sterke capillaire kracht wanneer deze in contact komt met wondvocht. In de ontstekingsfase produceert een wond meer exsudaat om micro-organismen, verontreinigingen en devitaal weefsel te mobiliseren. De open poriën in het keramiek vangen de vloeistof op en verwijderen het wondvocht en de daarin zwevende materialen permanent uit het wondbed.

Dankzij de unieke fysieke eigenschappen bindt het keramische oppervlak zich effectief met micro-organismen, waaronder biofilm en resistente pathogenen. Dit vermindert de bacteriële belasting en voorkomt infectie zonder gebruik te maken van een antimicrobieel middel.



Na welke les volgt deze uitleg ?

- Wondfysiologie (23/09/2025)
- Wondfysiologie (03/10/2025)
- Decubitus (12/12/2025)
- Decubitus (06/01/2026)
- Wondfysiologie (08/01/2026)
- Beenulcera en compressietherapie (23/01/2026)
- Wondfysiologie (06/02/2026)
- Wondfysiologie (04/03/2026)
- Beenulcera (19/03/2026)
- Wondfysiologie (22/04/2026)
- Wondfysiologie (27/04/2026)

Images: Cerdak

Kijk op de link





Agenda

- 24-25 september 2025**
Epuap, Helsinki
- 1 oktober, 2025**
Wondzorgdag, Netwerk voor verpleegkunde, Oostende
- 6 november**
Wondzorgcongres, MHKA Brussel
- 20 november 2025**
Woundcafé
- 12-13 februari, 2026**
2-daagswondzorgcongres, Blankenberge
- 26 februari, 2026**
Wondzorgcongres, Hasselt

Vrijwilliger bij wondzorg.net

Ben je graag bezig met wondzorg?

Bouw je graag een netwerk uit?

Wil je actief meewerken voor het uitbouwen van wondzorg in Vlaanderen?

Indien je op bovenstaande vragen minstens één keer ja geantwoord hebt, is vrijwilliger worden bij wondzorg.net misschien iets voor jou.

We hebben verschillende werkgroepen waarin je actief kan zijn, dit zowel voor als achter de schermen. Bijvoorbeeld docenten (je hoeft geen vooropleiding leerkracht gehad te hebben), congressen organiseren, multimedia, nieuwsbrief, wetenschappelijk onderzoek,... Of gewoon gezellig discussiëren over wondzorg bij een hapje en een drankje.

Bij interesse meld je aan op **info@wondzorg.net** met je naam, gsm-nummer, mailadres. Dan nodigen we je uit voor een werkvergadering van jouw voorkeur. Of spreek ons aan op een event van wondzorg.net





Zorgprofessionals maken elke dag een wereld van verschil.
Bij CNPV geloven we dat jullie ook de beste ondersteuning verdienen om te blijven groeien in je vak.
CNPV biedt opleidingen aan die praktisch, actueel en meteen toepasbaar zijn in het werkveld.



Of je nu verpleegkundige, zorgkundige of verzorgende bent: onze opleidingen helpen je sterker en zekerder in je job te staan

Ontdek het volledig aanbod hier:

<https://www.cnpv.be/page?ori=8&ssn=&lng=1&pge=387>

Of

Scan de Qr-code

