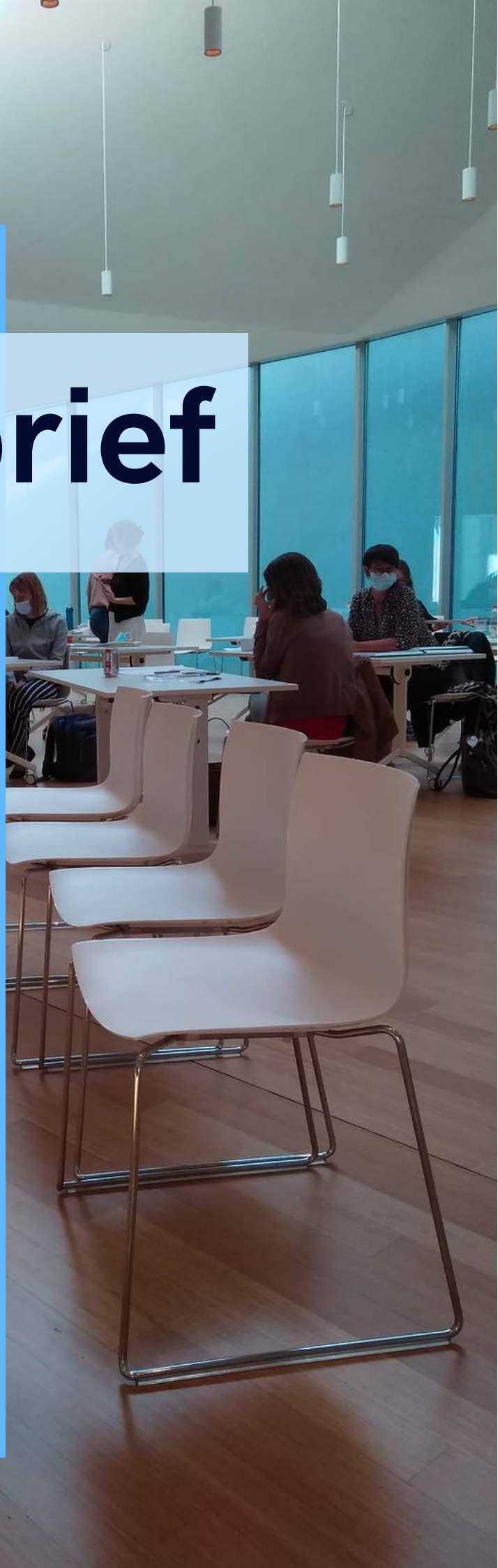


JUNI 2025 NR 2 JG 5

Nieuwsbrief

Wondzorg.net



Voorwoord

Beste collega's,

De visievergadering 2025 is voorbij en er zijn weer wat initiatieven die op de rails gezet worden. Dat kon ook niet anders de zon was van de partij en gaf het enthousiasme een sterke duw in de rug. Na op vrijdagavond van de uitgebreide receptie en het feestdiner genoten te hebben met alle aanwezige leden en lesgevers van WONDZORG.NET en het gezellig samenzijn achteraf, stond het in de sterren geschreven dat de creativiteit op zaterdag zou zegevieren.

Het is nu wachten tot volgend jaar op de volgende editie.

Ik wil ook de postgraduaat studenten van Odisee en VIVES niet vergeten die hun eindproeven voorgesteld hebben vorige week. Zowel de studenten van het "postgraduaat wondzorg", het "postgraduaat wond-, voet- en stomazorg" en de studenten van het "postgraduaat wond-, voet, stomazorg en weefselherstel" zetten hun beste beentje voor. De eerste PIN's gelinkt aan de verschillende opleidingen werden dan ook uitgedeeld als extra bewijs van deskundigheid.

In de marge werd ook het onderzoek toelicht en de deelname gevraagd inzake "voeding en chronische wonden", waarover je meer informatie over vindt verder in de nieuwsbrief.

En dan wat mogen we dit komend jaar verwachten?

Noteer nu reeds in je agenda

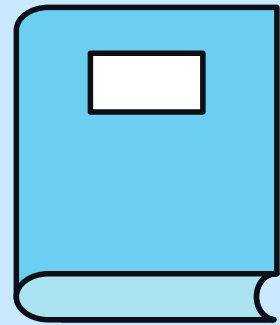
- 6 november 2024: Congres Militair Hospitaal, wondzorg
- 12-13 februari 2025 Congres Blankenberge, wond- stoma- en voetzorg
- 26 februari 2025: Hasselt, Wondzorg
- 30 april 2025: AZ Alma Eeklo Congres acute diensten, Intensieve zorgen en spoedgevallen

we hopen je op één van deze congressen te mogen begroeten en je PIN daar te overhandigen.

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 zomer

Luc Gryson
Voorzitter
Wondzorg.net



Inhoud:

Voorwoord

- Artikel: Treatment Algorithm for Cancerous Wounds: A Systematic Review
- Events
- Tips en tricks
- Casus
- Agenda



Treatment Algorithm for Cancerous Wounds: A Systematic Review

Inleiding

Een oncologisch ulcus kan worden gedefinieerd als een niet-genezende, samengestelde chronische pijnlijke wond die ontstaat uit kanker. Door toegenomen necrose en infectie neemt de hoeveelheid sterk ruikende afscheiding aanzienlijk toe [1]. In een vergevorderd stadium van kanker kunnen maligne, schimmelachtige wonden voorkomen bij ongeveer 5% van de patiënten, maar dit cijfer wordt waarschijnlijk onderschat omdat er geen bevolkingsgericht kankerregister bestaat dat de incidentie van deze aandoening volgt. De geschatte levensverwachting bedraagt ongeveer 6 tot 12 maanden [2-4].


Dit is een complexe aandoening die veel verschillende, belastende symptomen veroorzaakt. In de meeste gevallen leidt afscheiding uit de niet-genezende wond, gepaard met een onaangename geur, bloedingen en ontsteking van het omliggende weefsel tot hevige pijn en sociale isolatie. Dit resulteert vaak in een uitzichtloze situatie met beperkte behandel mogelijkheden en een zeer slechte prognose.

Oncologische ulcera ontstaan uit primaire huidtumoren of uit metastatische laesies van primaire tumoren, meestal afkomstig van maligniteiten van de borst, longen, hoofd en hals, en geslachtsorganen [2-5]. In deze publicatie verzamelden de auteurs aanbevelingen uit verschillende medische disciplines en analyseerden ze de overlappingen, waarna zij belangrijke conclusies trokken over de toepassing van diverse behandelmethoden binnen de holistische palliatieve zorg, met als doel een basisrichtlijn voor de medische praktijk op te stellen.

Materiaal en methoden

De auteurs voerden een systematische review uit om relevante publicaties te identificeren met betrekking tot behandelingsopties van maligne, fungerende wonden, met gebruikmaking van de PubMed-database van het National Center for Biotechnology Information (NCBI), tot en met 2021. Alle zoekresultaten werden beoordeeld op titel en samenvatting, waarna de in aanmerking komende publicaties in volledige tekstvorm werden opgenomen en geanalyseerd.

De volgende zoektermen werden gebruikt: "malignant", "wounds", "fungating", "cancerous", "palliative care", "radiotherapy", "surgery" en hun mogelijke rationele combinaties.



Andrea Furka , Csaba Simkó , László Kostyál , Imre Szabó , Anikó Valikovics , Gábor Fekete , Ilona Tornyi , Endre Oross and János Révész

Cancers 2022, 14(5), 1203; <https://doi.org/10.3390/cancers14051203>

De inclusiecriteria voor de zoekopdracht waren: origineel onderzoek, klinische trials, meta-analyses, gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken, reviews en systematische reviews. De artikelen moesten in het Engels zijn gepubliceerd en allen waren peer-reviewed in een niet-predator medisch tijdschrift.

De verzamelde gegevens betroffen volwassen patiënten (ouder dan 18 jaar) met oncologische klinische uitkomsten. Pediatrische gevallen en niet-humaan experimenteel onderzoek werden uitgesloten, gezien het doel om klinische aanbevelingen voor de praktijk te doen. [6].

Resultaten

Er werden 181 artikelen gevonden die voldeden aan de inclusiecriteria, maar slechts 31 daarvan zijn gepubliceerd in de afgelopen vijf jaar. Wij besloten deze artikelen als basis voor onze review te gebruiken en vulden deze aan om een modern, multidisciplinair overzicht te verkrijgen van de behandeling van oncologische ulcera (Figuur 2).

Classificatie van het oncologisch ulcus en meetinstrumenten

Meet- of classificatiesystemen helpen om de ernst van een bepaald symptoom in te schatten en kwantificeren. Hieronder worden de meest bruikbare, gevalideerde en nauwkeurig reproduceerbare scoringssystemen in de oncologie opgesomd, die ook kunnen worden toegepast bij de interpretatie van oncologische ulcera. De nieuwste versie van het Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), van het Amerikaanse National Cancer Institute, is nuttig om verschillende bijwerkingen met elkaar te vergelijken [7].

Symptomen die kunnen samenhangen met oncologische ulcera, en die in het hoofdstuk huid- en onderhuidaandoeningen zijn opgenomen, met hun maximale graad zijn: lichaamsgeur — graad 2, bulleuze dermatitis — graad 5, droge huid — graad 3, eczeem — graad 3, erythrodermie — graad 5, vetatrofie — graad 3, huidpijn — graad 3, jeuk (pruritus) — graad 3, huidatrofie — graad 3, huidverharding (induratie) — graad 5, huidulceratie — graad 5, Stevens-Johnsonsyndroom — graad 5, toxische epidermale necrolyse — graad 5.

Een CTCAE-score van graad 5 betekent een fatale complicatie; maligne wonden kunnen dus potentieel levensbedreigend zijn.

Patiënt gerapporteerde uitkomsten (PRO's) moeten worden geïntegreerd in de dagelijkse praktijk van de arts om persoonlijke belasting te evalueren en symptomen adequaat te behandelen. De relatie tussen PRO's en CTCAE is uitgebreid onderzocht in de literatuur, en deze scoringssystemen vertonen metrische overeenstemming [7].

PALCARE is een systematische benadering die staat voor: Prognose, Geplande toekomstige zorg (Advance Care Planning), Leefsituatie, Uitgebreide anamnese, Evaluatie, Aanbeveling en Educatie [2].

Fotodocumentatie met hetzelfde apparaat, bijvoorbeeld een mobiele telefoon, moet worden gebruikt als standaardregistratie bij aanvang. Vervolgens moet dit tweemaal per maand onder dezelfde omstandigheden worden herhaald. Een achtergrond in "medisch groen" wordt aangeraden omdat deze de beste kleurcontrastweergave biedt. Gebruik altijd een millimeterliniaal om de maximale loodrechte diameter van de wond te meten.

Volgens de RECIST-evaluatiemethode duidt een verandering van 20% in afmetingen op progressie of regressie.

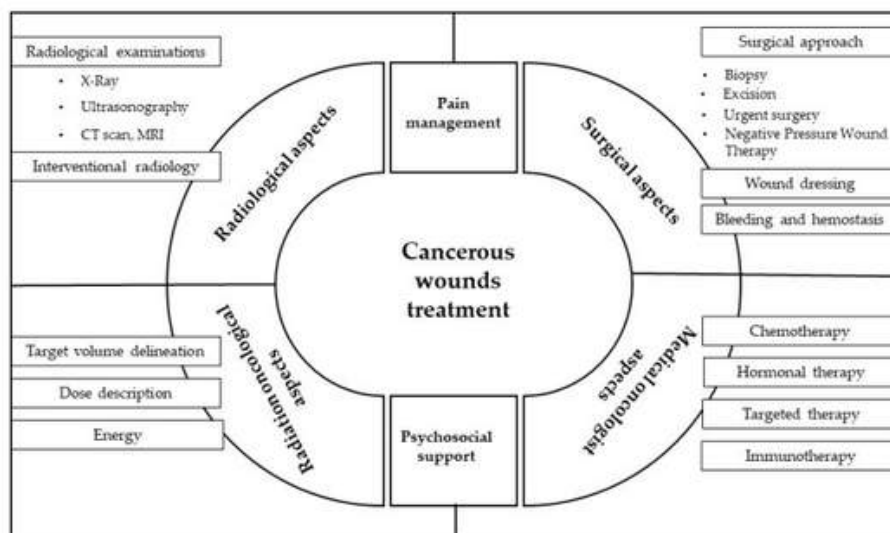


Figure 2. Multidisciplinary view of cancerous wounds treatment.

Bij ulcererende wonden moet de diepte worden gemeten; bij exofytische wonden de maximale hoogte, om een 3D-parameter van de wond te verkrijgen.

Een schriftelijke medische verslaglegging is verplicht en kan worden aangevuld met gestandaardiseerde foto's.

Ook het aantal dagelijkse verbandwissels en de diameter van het gebruikte wondverband zijn numerieke parameters die onderling vergeleken kunnen worden [2,5].

De geurintensiteit kan numeriek worden gemeten met behulp van het TELER-systeem (Treatment Evaluation by A Le Roux's Method) [2], dat een score van 0 tot 5 hanteert.

Aangezien oncologisch ulcus voornamelijk voorkomt in de palliatieve (eindfase) behandeling, moet ook de prognose van de kanker worden ingeschat.

Hiervoor is de gemodificeerde Glasgow Prognostische Score (mGPS) zeer nuttig. Deze score houdt rekening met het C-reactieve proteïnegehalte (lager of hoger dan 10 mg/L) en het albuminegehalte (lager of hoger dan 35 g/L).

Een mGPS-score van 0 duidt op een goede prognose, terwijl een mGPS-score van 2 overeenkomt met een slechte uitkomst [3].

Radiologische aspecten

Radiologische onderzoeken

- Röntgenfoto's (X-ray) kunnen informatief zijn bij een oncologisch ulcus, vooral bij verdenking op fistelvorming of perforatie. Vrije lucht is in dat geval zichtbaar op de röntgenopname. Röntgen is ook geschikt om botbetrokkenheid en daaropvolgende osteomyelitis te evalueren.
- Echografie is nuttig voor het opsporen van vrije lucht of vrij vocht. Hiermee kan ook de plaats voor eventuele drainage worden gemarkeerd.
- CT-scan en MRI zijn geavanceerde beeldvormende technieken. Deze mogen in de palliatieve eindfase alleen worden ingezet als het resultaat daadwerkelijk invloed heeft op het therapeutisch beleid en bijdraagt aan het verlengen van een zinvolle levensduur.

Interventieradiologie kan nuttig zijn bij ernstig bloedverlies

Als de voedende arterie zichtbaar en toegankelijk is voor de radioloog, kan endovasculaire embolisatie een mogelijke oplossing bieden.

Chirurgische aspecten

Chirurgische benadering is niet de eerste keuze voor de behandeling van een oncologisch ulcus, aangezien de rol ervan beperkt is

Het tumormicroklimaat bestaat uit inflammatoire cytokines die de wondgenezing negatief beïnvloeden. Daarom kan chirurgische verwijdering van een oncologisch ulcus leiden tot falen van wondgenezing. Een onnodige chirurgische excisie kan zelfs tumorgroei bevorderen [8].

Daarnaast verergeren vochtgeassocieerde huidbeschadiging en jeuk (pruritus) het genezingsproces [3]. Chrisman et al. stelden dat het belangrijk is te erkennen dat succesvolle chirurgische ingrepen bij een oncologisch ulcus vaak een onrealistische verwachting zijn, en zelfs een extra belasting kunnen vormen [9].

- Biopsie moet worden afgenomen bij onbekende histologie of wanneer tijdens systemische behandeling progressie optreedt en de nieuwe gegevens de therapeutische strategie kunnen beïnvloeden, bijvoorbeeld bij een nieuwe mutatie met behandelimplicaties.
- Excisie is zelden aangewezen bij een oncologisch ulcus. Wanneer dergelijke wonden ontstaan en de huid infiltreren, vereist de tumortoestand doorgaans systemische behandeling; bovendien is een R0-resectie (volledige tumorvrije marge) zelden realistisch. In sommige gevallen kan de tumorgrootte een volledige excisie mogelijk maken.

- Spoedchirurgie is in zeldzame gevallen onvermijdelijk. Acute chirurgische indicaties zijn:
 - Ernstig bloedverlies
 - Ileus (waarbij palliatieve omleiding nodig is)
 - Septische toestand (waarbij zelfs amputatie noodzakelijk kan zijn) [10]
 - Myelumcompressie: De sterfte bij dergelijke ingrepen is zeer hoog.
- Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) (met een constante onderdruk van –100 tot –125 mmHg gedurende 24 uur) wordt niet routinematig aanbevolen bij een oncologisch ulcus, omdat het de lymfedrainage beïnvloedt en mogelijk tumorcellen in de bloedbaan brengt [5]. Aan de andere kant kan deze techniek in geselecteerde gevallen symptoomverlichting geven en de levenskwaliteit verbeteren in de terminale fase van de ziekte, waardoor het binnen de palliatieve zorg overwogen kan worden [5,11,12].

Wondverzorging

Het belangrijkste onderdeel van de zorg voor een oncologisch ulcus is het kiezen van het juiste wondverband, aangezien veel factoren deze keuze beïnvloeden.

- Type verband: Een antimicrobieel effect is gewenst vanwege de vaak aanwezige infectie. Verbanden met zilver hebben sterke antimicrobiële eigenschappen en zijn zeer effectief in het verminderen van afscheiding en geur die met een oncologisch ulcus gepaard gaan [5,13,14].

Let op:verbanden met zilver zijn niet compatibel met radiotherapie, aangezien ze de ioniserende straling beïnvloeden en bijwerkingen kunnen verergeren.

In gerandomiseerde studies zijn andere antimicrobiëleverbanden getest.

- Met honing geïmpregneerde schuimverbanden blijken een vergelijkbaar effect te hebben alsverbanden met zilver [5,14,15]. Toch raden auteurs het gebruik van honing af, aangezien dit niet gestandaardiseerd kan worden.
- Hydrocolloïd-schuimverbanden verlichten pijn, creëren gunstige omstandigheden voor genezing door hun hydraterende werking, en absorberen tegelijkertijd grote hoeveelheden wondvocht.

- Calciumalgiatkompressen kunnen het bloeden beperken [16].

- Tijdstip van verbandwissel:

De juiste timing voor verbandwissels moet afgestemd worden op de dagelijkse routine van de patiënt, bijvoorbeeld bij het baden of tijdens hygiënische verzorging. Bij ernstige aandoeningen is pijnpreventie verplicht. Het wordt aanbevolen om de frequentie van verbandwissels te minimaliseren, afhankelijk van de aard en toestand van de wond.

- Topicale middelen voor hemostase en infectiebeheersing hebben een gunstig effect op geurvermindering en afscheiding:
- Topicaal metronidazol (0,8%) heeft een zeer goede antimicrobiële werking [5,17].
- Polyhexamethylene biguanide (PHMB 0,2%) heeft een vergelijkbaar effect als metronidazol. Beide middelen verminderen geur significant binnen acht dagen [17].
- 6% miltefosine-oplossing is minder effectief bij oncologisch ulcus; het werd toegepast bij borstkankerpatiënten met als doel de progressie te vertragen [18].
- Arseentrioxide heeft een hemostatische werking en is een eenvoudig toepasbaar en goedkoop middel voor topisch gebruik [19].
- Groene thee-extract, een traditioneel fytotherapeutisch middel, heeft antimicrobiële eigenschappen en onderdrukt geur [19,20].
- Oxymetazoline, een alfa-adrenoreceptoragonist, werkt vasoconstrictief en decongestief [21].
- Etamsylaate, een sulfonzuurderivaat met vaatbeschermende en hemostatische werking, kan direct in de wond worden aangebracht.
- Actieve koolstof (steenool) wordt gebruikt als absorberend middel dat geur neutraliseert [5].
-

Bloeding en Hemostase

Het is altijd belangrijk om de mogelijke oorzaken van een bloeding te evalueren om ernstige complicaties te voorkomen. De meest voorkomende oorzaken zijn: directe invasie van bloedvaten, aanwezigheid van bacteriële belasting tijdens het verwijderen van verbanden als gevolg van kwetsbaar weefsel, para neoplastische of door chemotherapie veroorzaakte trombocytopenie, aplastische aandoeningen door infiltratie van of bestraling op het beenmerg, stollingsstoornissen geassocieerd met leveraantasting, gedissemineerde intravasculaire stolling om welke reden dan ook, onjuiste antistollingstherapie, enzovoort [3]. Een goede hemostase is een uitdaging. Lokale methoden omvatten speciaal verband, radiotherapie, en systemische behandeling met etamsylaate, dat de endotheel weerstand van capillairen verhoogt en de adhesie van bloedplaatjes bevordert. Tranexaminezuur, een synthetisch aminozuurderivaat van lysine met een anti fibrinolytisch effect, is echter risicovol bij kankerpatiënten met een trombogene paraneoplastische syndroom. Het is ook essentieel om de omliggende huid te beschermen om extra pijn te voorkomen.

Radiotherapeutische Aspecten

Afbakening van het Doelvolumen

Het zichtbare macroscopische tumormassa plus aangrenzend weefsel dat op de CT betrokken lijkt, wordt aangeduid als het gross tumor volume (GTV). Het oedemateus en hyperemische weefsel rondom de wonde moet gemarkeerd worden met een röntgen-ondoorzichtige marker (zoals draad of gel). Dit gebied kan mogelijk microscopisch zijn aangetast en wordt aangeduid als het clinical target volume (CTV).

In palliatieve gevallen omvat het CTV niet altijd de locoregionale lymfeklieren, afhankelijk van de algehele conditie van de patiënt (rekening houdend met het risico op diepe veneuze trombose en een extreem groot volume in verhouding tot het lichaamsoppervlak) en het doel van de palliatieve behandeling.

Het planning target volume (PTV) houdt rekening met een relatief ruime veiligheidsmarge vanwege mogelijke dagelijkse afwijkingen bij de positionering en variaties tussen en tijdens de bestralingssessies.

Dosering

In palliatieve gevallen is het klassieke fractioneringsschema van 10 keer 3 Gy (Gray) op doordeweekse dagen de meest geschikte dosering. In specifieke situaties kan ook een dosis van 5×4 Gy (Gray) of zelfs 20×2 Gy (Gray) worden toegediend. Bij het bepalen van de dosis moet altijd rekening worden gehouden met eventuele eerdere bestraling in hetzelfde gebied (in-field radiotherapie).

De driedimensionale dosis-volumebeperkingen voor risicodragende organen (organs at risk, OAR) zijn aanvaardbaar wanneer ze worden berekend met een rationeel kortetermijnrisico op complicaties in gezond weefsel (Normal Tissue Complication Probability, NTCP), gebaseerd op het voorspellingsmodel van de Quantitative Analysis of Normal Tissue Effects in the Clinic (QUANTEC) data [22].

Er moet worden opgemerkt dat deze beperkingen zijn opgesteld voor conventioneel gefractioneerde modellen. In de palliatieve zorg worden hypofractioneringsschema's veelvuldig toegepast, waarbij hogere dagelijkse fractiedoses worden gebruikt om een sneller radiobiologisch effect te bereiken, gezien de beperkte levensverwachting en het grote lijden van de patiënt.

Met behulp van optimalisatiesystemen moeten nieuwe technieken worden geïntegreerd in de palliatieve radiotherapie om kwalitatief goede zorg te bieden aan patiënten met maligne, ulcererende wonden.

Energie

Over het algemeen wordt voor teletherapie een lineaire versneller aanbevolen. De diepte of hoogte van de wond bepaalt de juiste energie-instelling. Voor zeer oppervlakkige wonden kan zelfs 6–10 MeV elektronenstraling met een bolus worden gebruikt, terwijl voor diepere penetratie 6–10 MV fotonen nodig zijn. In eenvoudige gevallen is driedimensionale conformele radiotherapie (3D-CRT) de voorkeursoptie. Wanneer gevoelige risicodragende organen zich in het bestraalde gebied bevinden, moet intensiteitsgemoduleerde radiotherapie (IMRT) worden toegepast. Voortdurend overleg met de medisch fysicus en dosimetristen is noodzakelijk.

Systemische Therapie vanuit het Perspectief van de Medisch Oncoloog

Chemotherapie

In een gemetastaseerd stadium bij patiënten met een slechte lichamelijke conditie geldt: hoe minder, hoe beter. Kies voor een enkelvoudig middel om het risico op ongewenste en belastende bijwerkingen te minimaliseren. Kies een chemotherapie die de beenmergfunctie zo veel mogelijk spaart.

Hormonale Therapie

Hormonale therapie is relatief veilig en vormt een minder grote belasting in vergelijking met andere cytostatica. De toediening is eenvoudig, wat het ideaal maakt voor poliklinische zorg. Houd er echter rekening mee dat hormonale therapie het risico op diepe veneuze trombose en cardiale bijwerkingen verhoogt.

Gerichte Therapie

Als gerichte (targeted) therapie beschikbaar is, verdient dit de voorkeur bij patiënten met een slechte algehele conditie. Multigene-panelen tonen de verschillende aangrijpingspunten, en met behulp van software gebaseerd op kunstmatige intelligentie kan het meest geschikte doelgerichte middel worden geselecteerd.

Tyrosinekinaseremmers, vooral epidermale groeifactorreceptorblokkers, kunnen huidulceraties verergeren. Remmers van de vasculaire endotheliale groeifactor (VEGF) brengen een risico op trombo-embolische gebeurtenissen en fistelvorming met zich mee. Daarom mogen deze niet worden gebruikt bij maligne, ulcererende wonden.

Immunotherapie

Tegenwoordig komen steeds meer vormen van immunotherapie beschikbaar voor klinisch gebruik. In eerste instantie werden deze toegepast bij de behandeling van gevorderd melanoom, zoals CTLA-4- en PD-1-remmers [23]. Bij plaveiselcelcarcinoom van de huid lijkt behandeling met PDL1-remmers effectief te zijn.

Aspecten van Pijnbestrijding

Ondanks het grote belang van pijnverlichting bij maligne wonden, zijn er slechts weinig gecontroleerde studies gepubliceerd die de mechanismen en behandelingsopties van pijn analyseren. Ongeveer 50–75% van de borstkankerpatiënten met een maligne wond lijdt aan hevige pijn [24–26].

Pijnmechanisme

Verschillende pathologische mechanismen liggen aan de basis van de diverse soorten pijn bij maligne wonden. Een dieper inzicht in deze mechanismen is essentieel om de juiste analgesiestrategie te bepalen [26]. De inflammatoire component is duidelijk aanwezig en gaat vaak gepaard met weefselhypoxie, vooral bij bloemkoolachtige tumoren. Deze twee factoren dragen bij aan de ontwikkeling van perifere sensitiviteit. In veel gevallen tast de door ontsteking veroorzaakte pijn de huid rondom de wond aan en correleert dit met de hoeveelheid exsudaat, de afbraak van de wondranden, de aanwezigheid van polyaminen (putrescine, cadaverine) en granulatiweefsel [24]. Neuropathische pijn, die gepaard gaat met beschadiging van perifere zenuwen, is frequent en doorgaans intens. Een vergrote tumor—vooral in de borst—kan door het zwaartekrachtseffect trekkracht uitoefenen op het omliggende weefsel, wat klassieke nociceptieve pijn veroorzaakt. Gedeeltelijk hiermee samenhangend en deels door pathologische lichaamshouding kunnen spanning gerelateerde myofasciale pijnklachten optreden in bepaalde spiergroepen, het vaakst in de nek en schouders. Klinisch wordt kortdurende, incidentele pijn als een afzonderlijke entiteit beschouwd: de zogenaamde doorbraakpijn bij kanker [27], die de levenskwaliteit van de patiënt sterk negatief beïnvloedt. Deze hevige, acute doorbraakpijn treedt vooral op tijdens het verwisselen van verbanden.

Analgesie

Voor het verlichten van pijn bij chronische niet-maligne wonden ontwikkelden Price en collega's in 2007 een effectieve aanbeveling: het zogeheten Wound Pain Management Model, dat nog steeds als geldig wordt beschouwd [26]. Voor kanker gerelateerde wonden bestaat voor zover bekend geen vergelijkbare, algemeen geaccepteerde richtlijn, al kunnen er wel lokale protocollen bestaan.

Het bepalen van de bijdrage en het belang van elke component in complexe pijnklachten is een cruciale, maar lastige taak. De patiënt kan ook om andere redenen pijn hebben; de strategie voor pijnverlichting moet dan ook gepersonaliseerd worden.

Het is van groot belang om pijn bij het verwisselen van wondverbanden te voorkomen en te minimaliseren. Indien mogelijk moeten necrotische weefsels worden verwijderd via debridement, of door mechanische, enzymatische of osmotische reiniging. Indien nodig kan lokale of systemische antibioticatherapie worden toegepast, wat kan helpen om perifere sensitiviteit te verminderen en daarmee de pijn te verlichten. Reiniging zelf kan echter ook pijnlijk zijn, dus een zorgvuldige afweging van de verwachte baten en risico's is noodzakelijk. Ook de juiste keuze van het verband is belangrijk voor pijnverlichting [5,13-16,28].

Farmacologische behandeling kan zowel lokaal als systemisch worden toegepast. Bij het verwijderen van het verband kan, naast hydratatie met fysiologisch water, het gebruik van lokale anesthetica noodzakelijk zijn, bij voorkeur in de vorm van crème, gel of hydrogel, die ongeveer 20 minuten vóór het verband aanbrengen wordt toegepast. Hoewel het lidocaïne-molecuul in een ontstekingsrijke (zure) omgeving van polariteit verandert en daardoor moeilijker in de celmembranen doordringt, vond een systematische Cochrane-review voldoende bewijs ter ondersteuning van het gebruik van een combinatie van lidocaïne en prilocaïne (Eutectisch Mengsel van Lokale Anesthetica, EMLA-crème) voor pijn bij verbandwisselingen [29]. Lokaal aangebrachte niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAID's), zoals ibuprofen in schuimvorm of diclofenacgel, zijn ook effectief gebleken, al was de statistische effectiviteit in beide gevallen lager dan verwacht; het number needed to treat (NNT) was 6 [29]. Andere middelen die lokaal zijn beschreven voor pijnvermindering bij wonden zijn ketamine, amitriptyline, morfine, methadon, buprenorfine, aspirine, capsaïcine (0,025 tot 0,075%), clonidine 0,1% en menthol. Echter, het bewijs voor veiligheid en effectiviteit van deze middelen is zwak of ontbreekt [28]. Bij systemische pijnbehandeling is, vanwege het ontstekingsmechanisme, het gebruik van een NSAID logisch, maar dit kan het risico op bloedingen licht verhogen. Inflammatoire en myofasciale pijncomponenten reageren slecht op opioïden. In het geval van myofasciale pijn kunnen infiltraties van de aangedane spieren met lokale anesthetica, milde massage en oefentherapie verlichting geven. Bij een neuropathisch pijnmechanisme kan de reactie op opioïden worden voorspeld met eenvoudige medicatietests, maar meestal zijn adjuvante analgetica noodzakelijk. Aangezien de statistische effectiviteit van elk middel bij neuropathische pijn laag is [30,31], is het raadzaam het eerste adjuvante middel zo te kiezen dat het goed combineerbaar is met andere middelen [32]. Bij de keuze moeten ook de leeftijd van de patiënt, comorbiditeiten en bestaande medicatie worden meegewogen.

Een volledige bespreking van dit onderwerp valt buiten het bestek van deze studie, maar enkele specifieke aspecten verdienen vermelding. De eerstekeusmiddelen zijn tricyclische antidepressiva (NNT 3,5). Duloxetine en gabapentinoïden zijn ook effectief, zij het in mindere mate (NNT 6,4 voor duloxetine; 7,1 voor gabapentine en 7,7 voor pregabaline) [30,33]. Veel andere geneesmiddelen zijn onderzocht, maar het bewijs voor hun effectiviteit is soms twijfelachtig [30,31]. Geneesmiddelen met sterke serotonerge werking (zoals SNRIs en clomipramine) kunnen het risico op bloedingen enigszins verhogen. De bijwerkingen van gabapentinoïden staan bekend om hun vaatverwijdende werking. Of dit mogelijk een schadelijk effect heeft door het verhogen van de hoeveelheid wondexsudaat, is nog niet duidelijk. Carbamazepine is een sterke inductor van het CYP-systeem, heeft significante interacties met veel andere geneesmiddelen (zoals NSAID's, tramadol, fentanyl, oxycodon, methadon) en kan het risico op bloedingen verhogen. Valproaat remt de afbraak van de meeste NSAID's en kan eveneens het risico op bloedingen enigszins verhogen.

Systemisch lidocaïne en ketamine zijn het afgelopen decennium veelvuldig gebruikt in de palliatieve zorg voor de behandeling van neuropathische pijn, maar er bestaat nog geen consensus over de toedieningsweg en de gebruikte doseringen. Ook de gegevens over de effectiviteit zijn tegenstrijdig [34–39].

Voor het voorkomen van pijn bij verbandwisselingen kunnen snelwerkende opioïden (zoals transmucosale of parenterale fentanyl, sublinguaal toegediende methadon), parenterale of nasale ketamine en lachgas verlichting bieden [35,40–42].

- **Complementaire behandelingen**

Methoden zoals ontspanning, aromatherapie, muziektherapie en meditatie kunnen helpen bij het verminderen van anticiperende angst en pijn, en zo centrale pijnprocessen remmen [43].

- **Interventionele behandelingen**

Intrathecale toediening van medicatie (opioïden, lokale anesthetica, ziconotide, baclofen, clonidine) kan nodig zijn bij een klein percentage van patiënten die niet reageren op conventionele therapieën [33].

- **Neuroablatie (chemisch of thermisch)**

Dit kan een behandelingsoptie zijn in therapieresistente gevallen. Bij infiltratie van de thoracale of abdominale wand moet het uitvoeren van een eenvoudige intercostale neurolytische blokkade worden overwogen. Bij perineale tumoren — wanneer de patiënt een fecale of urinaire deviatie of katheter heeft — kan een sacrale neurolytische blokkade aanzienlijke verlichting bieden [44,45].

Jeuk (pruritus) en huidverzorging

Onderzoek naar wond gerelateerde jeuk binnen neurobiologische processen, zowel experimenteel als klinisch, heeft zich vooral gericht op niet-maligne aandoeningen (zoals trauma, brandwonden, beenulcera, epidermolysis bullosa, atopische dermatitis, enz.). Maida vond maligne wonden bij 67 van de 472 kankerpatiënten die palliatieve zorg ontvingen, waarbij jeuk als het zesde meest voorkomende symptoom werd gerapporteerd, met een frequentie van 6% [46].

Wat betreft de ontwikkeling en overdracht van het jeukgevoel is de heersende opvatting in de afgelopen tien jaar dat een klein deel van de populatie niet-gemyeliniseerde C-vezels (ongeveer 5%) gespecialiseerd is in de waarneming en geleiding van pruritogene stimuli. Hierbij zijn verschillende mediators betrokken op de perifere zenuwuiteinden, waaronder histamine, β -alanine, somatostatine, IL-31, serotonine, proteasen, substance P en zenuwgroeifactor [47].

Het niet-genezende karakter van maligne wonden kan een belangrijke factor zijn in de aanzienlijke verschillen in de incidentie van jeuk tussen maligne en niet-maligne wonden. Bij een gedetailleerde analyse van jeuk is het zinvol om niet alleen de lokalisatie, intensiteit, frequentie, duur, en uitlokkende of verlichtende factoren te beoordelen, maar ook de bijbehorende sensaties te beschrijven (zoals kriebelend, prikkelend, stekend, knijpend, branderig) [48,49].

Als uitlokkende factoren kunnen worden vastgesteld (bijvoorbeeld type verband, hoeveelheid en kwaliteit van wondexsudaat, lokale warmte onder een occlusief verband, stress), kan het verminderen daarvan ook de jeuk verlichten.

Vocht gerelateerde huidschade wordt veroorzaakt door overhydratatie en maceratie van de huid als gevolg van hevige afscheiding in combinatie met infecties. Daarnaast tast dit het gebied rond de wond aan; de resulterende lymfevasculaire schade kan leiden tot oedeem en een toegenomen hypoxische laag, wat de gevolgen van irritatie versterkt. Dit leidt tot ontsteking, zwelling en jeuk, die uiteindelijk ook pijn kunnen veroorzaken [3]. Niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAID's), zoals aspirine, kunnen nuttig zijn bij jeuk.

Wond gerelateerde jeuk wordt over het algemeen als histamine-ongevoelig beschouwd [48], hoewel er enkele pruritoceptieve componenten verwacht worden vanwege het complexe mechanisme. Het bewijs voor een antipruritogeen effect van geneesmiddelen die bij neuropathische pijn worden gebruikt, is uiterst beperkt. Bij het bepalen van de optimale niet-oncologische systemische therapie moeten andere symptomen van de patiënt (zoals slaapstoornissen, neuropathische pijncomponenten, depressie, misselijkheid, comorbiditeiten en bestaande medicatie) in overweging worden genomen. Bepaalde Antidepressiva (doxepine, amitriptyline, mirtazapine, paroxetine) en anticonvulsiva (gabapentinoïden, natriumkanaalblokkers, valproaat) worden aanbevolen. Er is goede ervaring met mu-receptorantagonisten en kappa-agonisten voor de verlichting van chronische jeuk van andere oorsprong, maar voor neuropathische of wond gerelateerde jeuk wordt hun gebruik momenteel niet aanbevolen. Op basis van de beschikbare gegevens is er momenteel geen evidence-based aanbeveling beschikbaar om de jeuk bij tumorwonden te verlichten, en verder onderzoek is nodig.

Ontspanning, zelfs met aromatherapie, kan ook een positief effect hebben op het verlichten van symptomen [50].

Topische behandelingen staan bekend om het verlichten van chronische jeuk, naast het gebruik van moisturizers, neutrale zepen en natuurlijke stoffen. In een recent gepubliceerde review besprak Andrade in detail de formuleringen die tot nu toe in klinische onderzoeken zijn bestudeerd (clobetasol, mometason, menthol, kamfer, tacrolimus) [50]. De meeste hiervan zijn getest voor pruritoceptieve jeuk. In het geval van tumorwonden wordt meestal toepassing rond de wond (periwound) overwogen. Bij ulcererende tumoren is het gebruik van lokale anesthetica op het wondoppervlak ook gangbaar in de palliatieve praktijk [50].

Psychosociaal aspect

Alle kankerpatiënten en hun mantelzorgers moeten worden gescreend door een onco-psycholoog om te onderzoeken of aanvullende mentale hulp nodig is. De twee belangrijkste psychologische problemen bij patiënten met een kwaadaardige wond zijn isolatie en depressie. Het bevorderen van een goede slaap is hierbij ook van cruciaal belang.

Psychosociale ondersteuning is ook belangrijk voor pijnbestrijding, omdat het kan helpen de activiteit van afdalende pijn remmende banen te verhogen. Alle hierboven genoemde pijnmechanismen worden verergerd door psychosociale factoren. Angst met betrekking tot het anticiperen op naderende pijn kan de pijnintensiteit verhogen en de pijntolerantie verlagen [43].

Discussie

De verwoestende impact van oncologische ulcera is onschatbaar [2,3,9]. De complexe symptomen en de ernst van het lijden vereisen een nauwkeurige beoordeling door medische professionals. Begin altijd met het behandelen van het meest belastende symptoom, en verlicht daarna andere factoren. Het vergelijken van verschillende kwaadaardige wonden is zeer moeilijk, aangezien ze een uiteenlopende oorsprong hebben. Scoresystemen en beoordelingsmethodes zijn nuttig om de toestand van een patiënt in de tijd met zichzelf te kunnen vergelijken [2,3,51].

Fotodocumentatie in combinatie met meetinstrumenten is nuttig om de ontwikkeling van de wond en de voortgang over de tijd te volgen. In de nabije toekomst zal kunstmatige intelligentie waarschijnlijk ondersteuning bieden via fotohulpmiddelen bij het nemen van beslissingen. Mobiele applicaties bevinden zich momenteel nog in de ontwikkelingsfase en hebben nog geen academische accreditatie, maar zullen een onderdeel worden van palliatieve zorg.

Er is een gebrek aan consensus om clinici te begeleiden [52]. Het wetenschappelijke bewijs dat beschikbaar is over oncologische ulcera is van zeer lage kwaliteit, als gevolg van zwakke methodologieën, niet-vergelijkbare gevallen en het ontbreken van interdisciplinaire samenwerking. Hierdoor ontbreekt een correcte meta-analyse nog steeds. Toch is er sterk bewijs dat een langere overlevingstijd mogelijk is bij patiënten bij wie de wondgrootte is verminderd [15].

Moderne wondverbanden zijn beschikbaar met vochtregulerende technieken, zoals hydrocolloïde schuimverbanden die zilver bevatten. Topische middelen kunnen nuttig zijn, maar het combineren ervan kan leiden tot ineffectiviteit of ongewenste bijwerkingen door interacties tussen de componenten. Systemische antibiotische behandeling blijft nog steeds ter discussie staan [53].

Nieuwe radiotherapeutische technieken moeten ook worden geïntegreerd in de palliatieve radiotherapie, om kwaliteitsvolle zorg te bieden aan patiënten met oncologische ulcera.

In deze publicatie verzamelden en beoordeelde, de auteurs, artikelen en aanbevelingen met betrekking tot palliatieve zorg voor kwaadaardige wonden en benadrukten zij de belangrijkste boodschappen in gestructureerde aspecten voor klinici en mantelzorgers. Deze verzameling kan dienen als basis voor een fundamenteel protocol en een verplichte klinische richtlijn voor de zorg bij kwaadaardige wonden. In de toekomst is inter- en multidisciplinair teamwork nodig om gepersonaliseerde geneeskunde bij dergelijke gevallen te ondersteunen, wat een zeer uitdagend en complex project is.

Vrije vertaling: Treatment Algorithm for Cancerous Wounds: A Systematic Review

Nele Callaerts
Wondzorgverpleegkundige MHKA

Conclusies

Patiënten met een oncologisch ulcus hebben behoefte aan een allesomvattend, holistisch behandelprotocol, waarbij niet alleen palliatieve zorgverleners betrokken zijn, maar ook radiotherapeuten, medische oncologen en chirurgen. Complex, multidisciplinair teamwerk is de sleutel tot het behalen van succesvolle of op zijn minst zinvolle therapie [54]. Alle medische professionals moeten weten hoe ze deze belastende toestand kunnen verlichten; daarom kan de in dit artikel samengestelde richtlijn dienen als een geschikt kompas.



Klik op de bol voor de link naar het originele artikel

CNC vzw Wondzorgvereniging

@wondzorgpuntnet

@wondzorgpuntnet

wondzorg.net

CNC vzw
wondzorg.net
wond-, stoma- & voetzorgvereniging

Graag jullie medewerking voor onderstaand onderzoek in kader van een masterproef



DEELNEMERS GEZOCHT

ONLINE ONDERZOEK OMTRENT VOEDING EN CHRONISCHE WONDZORG

De kennis, attitudes en competenties van zorgverleners omtrent voeding en chronische wondzorg in kaart brengen

Chronische wondzorg is een veelvoorkomend probleem binnen de maatschappij. Onderzoek toont aan dat de prevalentie stijgt met de leeftijd. Dit vraagt een multidisciplinaire benadering waarbij onderzoek aangeeft dat voeding een impact heeft op de wondheling. Om effectieve voedingsinterventies te implementeren is onderzoek naar kennis, attitudes en competenties essentieel.

Met dit onderzoek willen we nagaan of er een verband is tussen de kennis, attitudes en competenties bij zorgverleners omtrent voeding en chronische wonden.

Wie kan deelnemen

- Zorgverleners: Artsen, (gespecialiseerd) verpleegkundigen, verpleegkundig consulenten en specialisten, diëtisten, logopedisten, ergotherapeuten, zorgkundigen, logistiek assistenten en diabeteseducatoren.
- Werkzaam in gezondheidszorg in België of Nederland
- Nederlandstalig
- Ervaring met opvolging van chronische wonden

Vragen

- dylan.hollevoet@ugent.be
- Ine.degrande@ugent.be
- 09 332 36 28 (Prof. dr. Tim Torsy)

Elke werkdag bereikbaar van 8.30 tot 17.30.

Hoe kan u deelnemen

U vult eenmalig de digitale vragenlijst in (https://ugent.qualtrics.com/jfe/form/SV_cTo8ytsdLMwDCe)

Tijdsduur 15 à 20 minuten

De studie werd goedgekeurd door de Commissie voor medische ethiek van UZ Gent en UGent.



Universitair Centrum voor
Verpleegkunde en Vroedkunde
www.uvcvgent.be



FACULTEIT GENEESKUNDE EN
GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN



Uitreiking wondzorg.net pins



Kijk op de website van
wondzorg.net of jij jouw exemplaar
kan aanvragen



ISTAP recommendations nieuw position document

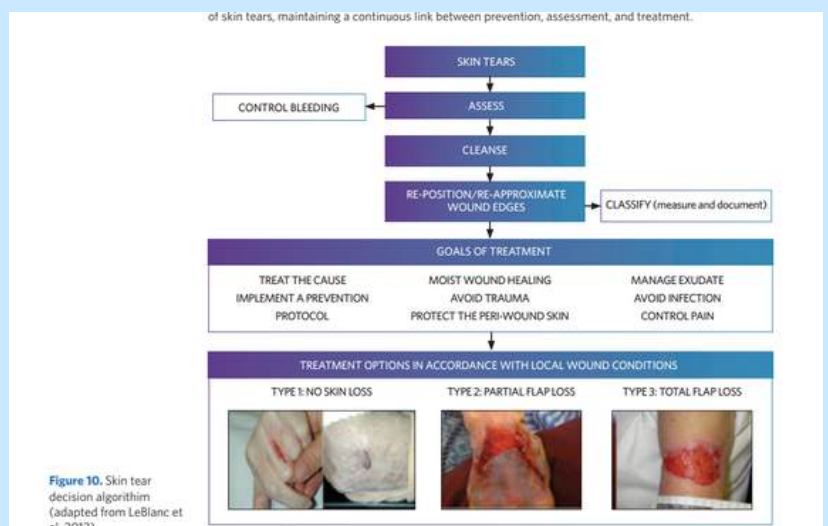
In 2018 publiceerde ISTAP het oorspronkelijke position document: 'Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Skin Tears in Aged Skin', opgesteld door een groep experts uit Europa, Noord-Amerika, Zuid-Amerika, Azië, Afrika en Australië, en beoordeeld door aanvullende internationale deskundigen om de praktijk in verschillende delen van de wereld weer te geven (ISTAP, 2018).

De ISTAP-richtlijnen uit 2018 worden nog steeds veelvuldig toegepast in de praktijk, maar de behoefte aan geactualiseerde richtlijnen in het licht van nieuw bewijs en discussies werd erkend. Voor deze geüpdatete editie van 2025 is ISTAP een samenwerking aangegaan met Nurses Specialized in Wound, Ostomy and Continence Canada (NSWOCC) en de Wound, Ostomy and Continence Nurses Society™ (WOCN®, VS). Deze samenwerking ontwikkelt het bestaande document tot duidelijke en definitieve richtlijnen voor de hedendaagse klinische praktijk.

De gecombineerde groep van experts kwam in december 2024 bijeen om de noodzakelijke updates te bespreken op basis van veranderingen in het zorglandschap, en om belangrijke actuele thema's op te nemen, zoals de impact van huidskleur van de patiënt, het toenemende aantal patiënten dat leeft met dementie, en praktijkvoering gebaseerd op verantwoord gebruik van antimicrobiële middelen (antimicrobial stewardship).

De integriteit van de huid is essentieel voor wondpreventie, waardoor preventiestrategieën en het behoud van een gezonde huid van het grootste belang zijn. Deze geactualiseerde richtlijn heeft als doel alle zorgverleners te voorzien van de informatie en hulpmiddelen die zij nodig hebben om huidletsels (skin tears) met vertrouwen te voorkomen, te beoordelen, te classificeren en te behandelen in de praktijk, met als doel de algehele huidgezondheid en uitkomsten voor patiënten te verbeteren.

Emmy Nokaneng, Voorzitter ISTAP



Klik op de bol voor de link naar het document



Visieweekend



Vergaderen in het zonnetje



De innerlijke mens moet ook versterkt worden na het vergaderen.



Vorbereiding op het komende werkingsjaar. Op een ontspannende manier. Als je wil meewerken in de vereniging en tegelijk je kennis over wondzorg vergroten. Neem gerust contact op of spreek ons aan op een congres.



Visieweekend

De docenten worden ingewijd in nieuwe lestechnieken zoals simulaties en hechtingstechnieken.

Skin tears maken



Hechtingen en debridement





Voorstelling zorgvrager

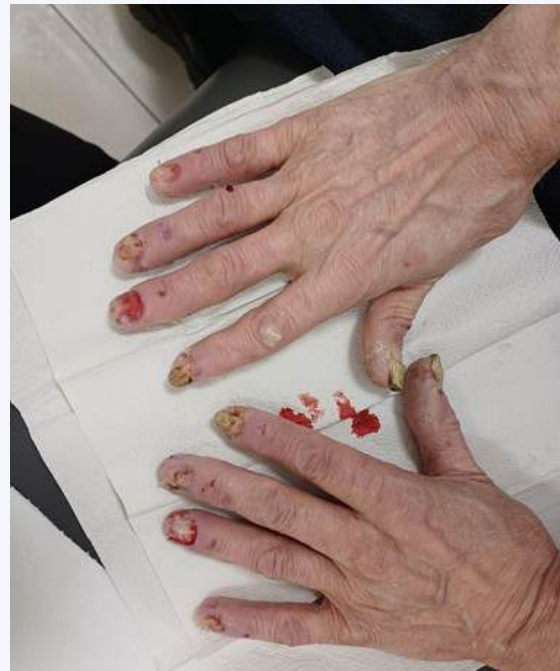
- Man 63 jaar
- Medische problematiek:
 - Longcarcinoom sinds 2023
 - Lymfeklierkanker 2022

Behandeling kanker:

- Chemotherapie voor de lymfeklierkanker en longcarcinoom. Zonder succes. (2022-2023)
- Immunotherapie, 2023

Wondevolutie

- Na 2 beurten immunotherapie: kloven in zijn handen
- Evolutie naar ulceraties op alle vingers.
- Verweking wondomgeving
- Uitvallen van de nagels
- Doorverwijzing naar dermatologie. De immunotherapie werd voorlopig stopgezet.



Wondzorg: 1ste beleid

Reinigen: vingers fysiologisch water

Zalf: Bactroban

Fixatie: buisverbanden rond de vingers.

Deze vingers herstellen niet volledig, maar het was leefbaar voor de patiënt dus hij zette de zorg stop. Enkele weken terug kwam hij opnieuw in zorg door reciverende ulcusvorming ter hoogte van de vingers.



Wondzorg: 2de beleid

Reinigen: vingers fysiologisch water

Zalf: Fucicort

Primair verband: Jelonet

Fixatie: buisverbanden rond de vingers.

We zien tot nu toe een positieve evolutie.





Agenda

- 3-6 september, 2025**
EBA-congres, Berlijn
- 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

**Voor de geïnteresseerden of als je wil meewerken in de vereniging
Welkom op onze werkvergaderingen**

Als je wil aanwezig zijn op een ledenvergadering of je wilt meewerken in 1 van onze werkgroepen. Geef dan een seintje aan Dhr Marc Ysenbrandt, info@wondzorg.net

Prettige
vakantie

