

# De rol van een stomaverpleegkundige bij verzorging van een wond met fistels.

**Auteur:** J. van Duynen  
**Vertaald/bijgewerkt:**  
**Nieuwsbrief:** 1993  
**Pagina:** 52-53  
**Jaargang:** 9  
**Nummer:** 4  
**Toestemming:**  
**Illustraties:**  
**Bijzonderheden:** congresnummer, voordracht  
**Kernwoorden:** fistels wondbehandeling casus stoma  
**Literatuur:**

Wanneer er een patiënt is met een wond die veel produceert, hetzij door fistels, hetzij door een andere oorzaak, zal het voor de één een uitgemaakte zaak zijn voor de verzorging van die wond de stomaverpleegkundige te raadplegen terwijl de ander op de traditionele manier zal verbinden, of zelf met materiaal uit de stomazorg aan de gang gaan. Aan de hand van een casus wil ik u duidelijk maken wat de rol van de stomaverpleegkundige bij die verzorging zal zijn.

De drie hoofdzaken van fistelverzorging zijn:

- adequate voeding
- goede huidbescherming
- opvang van de uitvloed

Het is voor mij vanzelfsprekend dat de begeleiding van de patiënt belangrijk is, als je soms weken of maanden bij een patiënt komt, word je een vast punt voor hem. Wanneer hij overgeplaatst wordt naar een andere afdeling kom jij daar ook weer, dit schept vertrouwen in een uitermate moeilijke periode.

Ik vind het gewenst, wanneer de patiënt daartoe in staat is, hem in de verzorging te betrekken. Niet alleen voorkom je op die manier dat je beslist over het hoofd van de patiënt, hij is de 'ervaringsdeskundige', hij is degene die er altijd is.

Er is nu eenmaal niet altijd dezelfde verpleegkundige aanwezig en een patiënt kan vaak heel goed aangeven waar het systeem faalt of soms merk je aan hem dat de gegeven instructies niet worden opgevolgd.

Bij de presentatie van deze casus wil ik me beperken tot mijn eigenlijke taak en dat is de huidbescherming en de opvang van het geproduceerde vocht. Ik wil dat doen aan de hand van een aantal dia's die ik tijdens de verzorging maakte en indien de tijd het toelaat ook nog een paar dia's laten zien van een ander patiënt.

De heer A.: een 32-jarige man met een gewicht van ruim 100 kg, werd in augustus 1991 opgenomen met een alcoholische hepatitis. pancreatitis. Na 1 dag volgde een spoedlaparotomie vanwege een maagperforatie: complicaties waren o.a. een peritonitis en een acute nierinsufficiëntie. De buikwond was niet gesloten, aanvankelijk werd de buik dagelijks

gespoeld, er vonden nog diverse relaparotomiën plaats.

De patiënt werd geruime tijd beademd, gedialyseerd en werd ongeveer 5 maanden verpleegd op de Intensive Care afdeling.

Mijn adviezen werden gevraagd bij het aanbrengen van de Woundmanager, dit is een 1-delige opvangzak met een hydro-colloïd huidplaat die een maximum uitknipmaat van 10 x 23 cm heeft. Aan de bovenzijde zit een luikje, waardoor de zak kan worden afgesloten met een klem of met een kraantje en eventueel daaraan een 24-uurszak.

Het verwijderen van het oude materiaal, het schoonmaken van de omliggende huid en het aanbrengen van het nieuwe materiaal wordt gedaan zoals we dat gewoon zijn bij de stomazorg: bij het verwijderen van het materiaal wordt de huid schoongemaakt met onsteriele gazen en lauw water, drooggedept met een gaas of tissue, waarna het nieuwe materiaal aangebracht kan worden. Tussentijdse uitvloed moet opgevangen worden en indien de huid verontreinigd wordt, moet die weer opnieuw schoongemaakt worden. Het is dus praktisch om alles zoveel mogelijk van tevoren klaar te leggen, zodat er niet veel tijd verloren gaat tussen het afhalen van het oude materiaal en het aanbrengen van het nieuwe. Mede daarom is het handig het gemaakte model of het afdekpapier van de uitgeknipte wondzak te bewaren voor de volgende keer om ook de wondzak vast van tevoren te kunnen knippen. Het uitgeknipte stuk kan gebruikt worden om oneffenheden op te vullen.

Omdat de heer A. zo dik was en de buikwond niet was gesloten, was de wond na verloop van tijd te breed geworden om nog met de Woundmanager te kunnen verzorgen. Geleidelijk kwamen er verschillende fistels vanuit het ileum in de wond en de toestand van de vaak kritiek. We probeerden de wond te verbinden met transparant folieverband en daarin een drain (deze methode wordt o.a. uitgebreid beschreven in het WCS blad nr 1 1992, dit artikel is eerst gepubliceerd in het blad Kritiek van de IC-verpleegkundigen en werd ook overgenomen in het Halfjaarbericht van de VVSN).

De rechterzijde van de wond was echter zo diep geworden, dat wij er niet in slaagden de lekkages te bedwingen.

Het was inmiddels februari geworden. De heer A. kreeg sondevoeding met extra natrium vanwege de hoge output en mocht ook wat voeding per os. Wij gebruiken nu een grotere wondzak met een uitknipbaar oppervlak van 23 x 15 cm. Deze zak heeft een afvoeropening die met een klem gesloten kan worden maar helaas geen luikje heeft aan de bovenzijde. Het diepe gedeelte werd opgevuld met een opvullende pasta en laagjes huidplak uit het middengedeelte als een soort 'metselwerk' net zolang tot het niveau gelijk was aan de rest. Ontvelde huid werd beschermd met poeder. Door de zak werd een drain geleid, deze werd bevestigd door middel van een transparant huidplakje volgens de 'boekensteun-methode' U kunt dit wellicht verkwistend vinden, maar het gebruik van een huidplakje garandeert een absoluut lekvrije doorgang. Als drain gebruikten we achtereenvolgens een maagsonde, een verbijscatheter met daarin extra gaatjes geknipt en een lowvac drain. De drain werd aangesloten op een laagzuigend drainage systeem, de drain werd zo neergelegd dat hij zich niet kan vastzuigen aan het wondoppervlak om beschadiging van de te voorkomen. Met een beetje geluk bleef dit 3 dagen zitten. Toen onze patiënt wat mobieler werd, kregen we weer problemen. Wij spoten nu alle onderdelen in met een adhesive spray en volgden verder weer dezelfde procedure, dit had succes.

Hoewel we nu weinig lekkages hadden en de afdelingsverpleegkundigen (mijnheer lag inmiddels op de interne afdeling), de verzorging nagenoeg van ons hadden overgenomen, werd de wond niet kleiner van oppervlak doordat de uitvloed zo agressief was. De internist vroeg ons om raad. Wij vonden dat de wond gespoeld moest worden, maar mijnheer was

aanvankelijk niette motiveren om onder de douche te gaan voor deze spoeling. Het was ook een hele onderneming, hij was nogal verzwakt, zijn spiermassa was afgenomen door de langdurige bedrust en daarbij nog zijn overgewicht!

Na wat praten lukte het hem om de dag onder de douche te krijgen. Vanaf dat moment werd de wond ook kleiner, geleidelijk aan werd de orale voeding uitgebreid, de patiënt werd mobieler, we hoefden geen drain meer te gebruiken, en de heer A. ging zelf de zak legen en verschonen.

In juni vertrok hij naar een revalidatie-inrichting, in augustus kwam hij bij op de polikliniek. De wond was een stuk kleiner geworden. Najaar 1992 werd hij weer opgenomen voor het verwijderen van fistels, hetgeen gelukkig zonder complicaties gebeurde, de wond werd opengelaten en moest dicht granuleren, dit voorjaar is op het laatste gedeelte dat niet spontaan sloot, een wondplastiek verricht.

Tot slot wil ik u nog een paar dia's laten zien van een andere patiënt, ook acuut geopereerd en met een open buikwond. In deze wond ontwikkelde zich een colofistel, die de wond sterk verontreinigde. Op de vraag van de chirurg: "heb je niets om erin te stoppen?", bracht ik een plug, die normaal gebruikt wordt om bij colostoma te bereiken, in de fistel. De wond verbeterde snel en toen de patiënt wat stabiel was, werd een tijdelijk ileostoma aangelegd. In een later stadium vond een darmresectie plaats en werd de stoma weer opgeheven.

De meeste afdelingsverpleegkundigen hebben voornamelijk kennis van dat opvangmateriaal, dat in hun ziekenhuis standaard aanwezig is. Ik hoop u met deze casus duidelijk gemaakt te hebben dat een stomaverpleegkundige met haar kennis van allerlei soorten opvangmateriaal en hulpmiddelen en haar ervaring in het aanbrengen daarvan, een rol kan spelen bij de verzorging van fistels al of niet in een wond gelegen.

J. van Duijnen, Stomaverpleegkundige Medisch Centrum Alkmaar