

Bijlage

Protocol Wondbehandeling in de eerste en tweede lijn

ALGEMEEN

- Elke vochtige wond, rood, geel of zwart, oppervlakkig of diep, tweemaal daags douchen met water (bij goede wondgenezing kan dit naar eenmaal daags).
- Débridement (mechanisch of met nat gaasje).
- Een keer desinfecteren met povidonjood op waterbasis (bij verontreinigde wond).

WONDBEDEKKING

- Wondranden beschermen met dun laagje zinkolie (gaat verweking tegen).
- Wond afdekken met paraffinegas (vier tot zes lagen door twee tot drie keer dubbelvouwen, dan plakt het minder aan de wond) en een diepere wond opvullen met paraffinegas.
- Wond verder verbinden met niet-steriele non woven gazen en elastomull*.
- Zwachtelen bij oedeem, eerst een- tot tweemaal daags, later driemaal per week (paraffinegas kan een paar dagen blijven zitten zodra de wond goed geneest) (eerst controle perifere pulsaties).

WONDGENEZING

- Aanvankelijk tweemaal daags verbinden (veel wondvochtproductie), later eenmaal daags.
- Controle door huisarts eenmaal per week (tweemaal per week bij risicofactoren zoals diabetes mellitus, vascularisatiestoornissen); als het goed gaat eenmaal per twee weken.
- De wond moet binnen twee tot vier weken genezingstendens vertonen.
- Bij afwezigheid van genezingstendens verwijzen naar regionale wondpoli (in een dag analyse en behandelplan), waarna terugverwijzing naar de huisarts.

COMPLICERENDE FACTOREN

- Cachexie: eiwitrijke voeding.
- Oedeem: altijd ambulante compressietherapie (eerst controle arteriële doorbloeding), anders geen genezing van de huid en de wond. Bij veel oedeem kan de huid nattend zijn van het vocht, dan verbinden met paraffinegasen afgedekt met non woven niet-steriele gazen.
- Eczeem: indifferente vette crème (emolliens), hormooncrème
- Necrose:
 - droge necrose: zinkolie en droog verbinden;
 - natte necrose: débridement, verder als boven beschreven (zinkolie/paraffinegas).
- Infectie: wondtoilet (vaak al voldoende), douchen tweemaal daags, paraffinegas, zinkolie rond de wond, eventueel antibiotica bij cellulitis.

- Veel fibrinebeslag: opvullen met vier tot zes lagen paraffinegas, débridement, eventueel tijdelijk natriumhypochloriet in de wond aanbrengen.
- Blaren: intact laten, afdekken met paraffinegas, eventueel indrogen met zinkolie (bij impetigo bullosa).
- Decubitus: wondbehandeling als boven. Bij blootstelling aan feces/urine: dik zinkolie. Zinkolie werkt ook preventief bij decubitus door preventie van maceratie.
- Intertrigo, paronychia, impetigo, geïnfecteerde stoma-openingen of piercings: zinkolie, afgedekt met non woven niet-steriele gazen.
- Het is niet aangetoond dat duurere wondbedekkers een meerwaarde hebben..
- Paraffinegas is eerste keus.
- Geen biotex® of soda meer adviseren om wonden schoon te maken.

SOORTEN WONDEN EN PRINCIPES VAN WONDGENEZING

Een wond kan op diverse manieren ontstaan: door decubitus, diabetes mellitus (diabetisch voetulcus), arteriële en veneuze insufficiëntie (ulcus cruris venosum/arteriosum), trauma (schaafwond, skin tears, penetrerende wond of brandwond), chirurgische ingrepen, een auto-immuunziekte, en door een maligniteit en de betreffende behandeling (oncologisch ulcus: ulcus ten gevolge van tumor of metastase; oncologische wond: huiddefecten ten gevolge van tumorbehandeling).^{3,22} Bij een ongecompliceerde wondgenezing geneest een wond, afhankelijk van de aard, locatie en omvang meestal in twee tot vier weken.^{1,3,18} Na een tot drie maanden spreken we van een chronische wond.¹ Voorwaarde voor een snelle genezing is een optimale vochtige wondomgeving.^{4,5,7,16,17,24} Voor een optimale wondgenezing moet worden voldaan aan een aantal voorwaarden: fibrinebeslag, necrotisch weefsel, bloedresten en débris dienen zo veel mogelijk te worden verwijderd, omdat deze een optimaal milieu vormen voor bacteriële proliferatie, een ontstekingsreactie stimuleren, epithelisatie beperken en de visualisatie van het wondbed belemmeren.^{5,14,16,19,20,21,24} Oedeem moet worden bestreden omdat dat tot een lager zuurstofniveau leidt, waardoor neovascularisatie en de vorming van granulatieweefsel worden belemmerd.^{3,7,19} De wondranden dienen te worden beschermd en comorbiditeit van de omgevende huid, bijvoorbeeld eczeem, een dermatomycose en xerodermie, moet worden behandeld.^{3,4,5,7,9,11,14,16,23} De voedings-toestand moet worden geoptimaliseerd en contaminatie van de wond, door bijvoorbeeld urine en defecatie, moet worden voorkomen.²³ Ten slotte mag het wondverband bij verwijdering door adhesie geen beschadigingen aan het herstellende weefsel of de omgevende huid veroorzaken.^{4,5,9,13,15,17,25}

Bij 80,1% van de wonden gaven we vier tot zes lagen paraffinegaas, met of zonder zinkolie. Oppervlakkige acute schaafwonden en oppervlakkige tweedegraads brandwonden behandelden we met alleen paraffinegaas. Droge ulcera, impetigo vulgaris en bullosa, paronychia (na eventuele evacuatie van débris), intertrigo, geïnfecteerde stomaopeningen en piercings, en decubitus met niet te vermijden blootstelling aan defecatie en urine behandelden we zonder paraffinegaas met alleen zinkolie, afgedekt met niet-steriele gazen (19,9%).

[Tabel 1] geeft de gemiddelde genezingsduur van de acute, niet-acute en de chronische wonden weer. Van de wonden is 97% zonder verwijzing genezen. Verwijzen gebeurde bij vier patiënten (1,7%), waarna eenmaal een huidtransplantatie en tweemaal een amputatie plaatsvond. In 1,3% van de gevallen is de patiënt overleden of verhuisd.