

# De behandeling van het decubitus ulcus\*

DOOR DR. J. H. KRAAK, HUISARTS TE ROTTERDAM

Het aantal publikaties over dit onderwerp is niet zo groot. Toch verdient het ten volle onze aandacht, vooral omdat de bevolking tegenwoordig ouder wordt zodat wij vele patiënten op leeftijd hebben die bedlegerig zijn. De etiologische factoren van de decubitus ulcera kunnen worden gerangschikt onder fysische invloeden, deficiënte voeding en anemie. De fysische factoren zijn opnieuw onder te verdelen, namelijk in druk, warmte, vochtigheid, wrijving en hygiëne.

De druk speelt een belangrijke rol bij het ontstaan van decubitus ulcera. De meeste mensen zullen het niet merken wanneer zij ongelijk liggen, terwijl het duidelijk is dat de druk op bepaalde punten sterk stijgt. Het is aangetoond dat de druk, die op de weefsels tussen benig skelet en vaste onderlaag, zoals een kapokmatras wordt uitgeoefend, kan oplopen tot 300 mg Hg (Kosiak en anderen). Door micrometingen in capillairen is bekend dat de druk in de arteriële zijde van het capillairnet 30 mm Hg en aan de veneuze kant 12 mm Hg bedraagt. Uit deze getallen blijkt, dat door het liggen de vaten worden dichtgedrukt en dat gebieden anoxemisch worden. Een rubberring vermindert wel de druk, maar deze blijft in het bedreigde gebied toch nog altijd 160 mg Hg. Dit is dan ook de reden dat in het centrum van de ring vaak oedeem optreedt.

Door warmte worden alle processen versneld, waardoor de behoefte aan zuurstof stijgt. In de praktijk zal echter de toevoer van zuurstof naar de weefsels zijn verlaagd, onder andere door drukfactoren. Het tekort aan zuurstof wordt dus groter.

Vochtigheid van de huid doet de weerstand voor uitwendige factoren verminderen. De huid neemt het vocht op en wordt daardoor beter toegankelijk voor stoffen van buitenaf, zoals ammoniak uit de urine. Dit principe vindt men in de praktijk toegepast bij de moderne behandeling van huidziekten onder plastic-occlusie. Wrijving geeft plaatselijk sterke drukstijging, waardoor eerder epidermisbeschadigingen optreden.

Vanzelfsprekend is goede hygiëne van groot belang bij patiënten met incontinentie voor urine en faeces, maar ook op broodkruimels en gekreukelde lakens moet door de verpleging worden gelet. Dit is vooral belangrijk bij patiënten met verlammingen of bejaarde patiënten die comateus zijn.

\* Voordracht, gehouden op de studiedag „Capita selecta uit de geriatrie”, georganiseerd door de Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, januari 1968.

Een patiënt in slechte voedingstoestand zal over het algemeen minder weerstand hebben voor nadelige invloeden van buitenaf. Daarbij komt, dat wanneer iemand in slechte voedingstoestand verkeert, het vetweefsel in de subcutis vermindert, waardoor de laag, die de druk moet opvangen, afneemt in dikte en veerkracht. Verder verhoogt een tekort aan eiwitten de kans op het ontstaan van oedeem en daarmee nemen de slechte omstandigheden op de drukpunten toe. Tengevolge van een eventuele anemie zal het zuurstoftekort in de weefsels worden vergroot, waardoor het te gronde gaan van cellen wordt versneld.

Wanneer men literatuur over dit onderwerp bestudeert, vindt men sterk uiteenlopende therapieën aanbevolen. Bijna ieder middel — en dan bedoel ik de middelen die worden gebruikt op het decubitus ulcus zelf en niet in de omgeving van het ulcus — heeft zijn aanhangers. Dit is een gevolg van het zogenaamde publikatie-effect, een begrip geïntroduceerd door mijn leermeester Prakken. Het publikatie-effect is het verschijnsel dat over een nieuw therapeuticum meestal enkele enthousiaste publikaties verschijnen, daarna hoort men er nooit meer iets over. De hoog gespannen verwachtingen, welke men van het nieuwe preparaat koesterde, worden niet bewaarheid. Het werkt toch niet zo goed als men dacht, een verschijnsel dat wij allen uit de praktijk kennen. Over de minder gunstige resultaten zal men echter zelden bericht aantreffen. Zo krijgt men bij de bestudering van de literatuur de indruk of wij zijn gezegend met een aantal therapieën, die elk voor zich uitstekend voldoen. In de praktijk is dat over het algemeen echter anders!

Bij de behandeling van het decubitus ulcus is een goede samenwerking met het verplegende personeel absoluut noodzakelijk. Deze samenwerking is natuurlijk altijd van groot belang, maar in dit geval is deze toch wel extra gewichtig. Het verplegende personeel kan gedurende de gehele dag op de patiënt letten, terwijl de behandelende arts de patiënt slechts enkele minuten per dag ziet. De belangrijke rol van het personeel wordt al direct duidelijk bij het noodzakelijke om de twee uren keren van de patiënt. Wanneer dit om verpleegtechnische redenen niet mogelijk is, moet van technische middelen worden gebruik gemaakt om de druk te verminderen. Er zijn bedden in de handel waarvan de matrassen in compartimenten zijn verdeeld. Deze compartimenten kunnen onder wisselende druk worden gezet. Dergelijke bedden zijn

erg kostbaar. Minder kostbaar is een schapevacht of een kunstmatige vacht. De patiënt moet dan direct op de vacht liggen, er mogen dus geen verbanden worden gebruikt. Het is daarom noodzakelijk minstens twee vachten per patiënt te hebben, aangezien de vacht om de andere dag moet worden gewassen.\* In de praktijk blijkt dat bij deze frequente wasbeurten vooral de kunstmatige vacht zich goed houdt.

Over de factoren vochtigheid en warmte behoeft hier niet te worden uitgeweid; wat betreft de wrijving moeten wij eraan denken dat dit effect, wanneer het voeteneind van het bed op klossen wordt gezet, in sterke mate optreedt.

De patiënt moet regelmatig worden gewassen met een overvette zeep, bovendien iedere keer nadat er faeces of urine is geloosd. Het is af te raden G11 of een andere bactericide zeep te gebruiken. De desinfecterende invloed van deze zeepen is zeer twijfelachtig, maar wat veel belangrijker is, er bestaat een grote kans dat de patiënt een allergie hiervoor ontwikkelt met alle kwalijke gevolgen van dien. Bij het gebruik van zeep moeten verpleegsters erop worden gewezen dat er veel water en weinig zeep moet worden gebruikt. Het afdrogen moet grondig maar voorzichtig gebeuren; het is beter te deppen dan te wrijven. Katoenen handdoeken, die reeds enkele malen zijn gewassen, verdienen de voorkeur. De omgeving van het ulcus moet met een vette crème worden ingewreven, zoals eucerine cum aqua of unguentum leniens. Het sebumlaagje wordt namelijk zelfs bij het gebruik van overvette, zachte zeep, verwijderd zodat de epidermis onbeschermd achterblijft.

Het wrijven met kamferspiritus is obsoleet geworden omdat hierdoor de huid wordt beschadigd terwijl het nuttige effect gering is. Ook een ander ritueel, het ijzen en föhnen, is in discrediet geraakt. Het is veel doeltreffender wanneer de omgeving van het ulcus door een bekwame fysiotherapeut wordt gemasseerd. Indien het afschaffen van deze beide zeer geliefkoosde rituelen een conflict veroorzaakt met het verplegende personeel, dan is mijns inziens het beste advies om het wrijven met kamferspiritus af te schaffen en het ijzen en föhnen te laten bestaan. Het invoeren van al te veel vernieuwingen stuit vooral bij oudgedienden in de verpleging op vele weerstanden. Een juiste dosering van nieuwe ideeën maakt, dat zij meestal ambitieus aan de gang gaan.

Tijdens de wasbeurt moet de verpleegster acht slaan op de voorboden van decubitus: kleine infiltraten die warm aanvoelen en rood zijn of misschien zelfs al witte plekje. Wanneer deze tekenen worden opgemerkt moet de patiënt direct op de schapevacht worden gelegd. Bij de voeding moet er op worden gelet dat de patiënt veel eiwitten krijgt, eventueel extra in de vorm van Protifar. Het voedsel moet er aantrekkelijk uitzien, zodat de patiënt ook inderdaad eet. Door de verpleging

\* Hiervoor nooit Biotex gebruiken.

moet erop worden toegezien dat de dienbladen niet onaangeroerd naar de keuken teruggaan. Voorts wordt in de literatuur herhaaldelijk gewezen op het feit dat vitamine C in grote dosering noodzakelijk is. Een bestaande anemie moet worden bestreden, in het algemeen wordt aangenomen dat het hemoglobinegehalte niet onder de 12,5 gram procent mag dalen. Indien dit gebeurt moet de patiënt extra ijzer krijgen of zelfs met bloedtransfusie worden behandeld.

Het decubitus ulcus wordt door mij als volgt verzorgd. Wanneer er necrose bestaat wordt dit verwijderd met pincet en schaar; indien dit niet mogelijk is wordt de necrose door middel van varidasegel of citroenzurezalf opgelost. Is het ulcus geïnfecteerd dan wordt stafylomycinepoeder (chirurgische poeder) in het ulcus gestoven. Een heel dun nauwelijks zichtbaar laagje is ruim voldoende. Aangezien stafylokokken in de meeste gevallen de veroorzakers van infectie in decubitus ulcera zullen zijn, geeft de behandeling met dit antibioticum, dat speciaal tegen stafylokokken is gericht, goede resultaten. Het blijft zaak dit antibioticum gedurende zo kort mogelijke tijd te gebruiken daar principieel altijd de mogelijkheid van een allergische reactie bestaat. Een dergelijke reactie is tot nu toe nog niet in de literatuur beschreven, waarschijnlijk komt dit door de geringe oplosbaarheid van dit antibioticum.

Het ulcus wordt daarna afgedekt met een stuk engels pluksel, waarvan de pluizige kant met zalf is ingesmeerd. Hiervoor wordt zachte Veieelpasta of drie procent Vioform in zachte Veieelpasta gebruikt. Nadrukkelijk moet erop worden gewezen dat boorzuur niet in de zalf mag voorkomen. Boorzuur wordt al sinds honderd jaar toegepast in het therapeutisch arsenaal ondanks het feit dat het effect van het middel nihil is en de risico's op vergiftigingen groot zijn, zeker wanneer het een goed resorberend oppervlak betreft zoals bij een ulcus het geval is. Boorzuurvergiftigingen geven onder andere aanleiding tot nierbeschadigingen en kunnen tot de dood leiden. De zalfappen worden minstens driemaal per dag verschoond, bovendien iedere keer nadat er faeces of urine is geloosd. Wanneer wij een schapevacht gebruiken wordt de Veieelpasta met een spatel op het ulcus gesmeerd. Het ulcus wordt niet afgedekt. Het zal duidelijk zijn dat de vacht iedere dag moet worden gewassen.

Door een aantal auteurs wordt het gebruik van een hoogtezon enkele keren per dag aangeraden. In de Amsterdamse dermatologische kliniek werden gedurende een jaar decubitus ulcera en ulcera cruris met hoogtezon behandeld. Er werd geen verschil in genezing tussen de wel en niet behandelde ulcera gezien. Naar mijn mening is hoogtezonbehandeling dan ook niet zinvol.

Wanneer de conservatieve therapie faalt, kan er chirurgisch worden ingegrepen. De chirurgische behandeling van het decubitus ulcus dateert van

1916; zij werd door Wilms geïntroduceerd. Daarna is deze methode enige tientallen jaren in ongebruik geraakt, totdat zij na de tweede wereldoorlog in 1946 weer werd toegepast. Het ulcus wordt ruim uitgesneden, vaak met medeneming van het onderliggende bot, zulks met het oog op eventuele infecties aldaar. In enkele artikelen wijst Van Enst erop, dat het niet noodzakelijk is het onderliggende bot altijd mee te nemen. Het defect wordt gesloten met een Thierse lap of een gesteelde lap.

Tenslotte moet worden opgemerkt dat het belangrijkste punt bij de decubitusbehandeling is: het voorkómen van het ulcus. Wanneer echter ondanks de goede voorzorgen toch een decubitus ulcus ontstaat of wanneer er al een decubitus ulcus was op het moment, dat de patiënt voor het eerst werd gezien, dan is naar mijn mening de zorg en toewijding, waarmede de behandeling wordt toegepast, welke die dan ook is, van het allergrootste belang.

## Ovariumcarcinoom

DOOR DR. A. C. DROGENDIJK, VROUWENARTS\*

*Inleiding.* Het ovariumcarcinoom is een veel voorkomende tumor. De frequentie ervan neemt toe (*Taylor, Hoogendoorn*). De prognose is slecht en onder andere afhankelijk van de mate van uitbreiding van het proces op het moment dat de diagnose wordt gesteld. Het is gebleken dat het ovariumcarcinoom tot de tumoren behoort die goed op cytostatica reageren. Een en ander betekent dat het ovariumcarcinoom veel meer aandacht verdient dan het in ons land krijgt. Zoals *Heins* opmerkte, verschenen in de Nederlandse literatuur van de laatste tien jaar vrijwel alleen publikaties over zeldzame vormen van de maligne ovariumtumor. Zelf maakte *Heins* een uitvoerige studie van het ovariumcarcinoom. Het hierna volgende berust mede op de gegevens welke deze studie opleverde.

*Indeling en frequentie van het ovariumcarcinoom.* Geen orgaan geeft oorsprong aan zoveel verschillende soorten tumoren als het ovarium. Naar hun gelijkenis met een van de soorten weefsels die in het volwassen of embryonale ovarium of in de naaste omgeving van de ovariumaanleg voorkomen, zijn deze tumoren in te delen zoals in *tabel 1* is weergegeven.

Vele van de tumoren uit dit schema zijn zeldzaam namelijk de mesenchymale (groep 2), de gonocyttaire (groep 3) en de van oer- en bijnierweefsel af te leiden tumoren (groepen 5 en 6). Bij kinderen is het teratoom de meest voorkomende ovariumtumor (ongeveer 60 procent; *Thompson* en medewerkers). Het dysgerminoom komt vooral voor op de leeftijd van tien tot twintig jaar, de androblastomen op de leeftijd van twintig tot veertig jaar, de gynaecoblastomen boven de veertig jaar. De tumoren die vermoedelijk uit het kiempitheel ontstaan (groep 1) zijn beneden de leeftijd van dertig jaar zeldzaam. Zij komen het meest in de post-

\* Uit de afdeling verloskunde en gynaecologie van het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit te Amsterdam. Hoofd: Prof. Dr. J. Janssens.

menopauze voor. De tumoren van groep 1 (behalve de zeldzame Brennertumor) vormen het leeuwedeel van de ovariumtumoren, ook van de maligne. De maligne vorm van het sereuze cystoom is het cystadenocarcinoma serosum, dat al of niet papillaire woekeringen vormt (ook het benigne sereuze cystoom kan overigens papillen vormen). De maligne vorm van het mucineuze cystoom is het cystadenocarcinoma mucinosum. Mogelijk ontstaan deze cystemeuze carcinomen — althans een aantal — door maligne degeneratie van de overeenkomstige benigne cysten.

De endometroïde cyste of endometriosehaard (groep 4) wordt door velen niet als een tumor, maar als ectopisch endometriumweefsel beschouwd. In een klein percentage der gevallen treedt een maligne degeneratie in een endometroïde cyste op. *Fathalia* deed een uitvoerig onderzoek naar het vóórkomen van maligne degeneratie in een endometroïde cyste. In zijn materiaal had twaalf procent der maligne ovariumtumoren het aspect van een endometriumcarcinoom. Bij één procent van de maligne ovariumtumoren kon hij vaststellen dat het om een maligne degeneratie van een endometroïde cyste ging. Van de andere endometroïde carcinomen was dit niet na te gaan.

Wij willen ons verder alleen bezighouden met de herhaaldelijk voorkomende maligne ovariumtumoren, dat zijn de maligne tumoren uit de groepen 1 en 4 van de gegeven indeling. Deze tumoren kan men kortweg betitelen als „het ovariumcarcinoom” — velen vatten alle maligne tumoren van het ovarium, ook de stromale, onder dit begrip samen —. Een overzichtelijke indeling van de meest voorkomende ovariumtumoren werd opgesteld op een internationale conferentie te Stockholm in 1961.

- 1 Sereuze cystomen
  - a benigne
  - b prolifererende, geen stroma-invasie, mogelijk maligne
  - c maligne: sereus cystadenocarcinoom