

Oncologische wondzorg: kennis, zorg en comfort.

Ruud Goffin

Verpleegkundige wondzorg





Oncologische wondzorg

Praktische richtlijnen voor artsen en verpleegkundigen

Gebaseerd op

- [VVRO & WCS België richtlijnen \(2015–2021\)](#)
- [EWMA \(2025\)](#)



Focus: comfort, symptoomcontrole, multidisciplinaire aanpak



deskundig én dichtbij



Overzicht



Oncologisch ulcus



Oncologische wonde

Huidtoxiciteit bij systemische
therapie

Radiodermatitis



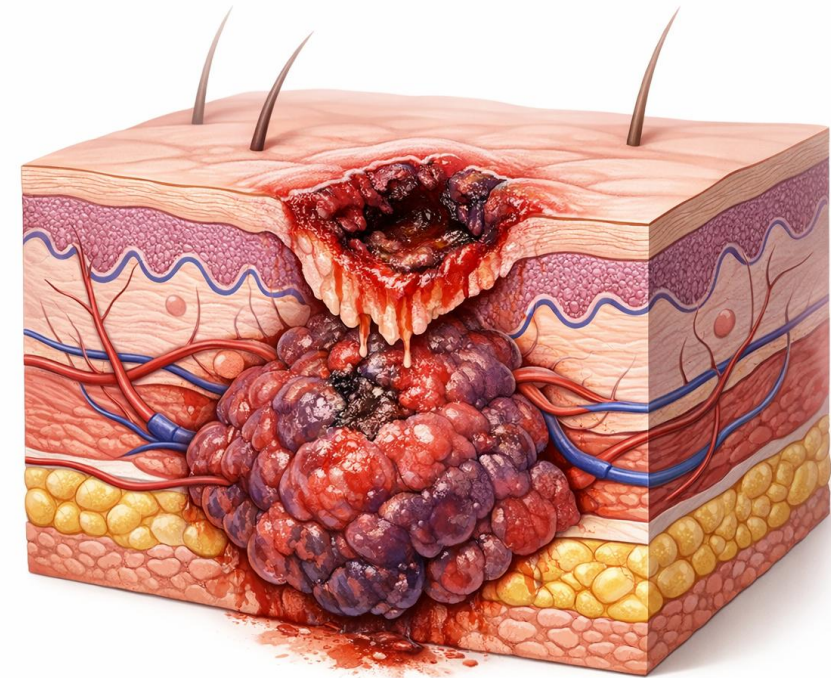
TIME-principe



Symptomatische aanpak

Wat is een oncologisch ulcus?

- Doorbraak van maligne cellen door de huid
 - Primaire tumor, recidief of metastase
 - Beperkte genezingstendens
 - Doel = comfort, niet genezing





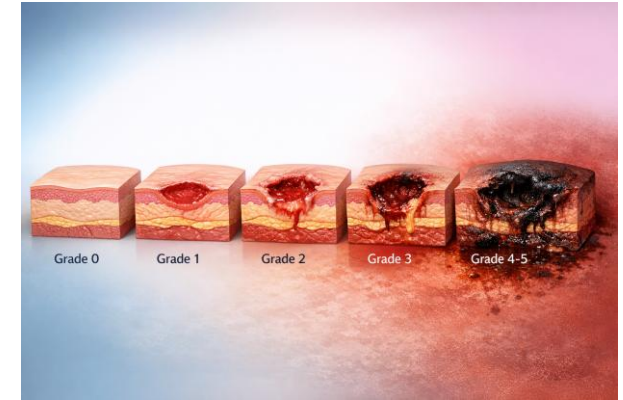
Klinische kenmerken oncologisch ulcus

- Grillige vorm
- Snelle uitbreiding
- Centrale necrose
- Geur, pijn, exsudaat, bloeding



Gradatie oncologisch ulcus

- Graad 0: intacte huid
- Graad 1: oppervlakkig huidletsel
Beperkte bloeding, geen geur, ev. pijnlijk, ev. jeuk
- Graad 2: aantasting subcutis
Matig exsudaat, toenemende bloeding, meestal pijnlijk, jeuk
- Graad 3: diepe structuren betrokken
Idem graad 2, toename exsudaat
- Graad 4-5: gangreen (palliatieve setting)
Pijnlijk, sterk exsuderend, geur





Behandel doelstellingen

Exsudaatmanagement

Controle van bloeding

Controle van geur

Pijnstilling

Optimaliseren levenskwaliteit



Exsudaat

Vaak sterk exsuderend door belemmering afvoer lymfevocht.

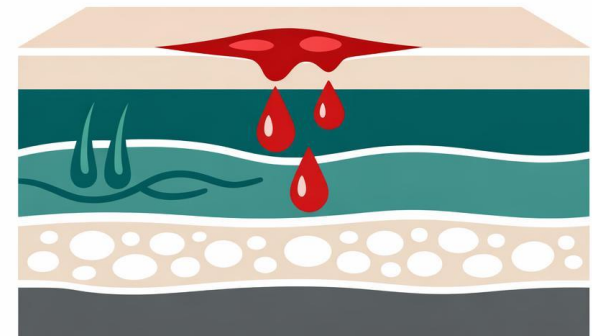
- Gebruik superabsorberende verbanden
- Bescherm wondranden tegen maceratie
- Overweeg drainageopvang bij overvloedig vocht
- Aandacht voor vocht- en voedingsopname





Bloeding

- Dep, wrijf niet
- Vastgehechte korsten NIET verwijderen
- Gebruik atraumatische siliconen contactlagen
- Bij bloeding: druk, coldpack
- Alginaat of hemostatische verbanden
- Bij massieve bloeding: arts verwittigen

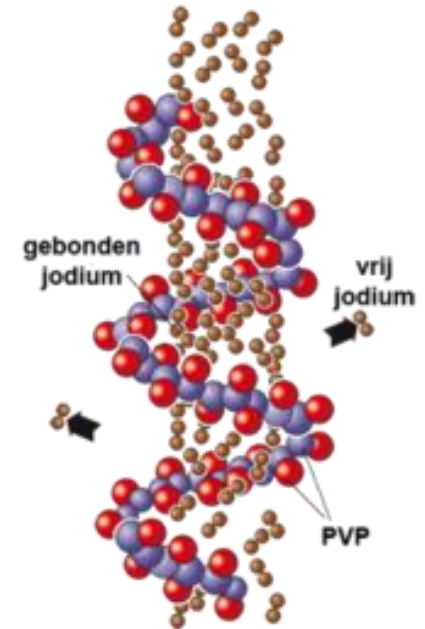




Geur

Vaak anaërobe bacteriën + necrose

- Grondige reiniging (NaCl 0,9%)
- Ontsmetting met verdunde (1/10) polyvidone jodium
- Metronidazole lokaal/systemisch
- Koolstofverbanden
- Overweeg radiotherapie bij hardnekkige geur



Schematische voorstelling van polyvidone jodium



Pijn

- Tumorale druk + inflammatie
- Te droog wondbed
 - Systemische analgesie vóór wondzorg
 - Atraumatische verbanden
 - Beperk verbandwissels
 - Gebruik VAS-score opvolging



WCS Consensusdocument "[Pijn bij wondzorg – naar een gestructureerde aanpak](#)"



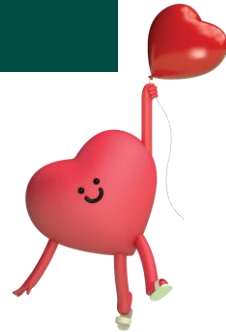
Jeuk

Vaak aantasting van de huid (doorbraak tumor of metastasen) of spanning door zwelling

Andere:

- Droge huid
- Maceratie
- Eczeem
- Allergische reacties op medicatie
- Huidinfecties





TIME CDST: TIME Clinical Decision Support Tool
Een gestructureerde ABCDE-benadering voor wonden met behulp van TIME.

A ANAMNESE EN ACTIEVE BEOORDELING VAN DE ZOROVRAGER-WOND-DIAGNOSE

- Identificeer de oorzaak van de wonde, een acute wonde (exogene oorzaak) of moeilijk helende wonde (endogene oorzaak).
- Beoordeel de oorzakelijke en instandhoudende factoren: leeftijd, huidintegriteit, comorbiditeiten, psychologische/mentale toestand, sociale factoren, weerstand tegen infecties, voeding- en hydratatiestatus, medicatiegebruik en andere therapeutische opties en sensibiliteit en andere relevante gegevens.
- Beoordeel de wonde volgens TIME en schat de te verwachten helingsdij in.

TISSE Hoeveel wonden zijn er? • Epithelie granulatie, fibrine, necrose? • Blootliggend bot, spieren, pezen? • Crustes en exulcerie van de wond?	INFECTIE Wanneer was de wond voor het eerst ontworpen? • Colonisatie of infectie? • Infectie lokale (lokaal of systemisch) uitbreidend of systemisch?	MOISTURE Wanneer was de wond ontworpen? • Heveelheid weving, matig of vast? • Aant. vulling, bloeding of afvoer? • Kleur, textuur, geur, graan of rood? • Geur: neutraal, rietland, doordringend...?	EPITHELISATIE, EDGE & ENVIRONMENT Wanneer was de wond ontworpen? • Epitheliatie van de wond? • Wond maceratie, uitdroging, onderdrukking, randen...? • Omgeving: acrota, wese, hyperbarische...?
--	---	--	---

B MULTI-INTERDISCIPLINAIRE BENADERING VAN DE ZOROVRAGER OM EEN HOLISTISCHE BENADERING TE WAARBORGEN

- Verwijs de zorgvrager door naar zorgverleners met meer expertise indien geen diagnosestelling mogelijk, achteruitgang van wonde, verstoerde of vertraagde wondheling of indien de wonde niet reageert op het huidige behandelplan.
- Stuur indien mogelijk gericht door en documenteer de huidige of meest recente observaties, eventueel aangevuld met fotomateriaal.
- Wondzorginstellingsplan kan enkel kloppen door betrokkenheid van zorgvrager, familie en mantelzorgers.

C CORRECTIE VAN OORZAKELIJKE EN INSTANDHOUDENDE FACTOREN (INCL. DE DAARBIJ HORENDE PREVENTIEVE MAATREGELEN)

- Plan preventie toe om hering mogelijk te maken, om verteriging te voorkomen en recidief in de toekomst te vermijden.
- Detecteer, corrigeer en houd rekening met oorzakelijke en instandhoudende factoren.
- Heb aandacht voor een goede pijnbehandeling (bij de wondzorg).

D DOELGERICHT DENKEN EN HET OPSTELLEN VAN EEN LOKAAL WOND-BEHANDELPLAN OP BASIS VAN TIME

- Documenteer de lokale behandeling van de wond(en) en formuleer doelstellingen op korte termijn op v. de TIME-observaties.

TISSE Hoeveel wonden zijn er? • Hoe wonden de wonden geneesing? • Is er nog een nektheelwond? Zo ja, hoe? • Heelvlak van het doeldomein? • Heelvlak van het doeldomein? Door wat?	INFECTIE Wanneer was de wond voor het eerst ontworpen? • Aanpak lokale en getuakte producten? • Eerstelijds afname van een wondcultuur? • Heel en ontspanning van de wond? • Heel aan epistat systemische antibiotica?	MOISTURE Wanneer was de wond ontworpen? • Optimaal rechtig wondmieu geneesing? • Juist actief verbruiksmiddel gassen, ontvocht en de hermetisch exulcerat? • Aangepaste verzorgingsfrequentie?	EPITHELISATIE, EDGE & ENVIRONMENT Wanneer was de wond ontworpen? • Goede hydratatie van wondrand en omgeving? • Doelmatig moet dat omgevoerd worden? • Preventief gebruik van hulpmiddelen?
---	--	---	--

E EVALUATIE VAN DE DOELLEN EN UITKOMSTEN VAN HET WOND-BEHANDELINGSPLAN

- Evalueer, minstens om de twee weken, de resultaten van de behandeling en de doelstellingen op korte en lange termijn.
- Evalueer op basis van TIME en rapporteer bij elke verandering (objectieve parameters (grootte, kwalitatieve en kwantitatieve parameters (kleur, exulcerat) en foto's).
- Verdere preventie blijft noodzakelijk om een recidief te voorkomen!

Woundcare Consultant Society België | Versie juli 2020

TIME CDST

Clinical Decision Support Tool

Assessment van zorgvrager en wonde

- Identificeer oorzaak van wonde en instandhoudende factoren
- Beoordeel wonde volgens TIME

Holistische aanpak met multidisciplinair team

- Verwijs tijdig door indien meer expertise nodig is
- Betrek zorgvrager, familie en mantelzorgers

Gerichte product keuze en herbeoordeling

- Correctie factoren en opstellen behandelplan op basis van TIME
- Evalueer om de 2 weken



deskundig én dichtbij



Debridement bij oncologisch ulcus

T – Tissue
Wondreiniging is
essentieel!

NOOIT chirurgisch
of enzymatisch
(bloedingrisico)

Voorkeur
Autolytisch

Osmotisch bij
necrotische,
ruikende wonden
(voorzichtig)

- Enzym Alginogel
- Alginaat
- Hydrofiber

- Honing
- Suiker



Radiodermatitis



WHO-classificatie

Graad 0: intacte huid

Graad 1: erytheem

Graad 2: droge desquamatie

Graad 3: vochtige desquamatie

Graad 4: necrose/ ulceratie



Radiodermatitis

PREVENTIE - Start vanaf eerste bestralingsdag

- Lauwwarm wassen (wasolie), deppend drogen
- Hydraterende crème 2x/dag
- Geen kleefpleisters in bestraalde zone
- Bescherming tegen zon (SPF 50)



Radiodermatitis

Graad 3 = vochtige Desquamatie =
wondzorg

- Reinig atraumatisch
- Actief verband:
 - Hydrogel of enzyme-alginogel + vetverband
 - Schuimverband
 - Mepilex Transfer met bedekkend verband
- Absorberend secundair verband
- Infectie? wondkweek + antisepticum





Oncologische Wonde Systemische therapie – huidtoxiciteit

- Xerosis
- Hand-voetsyndroom (chemotherapie)
- Hand-voet-huidreactie (TKI / tyrosinekinase-inhibitoren)
- Acneïforme rash (EGFR)
- Nagelveranderingen
- Acneïforme rash (EGFR)
- Andere: fotosensibiliteit, Pruritus, Trichomegalie, Telangiectasieën



Hand-voetsyndroom

(Palmoplantaire erythrodyesthesie – PPE)

Pijnlijk, veralgemeend erytheem – paresthesieën – oedeem – blaren

- Hydratatie preventief
- Vermijd druk/wrijving
- Koude applicatie bij klachten
- Graad II–III: overleg oncoloog (+ ev. dermatoloog)





Hand-voet Huidreactie

Hyperkeratose, callusvorming op druk- en wrijfplaatsen na behandeling met TKI's (tyrosinekinase-inhibitoren)

- Screening plantaire hyperkeratose + ev. behandeling
- Hydratatie preventief met ureumhoudende zalf 10%
- Overleg oncoloog (+ ev. dermatoloog)



Acneïforme rash (EGFR)

- T.h.v. neus, wangen, voorhoofd, nek, hoofdhuid. schouders. borst, bovenrug (Talgklieren)
- Graad I - III
- Ontstaat binnen 6 weken
 - Behandeling: metronidazole lokaal (vb. Flagyl®)
 - Ernstige vormen: doxycycline/minocycline
 - Multidisciplinair overleg





Extravasatie Oncologische urgentie

- Stop onmiddellijk infuus
- Laat katheter ter plaatse
- Verwittig onmiddellijk de behandelend arts
 - Standing Orders!
- Aspireren indien mogelijk
- Volg instellingsprotocol
- Overweeg flush-out of chirurgie

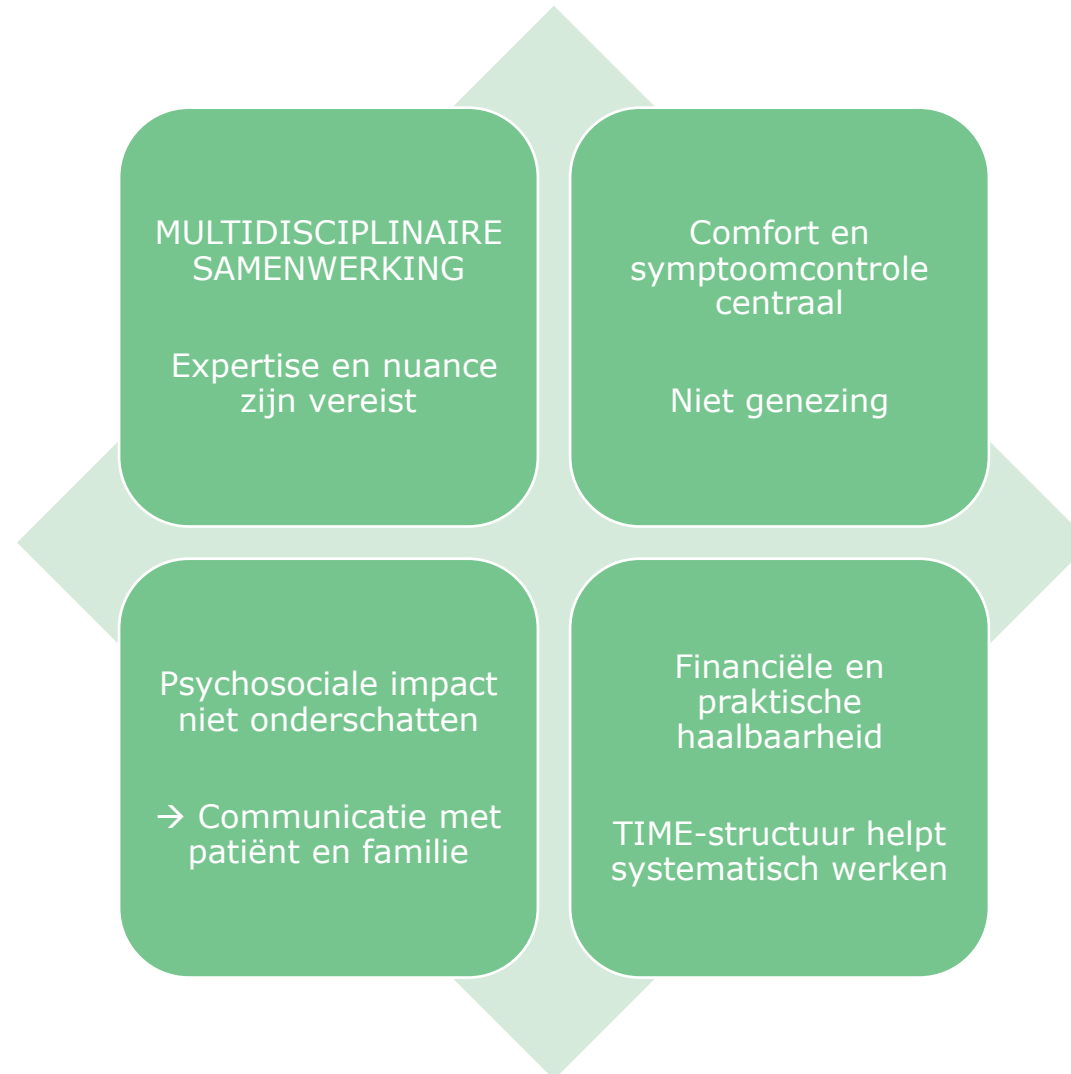
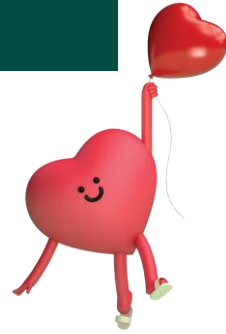


Multidisciplinaire aanpak

- Oncoloog
- Verpleegkundige
- Wondzorgexpert
- Dermatoloog
- Diëtist (voeding en hydratatie)



Belangrijke aandachtspunten



Palliatieve wondzorg (EWMA 2025)



- Doel = comfort, waardigheid en levenskwaliteit
- Wondgenezing is vaak niet realistisch in palliatieve context
- Focus op symptoomverlichting: pijn, geur, exsudaat, bloeding, infectie
- Minimaliseer belasting van behandeling

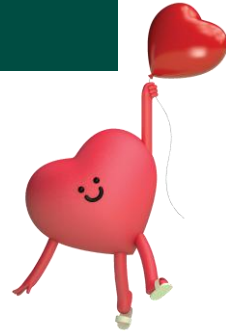




Principes van palliatieve wondzorg

- **Holistische zorg:** fysiek, psychosociaal en spiritueel
- **Patiëntgericht:** gedeelde besluitvorming met patiënt en familie
- **Interdisciplinair** samenwerken (arts, verpleegkundige, wondzorgteam, ...)
- **Proportionaliteit:** vermijd interventies met meer last dan voordeel





Symptoommanagement – kernpunten



Pijn

WHO-pijnladder, opioïden vaak nodig; topisch lidocaïne/morfinegel mogelijk



Exsudaat

schuim, alginaat, hydrofiber, superabsorberend + barrièrefilm



Geur

koolstofverband, topisch/systemisch metronidazol, jodium; ventilatie



Bloeding

atraumatisch werken, alginaat/hemostatisch verband, adrenaline/zilvernitraat lokaal



Infectie

zilver/jodium/PHMB; systemische antibiotica enkel bij systemische infectie



Jeuk

niet-klevende verbanden, emolliëns, antihistaminica, evt. corticoïdencreme



Verbandkeuze in palliatieve setting

Comfort en atraumatisch verwijderen centraal

Zo weinig mogelijk verbandwissels

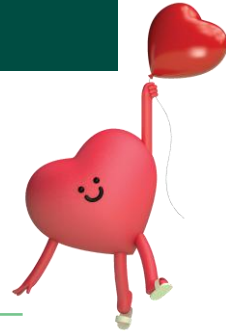
Siliconen en hydrofiber verbanden zijn vaak geschikt

Fixeer met zachte siliconenpleisters of zwachtels (vermijd agressieve kleefpleisters)

Kies verband op basis van het dominante symptoom (vb. absorptie vs geurcontrole)



Psychosociale en ethische aandachtspunten



Let op schaamte, isolement en veranderd lichaamsbeeld

Communiceer duidelijk en empathisch over evolutie van de wonde

Informeer en ondersteun familie

Respecteer autonomie en voorafgaande zorgplanning

Evalueer regelmatig de balans tussen baten en lasten van interventies





Kernboodschap

Palliatieve wondzorg



Palliatieve wondzorg = lijden verlichten, niet genezen



Focus op comfort, waardigheid en symptoomcontrole



Beperk interventies tot wat zinvol en haalbaar is



Werk multidisciplinair en patiëntgericht



Dank je wel voor jouw aandacht!
Vragen?



deskundig én dichtbij