

Ulcus cruris venosum

Dr. M.B. Maessen-Visch

De richtlijn dateert uit 2014 en is onderdeel van de overkoepelende richtlijn Veneuze pathologie

Inleiding

De eerste richtlijn Ulcus cruris dateert uit 2005. In 2012 werd de herziening in gang gezet. De nieuwe richtlijn Ulcus cruris is onderdeel van de overkoepelende richtlijn Veneuze pathologie. Aan de start van dit traject werd een Invitational Conference gehouden, waarbij de aanwezige stakeholderspartijen (inclusief verzekeraars en industrie) werden gehoord over ervaren knelpunten en aandachtspunten voor de te ontwikkelen richtlijn. Na deze bijeenkomst zijn de uitgangsvragen voor de richtlijn vastgesteld. In de herziening is extra aandacht geschonken aan de behandeling van het ulcus cruris venosum.

Epidemiologie, etiologie en symptomatologie

Het ulcus cruris venosum is een defect in de huid in pathologisch veranderd weefsel aan het onderbeen en is het uiteindelijk resultaat van chronische veneuze insufficiëntie. De verhoogde veneuze druk die hierbij ontstaat leidt uiteindelijk tot een gestoorde microcirculatie. Dit veroorzaakt allerlei afwijkingen die kunnen resulteren in een ulcus cruris venosum. Chronische veneuze insufficiëntie kan, naast varices, veroorzaakt worden door langetermijncomplicaties van diepe veneuze trombose: het posttrombotisch syndroom (PTS). De prevalentie van het ulcus cruris venosum

wordt geschat rond de 1% en stijgt met de leeftijd. Bij vrouwen komt een ulcus cruris venosum twee tot drie keer zo vaak voor in alle leeftijdsgroepen. De prevalentie van het ulcus cruris venosum lijkt te stabiliseren, waarschijnlijk ten gevolge van goede behandeling van varices de afgelopen jaren.

Het ulcus cruris venosum kan spontaan ontstaan, of na een trauma. Ongeveer vijftig procent van de ulcera wordt alleen door oppervlakkige varices veroorzaakt. Dit geeft een medische noodzaak aan de behandeling van veneuze pathologie.

Diagnostiek

Voor het stellen van de diagnose ulcus cruris venosum is goede diagnostiek belangrijk. In de anamnese dienen aan bod te komen: de medische voorgeschiedenis met speciaal aandacht voor arterieel lijden, diabetes mellitus, reumatoïde artritis en veneuze problematiek, aangevuld met de familieanamnese voor (veneus) vaatlijden. In de specifieke anamnese komen de typische aspecten van het ulcus aan de orde. Bij lichamelijk onderzoek dienen de locatie en het aspect van het ulcus vastgelegd te worden waarvoor de TIME-classificatie wordt aanbevolen (tabel 1). Eventueel kan van digitale fotografie gebruikgemaakt worden voor follow-up. Bij lichamelijk onderzoek wordt tevens gelet op klinische kenmerken van chronische veneuze insufficiëntie zoals varices, corona flebectatica, pigmentaties, pitting oedeem, atrophie blanche en dermatoliposclerosis. Een hulpmiddel bij lichamelijk onderzoek is de VCSS-score ('venous clinical severity score'). De beschrijving van veneuze pathologie in bredere zin wordt gestuurd door de CEAP-classificatie. Kwantificeren van het klinisch beeld met de CEAP leidt alleen tot juiste classificatie indien deze in zijn geheel wordt ingevuld. Dit is in de praktijk vaak niet haalbaar. Indien niet de volledige CEAP wordt gebruikt, wordt daarom aanbevolen tijdens het eerste bezoek ten minste de C van de CEAP-classifi-

catie vast te leggen, in ieder geval aangevuld met de VCSS-score om de visuele symptomen te kwantificeren. Voor een uitgebreide omschrijving van de VCSS en de CEAP-classificatie wordt verwezen naar de richtlijn.

Tabel 1. Wondbehandeling, weergegeven door afkorting TIME (Tissue, Infection, Moisture, Epithelium).

T	Aspect van weefsel (eventueel o.b.v. WCS, zwart/geel/rood), necrose en/of fibrine en/of granulatie, (hyper)granulatie, sclerose.
I	Tekenen van infectie in en rondom wond maar ook foetor, rubor, calor en dolor.
M	Vochtigheid wond, mate van exsudatie en maceratie wondranden.
E	Aspect van de wondrand, ondermijning, keratose en re-epithelisatie van de wond- en wondranden.

Aanvullende diagnostiek

Om het veneuze systeem goed in kaart te brengen en een goede keuze te maken voor de behandeling, moet duplexonderzoek bij iedere patiënt verricht worden. Bij uitzondering kan hiervan worden afgezien. Descenderende flebografie is slechts zinvol op indicatie. Plethysmografisch onderzoek kan goede informatie geven over diepe veneuze insufficiëntie, maar heeft geen plaats in de huidige diagnostiek. Een enkel-armindex dient in principe bij iedere patiënt uitgevoerd te worden. Het routinematig kweken van ulcera cruris is niet zinvol. Als er tekenen zijn van infectie kan het afnemen van kweekonderzoek nodig zijn.

Indien er sprake is van een atypisch aspect van het ulcus, geobjectiveerd door een medisch specialist, of bij onvoldoende reactie op therapie is histologisch onderzoek geïndiceerd. Voor de differentiële diagnose moet overwogen worden: arteriële insufficiëntie, vasculitis, maligniteiten, infecties of andere minder frequente oorzaken.

Bij vertraagde wondgenezing kan contactallergie een rol spelen. Bij verdenking op een allergie of vertraagde wondgenezing is het aanbevolen om naast de Europese standaardreeks ook eventueel een additionele reeks van allergenen te gebruiken.

Behandeling

Behandeling van het primair lijden, te weten de verhoogde veneuze druk, vormt de basis van de behandeling van het ulcus cruris venosum. In de praktijk kan afname van de veneuze druk bereikt worden door sanering van insufficiënte venen en met behulp van compressietherapie, afhankelijk van de gecompliceerdheid (ernst en duur) van het ulcus. Uiteraard vormt (ernstige) arteriële insufficiëntie een contra-indicatie voor het toepassen van compressietherapie.

Compressietherapie

Bij een ongecompliceerd ulcus cruris venosum vormt compressietherapie de basis van de behandeling. Compressie kan worden gegeven door verbanden zonder rek, met korte rekverbanden, of met lange rek. In Nederland wordt bij ambulante patiënten veel gebruikgemaakt van verbanden met korte rek, al dan niet met kleeflaag. Bij een ongecompliceerd ulcus kan ook een elastische kous (35 mmHg) worden gebruikt. Indien reguliere compressietherapie geen behandeloptie is, is een vierlaagsverband als compressie het overwegen waard. Voorzichtigheid is geboden bij arteriële insufficiëntie.

Intermitterende pneumatische compressietherapie (IPC) en manuele lymfedrainage

IPC heeft geen plek in de standaardtherapie, tenzij andere vormen van compressie onvoldoende effect hebben of niet zijn toe te passen. Wanneer IPC wordt ingezet, verdient het snelle in-/defla-

tie schema de voorkeur boven een langzaam schema. Manuele lymfedrainage kan worden ingezet wanneer er sprake blijkt van therapieresistente oedeemvorming.

Wondbehandeling

Wondbehandeling van het ulcus cruris wordt bepaald door wondaspecten, de mate van exsudatie en patiëntencriteria. Debridement (verwijderen necrose, fibrinebeslag of overig wonddebris) verlaagt de contaminatiegraad en bespoedigt de granulatie. Van wondbedekkers is niet aangetoond dat ze de autolyse versnellen. Bij enzymatische behandeling is er alleen plaats voor collagenase. Voor het schoonmaken kan kraanwater worden gebruikt, lokale antiseptica zijn niet effectief voor het reinigen van de wond.

Wondbedekkers

Bij de behandeling van een ulcus cruris venosum kan in eerste instantie in principe met een (traditionele) non-adhesieve wondbedekker worden volstaan. De keuze voor een specifieke dressing is afhankelijk van eigenschappen van de wond en de wondbedekker en mede afhankelijk van onder andere de frequentie van verbandwissel. Bij de applicatie van dressings dient op juist gebruik gelet te worden, waarbij het combineren en frequent wisselen van producten vaak niet zinvol is. Wanneer men een middel met antibacteriële werking wil toepassen, gaat de voorkeur uit naar cadexomeer-jodium boven zilver; honing wordt afgeraden.

Huidtransplantatie

Patiënten met (therapieresistente) veneuze ulcera komen in aanmerking voor huidtransplantatie. Wanneer er tot huidtransplantatie wordt overgegaan kan toepassing van systemische antibiotica worden overwogen. Snellere genezing treedt waarschijnlijk op bij voorbehandeling met negatieve druk (VAC-pomp). Huidvervan-

gingsproducten hebben vooralsnog geen plaats in de behandeling van het ulcus cruris venosum. Dit geldt ook voor groeifactoren.

Lokale pijnbestrijding

Als pijnstilling gewenst is, kan worden gekozen voor orale pijnstilling. Ibuprofen-bevattende dressings zijn een optie bij exsuderende wonden. Bij specifieke pijnklachten van ulcus cruris venosum tijdens verbandwissel zouden siliconenverbanden overwogen kunnen worden.

Chirurgische behandeling

Als het ulcus cruris venosum wordt veroorzaakt door oppervlakkige veneuze insufficiëntie of perforerend systeem is behandeling aanbevolen. Reconstructie van veneuze kleppen is nog experimenteel. Voor behandeling van het veneuze systeem wordt verwezen naar de richtlijn Varices. Sanering van het oppervlakkige veneuze systeem geeft niet alleen een snellere genezing maar voorkomt vooral recidieven. Sclerocompressietherapie kan een goede bijdrage leveren aan de behandeling van therapieresistente ulcus cruris venosum, met name als er sprake is van varices die draineren op het ulcus.

Orale medicatie

Routinematig gebruik van systemische antibiotica is niet zinvol. Bij duidelijke klinische tekenen van infectie of om andere redenen kan het gebruik van systemische antibiotica overwogen worden. Flavonoiden en pentoxifylline valt te overwegen als adjuvans bij compressietherapie. Dit laatste middel kan ook toegepast worden bij patiënten die een contra-indicatie hebben voor compressietherapie. Acetylsalicylzuur en sulodexide kunnen overwogen worden bij therapieresistente ulcera, als aanvulling op compressietherapie. Zinkpreparaten en paardenkastanje-extract worden niet aanbevolen in de behandeling van ulcus cruris.

Leefstijl

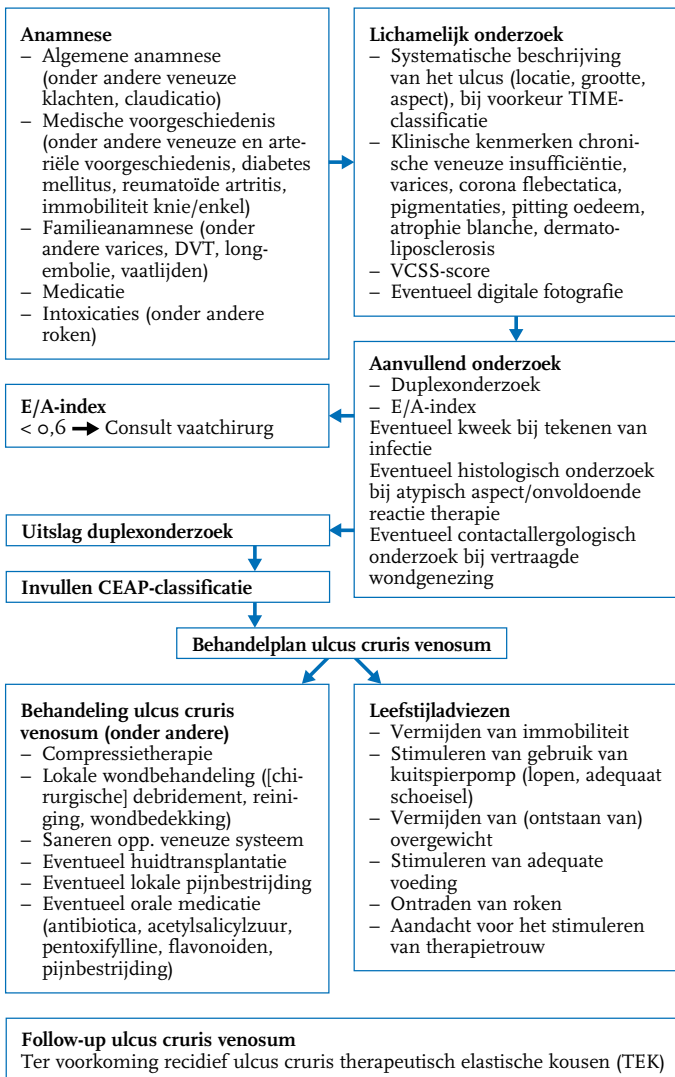
Er bestaat een mogelijke relatie tussen voeding, leefsituatie en het ontstaan van veneuze ulcera. Een optimale voedingstoestand van de patiënt moet dan ook worden nagestreefd. Ook een adequate voorlichting en adviezen over leefstijl leveren een belangrijke bijdrage aan de preventie en vormen een onderdeel in de behandeling van het ulcus cruris. Aandachtspunten daarbij zijn:

- Vermijden van immobiliteit;
- Stimuleren van gebruik van kuitspierpomp (lopen, adequaat schoeisel);
- Vermijden van (ontstaan van) overgewicht;
- Stimuleren van adequate voeding;
- Ontraden van roken;
- Aandacht voor het stimuleren van therapietrouw.

Individuele trainingsprogramma's voor patiënten geven echter geen verbetering op de wondgenezing.

Follow-up

Het dragen van therapeutisch elastische kousen (TEK) heeft een positief effect op preventie van het recidief voor het ulcus cruris venosum. Afhankelijk van diverse aspecten, waaronder de veneuze insufficiëntie, oedeemvorming en leeftijd van patiënt wordt voor een geschikte TEK gekozen. In geval van een sterke oedeemneiging is ook een hoge stiffness wenselijk.



Figuur 1. Stroomdiagram ulcus cruris venosum.