

PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS

ZAAL 717

09.30 – 10.00	Moderne therapie ulcus cruris	Spreker nog onbekend
10.00 – 10.30	Huilende benen	W. Ruigrok-van der Werven, MA ANP, nurse practitioner dermatologie, Albert Schweitzer Ziekenhuis, Zwijndrecht
10.30 – 11.00	Pauze	
11.00 – 11.30	Kinderen met lymfoedeem	R.J. Damstra, dermatoloog, afdeling dermatologie, flebologie en lymfologie Ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten
11.30 – 12.00	Wond- en Watermanagement binnen het Klippel-Trenaunay syndroom	Dr. Carine J.M. van der Vleuten, dermatoloog, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
12.00 – 12.30	”De taal van het lichaam”, ziektebeleving bij allochtone patiënten?	H. Leroux, nurse practitioner long-ziekten, ZorgBrug (Transmuraal Centrum Midden Holland)
12.30 – 14.00	Pauze	
14.00 – 14.30	Diuretica bij chronische wonden met oedeem. Zinvol? Bij wie? Bij wie niet?	Drs. K. Kramers, internist, klinisch farmacoloog
14.30 – 15.00	Farmacologie bij ulcus cruris	Drs. T. D. Wentel, dermatoloog, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
15.00 – 15.30	Casuïstieken	Commissie ulcus cruris
15.30 – 16.30	Afsluiting in Expozaal	
	Uitreiking WCS Award 2009	R.M. Baljon, voorzitter WCS
	Artiest + jubileumborrel	

09.30 – 10.00 Moderne therapie ulcus cruris

10.00 – 10.30 Huilende benen

W. Ruigrok van der Werven, MA ANP

Druipende verbanden, lekkende benen, natte schoenen, een onaangename geur en, niet op de laatste plaats, wanhopige patiënten. Deze problematische situatie hebben we allemaal wel ééns of meerdere keren meegemaakt.

Een situatie die we zo snel mogelijk willen en moeten oplossen.

De meest voor de hand liggende oplossing is een gedegen exsudaatmanagement en compressietherapie.

Echter, huilende benen zijn niet altijd het gevolg van een zwaar exsuderende wond bij een veneus ulcus cruris.

Ook door andere problemen kunnen benen gaan lekken. Bijvoorbeeld door een dermatitis ten gevolge van een allergische reactie of door pitting oedeem. Deze vorm van oedeem berust voornamelijk op water en kan ontstaan door veneuze insufficiëntie, intern lijden of locale processen.

Is compressie dan ook onze eerste en enige behandelmethode?

Tijdens deze presentatie hoop ik u daar een antwoord op te geven.

11.00 – 11.30 Kinderen met lymfoedeem

R.J. Damstra, dermatoloog

Inleiding

Het lymfsysteem vormt een belangrijk transportmechanisme dat vocht, voedingsstoffen uit de darm, afvalstoffen en immunologische cellen transporteert vanuit de weefsels verder het lichaam in. Hierdoor speelt het een belangrijke rol bij het behoud van de vochthuishouding en de afvoer van afvalstoffen in de weefsels, de opname van vetten in de darm, regulatie van de immunologische afweer. Als er een stoornis in dit systeem ontstaat, ziet men dat klinisch vaak aanzwelling van een ledermaat. Oorzaken van lymf afvloed stoornis zijn vaak verworven (secundair lymfoedeem) zoals bijvoorbeeld na een operatie, infectie of bestralingen of de oorzaak kan aangeboren zijn.

Bij kinderen is er meestal sprake van een aangeboren lymfoedeem. Dit kan geïsoleerd voorkomen als enig symptoom, bijvoorbeeld door een functionele dan wel anatomische aanlegstoornis, of als een onderdeel in combinatie met meerdere afwijkingen voorkomen, bijvoorbeeld in het kader van een syndroom.

De benadering van lymfoedeem bij kinderen verschilt essentieel vergeleken bij volwassenen vanuit het oogpunt van

PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS

ZAAL 717

oorzaak, bijkomende aandoeningen en de therapeutische benadering. De prevalentie van lymfoedeem bij kinderen wordt geschat op 1,15/100.000¹.

Soorten lymfoedeem bij kinderen

Men spreekt van congenitaal lymfoedeem indien dit ontstaat in het eerste levensjaar en van een lymfoedeem precoc indien het optreedt tussen 1-35 jaar^{II,III}. Bij ongeveer 10% van de patiënten is een genetische oorzaak aan te wijzen, zoals een VEGFR3 defect (ziekte van Milroy) of FOXC2 mutatie (lymfoedeem - distichiasis syndroom, LD).

Syndromale vormen van lymfoedeem komen bijvoorbeeld bij het turner syndroom (XO chromosoom), Klinefelter syndroom (XXY) en bijvoorbeeld trisomie 21 (syndroom van Down).

In de meeste gevallen is er geen genetische oorzaak aan te tonen, hoewel als lymfoedeem in de familie voorkomt, de kans groter wordt. In zeldzame gevallen kan een lymfatische aandoening ook voorkomen rond de organen zoals longen en darmen, waardoor er vocht- en vetophoping aldaar ontstaat. Men spreekt dan bijvoorbeeld van proteinloosing enteropathy, chylothorax of chyloperitoneum.

Diagnostiek

In principe kan een zeer zorgvuldige (familie) anamnese in combinatie met een minutieus lichamelijk onderzoek in veel gevallen een sterke aanwijzing vormen voor de diagnose. In specifieke gevallen dient aanvullend onderzoek plaats te vinden. Hierbij wordt naast inspectie van het gehele lichaam, met name ook gekeken naar de tenen, nagels, gelaat en het genitalliëengebied. Bij het vermoeden op een syndromaal lymfoedeem wordt nauw samengewerkt met een kinderarts. In sommige gevallen kan aanvullend onderzoek wenselijk zijn. Indien lymfoedeem familiair voorkomt, is genetisch advies gewenst (genetic counseling)

Behandeling

De behandeling van lymfoedeem vindt door gespecialiseerde therapeuten plaats in nauwe samenwerking met de ouders / verzorgers en wordt aangepast aan de leeftijd en praktische mogelijkheden voor therapie. Onderdelen van een behandelplan kunnen bestaan manuele lymfdrainage, compressie therapie, oefentherapie, huidverzorging en begeleiding. Individueel moet bekeken worden hoe de ouders bij de behandeling worden betrokken. Daarnaast spelen er bij kinderen en adolescenten specifieke psycho-sociale aspecten mee die aandacht behoeven.

Recent is een praktische richtlijn beschreven met relevante klinische informatie, etiologie, work-up en therapie van lymfoedeem bij kinderen^{IV} (Zie tabel 1). Omdat lymfoedeem bij kinderen zeldzaam is, is een gespecialiseerde, multidisciplinaire benadering gewenst door ervaren professionals. In de presentatie wordt hier verder op ingegaan.

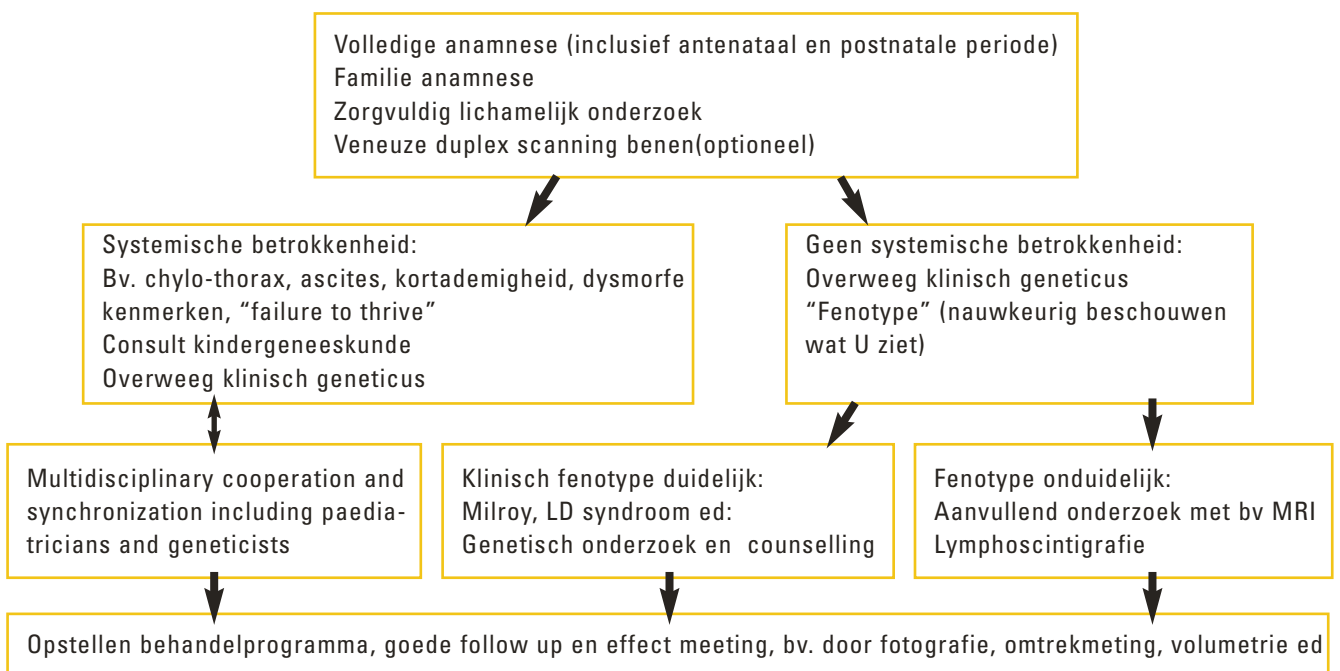


Table 1: Flowchart voor diagnostiek, behandeling en follow-up

PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS

ZAAL 717

Literatuur

- I Smeltzer DM, Gunnar B, Schirger A. Primary lymphedema in children and adolescents: a follow-up study and review. *Pediatrics* 1985;76 (2):206-18
- II Online Mendelian Inheritance in Men (OMIM), John Hopkins University
- III Browse N, Burnand K, Mortimer PS. Diseases of the lymphatics. Arnold, London UK 2003 (ISBN: 0 340 76203 9) Chap. 5:102-8
- IV Damstra RJ, Mortimer PS. Diagnosis and therapy in children with lymphedema. *Phlebology*. 2008;23(6):276-86

11.30 – 12.00 Wond- en watermanagement binnen het Klippel-Trenaunay Syndroom

C. J.M. van der Vleuten, dermatoloog

Het Klippel-Trenaunay Syndroom (KTS) is een sporadisch voorkomend syndroom gekenmerkt door een trias van arm/beenlengte of -omvangverschil, varices en congenitale capillaire malformatie (wijnvlek) in een kwadrant. Meest voorkomend is één been in combinatie met heup/onderrug en buik ipsilateraal. Soms kan een arm, eventueel met schouder, borst en rug, of een combinatie van kwadranten zijn aangedaan.

Met betrekking tot de oorzaak van het KTS kan worden gesteld dat het waarschijnlijk een letale post-zygotische mutatie van een groei-regulatiegen betreft die alléén in mozaïek kan overleven. Het gen is niet bekend; waarschijnlijk zijn er meerdere "susceptibility" genen die de gevoeligheid voor het ontwikkelen van KTS bepalen. Omdat het een letale mutatie betreft kan deze niet via de gameten worden doorgegeven. De groeiregulatie van zowel vaten, maar ook van botten, spieren kan hierdoor worden verstoord in de embryonale fase.

Direct postnataal is de grote wijnvlek op een lidmaat het meest opvallend, al dan niet in combinatie met hypertrofie. Een wijnvlek kan, indien gewenst, worden behandeld met lasertherapie. Hypertrofie blijft over het algemeen in proportie, ook tijdens de groei van een kind. Een beenlengte verschil kan op jonge leeftijd worden gecorrigeerd met een hakverhoging. In een latere fase kan correctie door middel van een orthopedische of interventieradiologische procedure plaatsvinden.

Een scala aan vaatafwijkingen is beschreven. Een persisterende vena marginalis lateralis is een vrij typisch kenmerk. Het diepe veneuze systeem lijkt bij een deel van de patiënten onvoldoende te zijn aangelegd, waardoor het oppervlakkige systeem belangrijker is met betrekking tot de hemodynamiek. Ook diep veneuze tromboses zijn vaker beschreven. Verder kunnen er ook veneuze en lymfatische malformaties aanwezig zijn, welke lokaal pijnklachten en zwellingen kunnen geven.

Voor de flebologische problematiek is compressietherapie de eerste keuze. In de loop van de kinderleeftijd kunnen toenomen venentekening en varices op gaan treden. Gemeend wordt dat varices op de jonge kleefstijd omgekeerd evenredig is met de kwaliteit van het diepe veneuze systeem. De behandeling van KTS is bij voorkeur conservatief (therapeutisch elastische kous).

Bij grote varices-problematiek of bij veneuze ulcera, ondanks adequate compressie, kan worden gekozen voor spataderbehandeling. Tevoren moet heel nauwkeurig het diep veneuze systeem in kaart worden gebracht; bij een hypoplastisch diep veneus systeem zijn de oppervlakkige venen (varices) onmisbaar voor de bloedafvoer uit het been. De literatuur geeft aan dat het effect van spataderchirurgie bij KTS sowieso vaak maar tijdelijk is.

12.00 – 12.30 "De taal van het lichaam", ziektebeleving bij allochtone patiënten?

H. Leroux, nurse practitioner longziekten

Samenvatting

Er wordt verslag gedaan van een kwalitatieve studie waarin de ziektebeleving van de eerste generatie Marokkaanse immigranten met chronische luchtwegklachten centraal staat. De doelstelling van het onderzoek was inzicht te krijgen in de rol van cultuur en achtergrond bij ziektebeleving en de mogelijke relatie tussen ziektebeleving en veranderingsbereidheid met betrekking tot de gegeven leefstijladviezen. Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek met een micro-etnografische benadering. Om het perspectief van de respondenten volledig tot zijn recht te laten komen is daarbij gebruik gemaakt van diepte-interviews. De respondenten die in het onderzoek participeerden waren acht Marokkaanse mannen die eind jaren 60, begin jaren 70 naar Nederland zijn gekomen om te werken. Zij lieten hun familie en gezinnen achter in het moederland.

Er werd gevonden dat de Marokkaanse mannen over het algemeen vanuit hun gezondheidsperspectief redeneren als zij het hebben over ziek zijn. Gezondheid heeft bij hen de betekenis van het aanwezig zijn van een aantal positieve factoren zoals goed slapen, energie hebben, sterk zijn, kunnen werken. Zij praten liever over gezondheid dan over ziekte. Uit de onderzoeksresultaten komt verder naar voren dat deze Marokkaanse mannen ziekte beleven vanuit hun ervaring en

PARALLELSESSIE ULCUS CRURIS

ZAAL 717

vanuit hun gevoel. Dit kan lichamenlijk of geestelijk voelen zijn, vaak gaat het samen. Bij dit voelen gebruiken deze mannen hun gezondheidsgevoel als uitgangswaarde. Zij kennen hun lichaam goed en van nature hebben zij uit hun moederland maar ook vanuit de Koran meegekregen wat goed voor hen is en wat zij kunnen doen om ziekte te voorkomen. Er wordt door hen onderscheid gemaakt tussen chronisch ziek zijn en echt ziek zijn. In chronische ziekte lijken zij eerder te berusten, bij echt ziek zijn rusten zij niet totdat er een verklaring is gevonden.

Ziek zijn heeft voor hen een doel en is niet zinloos; het is een test van Allah. Dat neemt niet weg dat het uitproberen van verschillende therapieën, de afleiding en het houden van hoop een positieve rol spelen in hun ziektebeleving. Geconcludeerd kan worden dat zij zich eindverantwoordelijk voelen voor hun ziekteproces en een innerlijk proces doormaken om een bewuste keuze te maken in wat goed voor hen is en wat niet. Meer kwalitatief onderzoek is nodig naar de ziektebeleving van oudere generaties binnen verschillende culturen waaronder ook de Nederlandse.

14.00 -14.30 Diuretica bij chronische wonden met oedeem. Zinvol? Bij wie? Bij wie niet?

K. Kramers, internist, klinisch farmacoloog

Oedemen ontstaan door een te hoge hydrostatische druk in het capillair, (wat vrijwel altijd het gevolg is van hoge veneuze druk), door lage oncotische druk van het bloed (het gevolg van hypoalbuminaemie bijv. door leverlijden, nefrotisch syndroom of ondervoeding), verhoogde capillaire doorlaatbaarheid voor vocht (capillary leak, bijv. bij sepsis) of verminderde lymfeafvoer.

Dat oedemen wonden kunnen onderhouden, is een voor de hand liggende gedachte, maar bewezen is dit niet. Bij veneuze insufficiëntie is compressietherapie de hoeksteen van de behandeling, waardoor de hoge veneuze drukken die ten grondslag liggen aan het ontstaan van het ulcus vermindert. Omdat de hoge veneuze druk ook de oorzaak is van het oedeem wordt het oedeem daarmee ook minder. Diuretica hebben in deze situatie een zeer beperkt effect op de veneuze druk (die is immers het gevolg van pathologische venen) en op het oedeem en hebben daarom geen plaats in de therapie. Daar komt bij dat diuretica allerlei bijwerkingen kunnen hebben (elektrolytstoornissen, lage bloeddruk, orthostase, valneiging, jicht, dehydratie, verhoogde kans op trombose, etc.) zodat behandeling vanuit de gedachte ‘baat het niet, dan schaadt het niet’ ook zeker niet op zijn plaats is. Bovendien is het zo, dat, bij mensen die diuretica gebruikt hebben, na het stoppen van deze middelen kortdurend er extra retentie van vocht is, waardoor het erg lastig is in deze situatie van de diuretica af te komen.

Er zijn een aantal terechte indicaties voor diuretica (hartfalen, levercirrose, hypoalbuminaemie nierinsufficiëntie). Bij hartfalen is de toepassing van diuretica een goede manier om de hoge veneuze druk te verlagen, wat de wondgenezing ten goede kan komen. De indicatie blijft dan overigens het hartfalen zelf en niet de wond. Bij oedemen die het gevolg zijn van capillary leak (zoals bij sepsis) wordt toepassing van diuretica afgeraden. De behandeling bestaat uit bestrijding van de oorzaak van de capillary leak. In deze situatie is er extra risico dat het gebruik van diuretica tot bloeddrukproblemen aanleiding geeft. Ook bij lymfeoedeem hebben diuretica geen plaats. Ze zullen in deze situatie nauwelijks effect hebben.

14.30 – 15.00 Farmacologie bij ulcus cruris

T.D. Wentel, dermatoloog

15.00 – 15.30 Casuïstiek

Commissie ulcus cruris