

CBO RICHTLIJN DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VAN HET ULCUS CRURIS VENOSUM

K. Timm*

De WCS commissie ulcus cruris heeft zich de afgelopen tijd verdiept in de Richtlijn Diagnostiek en behandeling van het ulcus cruris venosum, die in 2005 is uitgegeven. De uitgave is tot stand gekomen door de Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie, de Orde van Medisch Specialisten en het Centraal BegeleidingsOrgaan.

Er is nog niet eerder een richtlijn over dit onderwerp uitgegeven. Wel over compressief zwachtelen, dat nu een onderdeel is van de nieuwe richtlijn.

Tijdens het bestuderen van de richtlijn zijn bij de commissie ulcus cruris zoveel bijzonderheden gesignaleerd, dat we menen deze richtlijn bij jullie onder de aandacht te moeten brengen. We willen dat in diverse artikelen gaan doen, zodat we bepaalde onderwerpen, die op een bijzondere manier onze attentie vroegen, uitgebreid te kunnen behandelen.

Om maar een paar onderwerpen te noemen: shave therapie, wat is dat eigenlijk?; CEAP classificatie; therapeutisch elastische kousen en trombose preventie; analgetica; zin en onzin van bepaalde therapieën, enzovoort.

In dit eerste artikel worden onze eerste verkenningen en bewustwordingen genoemd. Uit de richtlijn blijkt ook dat naar diverse onderwerpen nog te weinig goed onderzoek is verricht, waardoor af en toe een discrepantie tussen praktijk en richtlijn waar te nemen is. Mocht je denken alles over dit onderwerp te weten: laat je eens verrassen door dit stuk.

De richtlijn begint met de aanbevelingen te noemen. Het gaat ons te ver om al deze aanbevelingen klakkeloos over te nemen, dus maar even de meest spraakmakende:

(citaat)

Aanbeveling 2: De werkgroep beveelt aan bij lichamelijk onderzoek de CEAP-classificatie te gebruiken.

Gezien de huidige ontwikkelingen in de fotografie lijkt het fotografisch vastleggen van ulcera van meerwaarde te kunnen zijn voor de follow-up.

Over de CEAP classificatie zal in een later artikel uitgeweid worden, het vervangt in ieder geval de Widmer classificatie.

(citaat)

Aanbeveling 8: Het afnemen van een kweek van het ulcus cruris venosum is geïndiceerd bij tekenen van infectie. Dan wordt ook behandeling met orale of intraveneuze antibiotica overwogen.

De aanbeveling zelf verbaasde ons niet; dit is immers wat wij zelf doceren. De wetenschappelijke onderbouwing, dat was treffend! Het is bekend dat de meeste ulcera gecontamineerd zijn met *Staphylococcus aureus*, *streptokokken* en *Pseudomonas aeruginosa*. Maar er zijn meerdere onderzoeken die aantonen dat er geen relatie bestaat tussen een positieve wondkweekuitslag met welke bacterie dan ook en een vertraagde wondgenezing! Hoe anders lijkt dit in praktijk? Kanttekening hierbij is dat de wetenschappelijke onderbouwing studies bevat die elkaar op het gebied van vertraagde wondgenezing tegenspreken. Hieruit blijkt dat er nog niet voldoende onderzoek is verricht.

(citaat)

Aanbeveling 17: Als antimicrobieel middel voor lokaal gebruik komt alleen zilver-sulfadiazine/ paraffine in aanmerking.

Dat vonden wij bijzonder, want hoe vaak wordt in praktijk nog met Fucidine gewerkt? In de literatuur is hiervoor dus geen onderbouwing gevonden. Bovendien is van zilver-

sulfadiazine/ paraffine bij dierexperimenteel onderzoek bekend dat er ophopingen van zilver/ paraffine zijn gevonden die als een machet om de bloedvaten liggen. Bij stagnerende wondgenezing moet hier rekening mee worden gehouden.

(citaat)

Aanbeveling 23: De werkgroep is van mening dat adequate pijnbestrijding aandacht behoeft.

Wij als commissie zijn blij dat dit in een aparte aanbeveling genoemd wordt. We zullen er dan ook in een later artikel meer aandacht aan besteden.

Voor zover dit eerste artikel. Het volgende artikel zal gaan over de CEAP-classificatie.

* Karin Timm

Nurse practitioner dermatologie

IJsselland Ziekenhuis

Capelle aan den IJssel

Bestuurslid commissie ulcus cruris