

HET ULCUS CRURIS VENOSUM IN AL ZIJN FACETTEN

C. Dekkers*

Het *ulcus cruris venosum* komt vaak voor. Het heeft bij zowel patiënten als hulpverleners een slechte naam vanwege het moeizame genezingsproces en de veelvuldige recidieven. Uit sommige studies blijkt dat ongeveer 50% van de behandelde ulcera geneest binnen vier maanden (1), circa 20% is na twee jaar nog niet genezen en ongeveer 8% is na vijf jaar nog niet genezen (2,3). Na genezing van het *ulcus* blijft de onderliggende oorzaak soms bestaan, zodat een adequate, soms levenslange nabehandeling noodzakelijk is. Het is dus van belang niet alleen naar het *ulcus* te kijken, maar, indien mogelijk ook de onderliggende oorzaak te behandelen.

HET VENEUZE SYSTEEM

Het veneuze systeem zorgt ervoor dat het bloed teruggevoerd wordt richting het hart. Dat gebeurt via de diepe en oppervlakkige venen en door communicerende vaten. De venen zijn voorzien van kleppen die het terugvloeien van het bloed naar de voeten moeten voorkomen. De spieren in de benen helpen door middel van de pompfunctie tijdens het lopen om de afvoer te bevorderen. De vena cava inferior, vena iliaca, vena femoralis, vena poplitea, vena tibialis posterior en vena tibialis anterior zijn de diepe venen. De vena saphena magna (VSM) en vena saphena parva (VSP) vormen de oppervlakkige venen. Het oppervlakkige en diepe veneuze systeem staat met elkaar in verbinding door de vena perforantes. De druk in het veneuze systeem is afhankelijk van de zwaartekracht en de positie van het lichaam. In rust bedraagt de druk 0 tot 10 mmHg, terwijl in staande positie de druk ongeveer 90 mmHg bedraagt. Het veneuze systeem is steeds in gevecht met de zwaartekracht.

VARICES

Door spataderen (varices) neemt de veneuze druk toe. Een varix is een uitgezette gekronkelde vene die zijn functionaliteit verloren heeft. In de literatuur wordt de prevalentie van varices in de westerse wereld geschat op 10-50%, afhankelijk van de toegepaste onderzoeksmethodiek. 10% is van dusdanig ernstige aard dat behandeling gewenst is. Er is een duidelijke toename van de prevalentie van varices met het toenemen

van de leeftijd. Op het 20^e levensjaar is die 10%, bij 40 jaar 40% voor vrouwen en 25% voor mannen en bij 80-jarigen respectievelijk ongeveer 70% en 60% (4).

Bekende risicofactoren voor het ontstaan van varices zijn erfelijkheid, zwangerschap, een staand beroep en overgewicht. Varices zijn onder te verdelen in vier varianten: bezemrijsvarices, reticulair varices, zijtakvarices en stamvarices.

Bezemrijsvarices zijn intracutaan gelegen microvarices van enkele millimeters doorsnede, vaak vanuit één punt uitwaaiend. Doorgaans vormen ze slechts een cosmetisch probleem, maar in een aantal gevallen zijn ze de oorzaak van jeuk en pijn of kunnen ze gemakkelijk bloeden. Reticulaire varices bestaan uit een

subcutaan netvormig veneus systeem zonder functionele verbinding met het diepe systeem. Zijtakvarices zijn varices in de zijtakken van de VSM en de VSP. Stamvarices zijn spataderen in de vena saphena magna en de vena saphena parva.

CHRONISCH VENEUZE INSUFFICIËNTIE

Het begrip chronisch veneuze insufficiëntie (CVI) omvat een symptomencomplex dat gekenmerkt wordt door de gevolgen van een afvloestoorning van het veneuze bloed. Het is een klinisch begrip waarvan de symptomen langs verschillende wegen kunnen ontstaan. Zo kan CVI het gevolg zijn van een defect kleppensysteem. Dit defecte kleppensysteem kan aangeboren zijn, ontstaan



Foto 1. Chronisch veneuze insufficiëntie



Foto 2. Plaveiselcelcarcinoom

door oppervlakkige of diepe varices, het gevolg zijn van een diep veneuze trombose of een vaatwandziekte. CVI kan ook het gevolg zijn van insufficiëntie van de veneuze spierpomp door inactiviteit of immobiliteit, spierparesen of orthopedische afwijkingen. CVI kenmerkt zich door pitting oedeem, varices, corona flebectatica paraplantaris, dermatoliposclerosis, atrophie blanche, hyperpigmentatie, stasis dermatitis en ulcus cruris (zie foto 1).

ULCUS CRURIS VENOSUM

Hippocrates beschreef als eerste het verband tussen varicosis en veneuze ulcera. De prevalentie van ulcus cruris venosum is 1% en bij personen boven de 80 jaar zelfs 4 tot 5% (3). De meerderheid recidiveert minstens één keer, waarvan 30 - 57% binnen één jaar. De totale recidiefkans is ongeveer 3 - 15% en de recidiefkans binnen het eerste jaar ligt ongeveer tussen de 30 - 57% (5). Een veneus ulcus cruris bevindt zich meestal aan de mediale zijde van de enkel, heeft vaak een grillige vorm en gaat gepaard met tekenen van CVI. Een arterieel ulcus daarentegen bevindt zich vaak pretibiaal, op de voorvoet of bij de achillespees. De patiënt heeft meestal koude blauw/wit verkleurde voeten, de beharing op het onderbeen ontbreekt en er kan sprake zijn van

claudicatio intermittens klachten en rustpijn. Perifere pulsaties zijn zwak of ontbreken. Overige oorzaken van ulcera aan de onderbenen zijn: hypertensie (ulcus van Martorell), diabetes, maligniteit (zie foto 2), trauma, infectie (erysipelas), pyoderma gangrenosum, necrobiosis lipoidica of vasculitis.

De diagnose van ulcus cruris venosum wordt gesteld aan de hand van de anamnese, een lichamelijk onderzoek, een enkel-/ arminindex en een flebologisch onderzoek. Bij de enkel-/ arminindex wordt de systolische enkeldruk, gemeten aan de arteria dorsalis pedis of de arteria tibialis posterior, gedeeld door de systolische armdruk, gemeten aan de arteria brachialis. De uitkomst hiervan wordt uitgedrukt in een percentage. Bij een patiënt met een ulcus cruris en een enkel-/ arminindex groter dan 90% is het ulcus waarschijnlijk van veneuze aard. Compressietherapie is dan geïndiceerd. Bij een enkel-/ arminindex kleiner dan 90% is arterieel vaatlijden niet uit te sluiten. Er moet zorgvuldig overwogen worden of en voor welke vorm van compressie gekozen wordt. Eventueel moet aanvullend arterieel onderzoek plaatsvinden. Het flebologisch onderzoek bestaat uit een duplexonderzoek met behulp van een duplexscanner. Hierbij

wordt echografie gecombineerd met pulsed doppler. Deze techniek verschaft niet alleen anatomische maar ook hemodynamische informatie. Zo kan op alle niveaus en in alle grote takken van het veneuze systeem klep-insufficiëntie worden aangetoond op een voor de patiënt niet belastende wijze. De huidige scanners hebben een kleurenduplex optie, waarmee de dopplerinformatie direct in het echobeeld geprojecteerd wordt.

DE BEHANDELING VAN VENEUZE ULCERA

De behandeling van veneuze ulcera kan bestaan uit de behandeling van onderliggende veneuze pathologie, compressietherapie, wondbehandeling, negatieve druktherapie en een huidtransplantatie. Bij de behandeling van onderliggend veneuze pathologie moet gedacht worden aan de behandeling van varices door middel van sclerocompressietherapie. Dit is een techniek waarbij varices met een etsende vloeistof (sclerosans) worden ingespoten met als doel de vaatwanden te verkleven en hierdoor de reflux te verminderen of zelfs geheel te stoppen. Varices kunnen ook chirurgisch behandeld worden. Het doel is de reflux in het oppervlakkig veneuze systeem te verminderen, vooral in de VSM en de VSP.

Ambulante compressietherapie (ACT) is een essentieel onderdeel in de behandeling van veneuze ulcera. Een compressieverband vermindert de veneuze insufficiëntie en werkt significant gunstig op de genezing van het ulcus cruris. Dit effect treedt alleen op als de kuitspierpomp goed functioneert. Dat lukt het best als het eigen normale schoeisel wordt gedragen en de voet goed afgewikkeld wordt. Indien de kuitspierpomp onvoldoende functioneert als gevolg van neurologische, spier- of gewrichtsafwijkingen, is passieve mobilisatie aangewezen. Dit kan onder meer gebeuren door apparatuur die ritmisch het enkelgewricht in beweging brengt. Als gevolg van de compressietherapie vindt afname plaats van het veneus volume, een daling van de veneuze druk en een toename van de



Foto 3. Punchgrafts

interstitiële druk. Bovendien worden bloed en lymfe sneller afgevoerd uit de onderste extremiteiten en wordt de microcirculatie verbeterd. Het succes van het toepassen van ambulante compressietherapie is, zoals eerder al beschreven, afhankelijk van de mobiliteit van de patiënt, maar zeker ook van de techniek van de persoon die de zwachtels aanbrengt. Het zwachtelen moet uitgevoerd worden door goed getrainde medewerkers om schade aan weefsels of voortijdig verlies van functionaliteit van de zwachtels te voorkomen. De behandeling met negatieve druktherapie berust op het principe een evenwichtig, vochtig milieu te creëren. Enerzijds wordt daarbij een teveel aan wondvocht verwijderd, anderzijds wordt uitdroging voorkomen. Bovendien neemt de doorbloeding van de wondranden toe. De behandeling met negatieve druktherapie kan eventueel gevolgd worden door een huidtransplantatie door middel van split skin graft of punch grafts (zie foto 3).

PREVENTIE EN NABEHANDELING

Ondanks het aantal recidieven, kan er wel advies worden gegeven om het risico op een recidief zo klein mogelijk te maken. Bewegen is erg belangrijk, zoals lopen met goed stevig schoeisel, fietsen of zwemmen.

Lang staan of zitten dient vermeden te worden.

Als het ulcus genezen is dienen adequate therapeutisch elastische kousen (TEK) gedragen te worden en één keer per jaar te worden vervangen door nieuw aangemeten exemplaren. Compressietherapie met therapeutisch elastische kousen is een belangrijke behandelmethodede bij veneuze ziekten. In bijna alle gevallen van diep veneuze insufficiëntie is het de enige mogelijkheid om ernstige complicaties van de onderliggende ziekte te voorkomen, zoals het ulcus cruris. Behandeling met therapeutisch elastische kousen is erg goedkoop vergeleken met andere behandel mogelijkheden voor ulcus cruris.

LITERATUUR

1. The Venous Forum of the Royal Society of Medicine and Societas Phlebologica Scandinavica. The Management of chronic venous disorders of the leg: an evidence-based report of an international task force. *Phlebology* 1999;14 (suppl.1) 23-5.
2. Guidelines for the diagnosis and therapy for diseases of the veins and lymphatic vessels: Evidence-based report by the Italian College of Plebology. *Int. Angiology* 2001;20 (supp.2) 1-37.

3. Nicolaides AN. Investigation of chronic venous insufficiency: a consensus statement. *Circulation* 2000;102:123-63.

4. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van varices. CBO 2007.

5. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van het ulcus cruris venosum. CBO 2005.

NASLAG:

Prof. dr. H.A.M. Neumann, D.J. Tazelaar.
Leerboek flebologie. Uitgeverij Lemma
BV – Utrecht. 2003

*** Corien Dekkers is Verpleegkundig Specialist Intensieve Zorg op de poli dermatologie in het Amphia Ziekenhuis te Breda**